



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

DÉBORAH ÁLVARES DO NASCIMENTO

**PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E CO-RELAÇÃO ENTRE QUESTIONÁRIO
DE EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO (QESP) ASSOCIADOS À DEPRESSÃO
PÓS-PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2019



DÉBORAH ÁLVARES DO NASCIMETO

**PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E CO-RELAÇÃO ENTRE QUESTIONÁRIO
DE EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO (QESP) ASSOCIADOS À DEPRESSÃO
PÓS-PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa

Orientação: Régis Eric Maia Barros
Co-orientação: Marcelo Costa Cronemberger
Marques

BRASÍLIA

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Selma, que nunca mediu esforços para ver o meu sucesso. Aos meus mestres, Régis e Marcelo, que me orientaram com tamanha paciência e dedicação. À minha amiga, Stephane, por todo o incentivo e apoio em todos os momentos. À mim, pelo esforço diário e pela perseverança apesar das dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela força diária a mim concedida para que eu trilhasse este caminho com sucesso, encerrando uma etapa.

Aos meus orientadores, professores e futuros colegas de trabalho pela oportunidade de realizarmos um projeto de iniciação científica, bem como por toda a disponibilidade durante o curso da pesquisa apesar das dificuldades encontradas. Estarmos inseridas nesse universo de pesquisa foi uma oportunidade ímpar. Gratifico-os por todo o aprendizado adquirido ao longo desse percurso.

Às participantes da pesquisa, por me permitirem vivenciar experiências únicas ao poder ajuda-las em um momento tão único da vida de uma mulher.

Aos familiares, que apoiaram a persistência no projeto, meus imensos agradecimentos, bem como aos amigos que nos instruíram e contribuíram com suas experiências para que pudéssemos concluir este trabalho.

PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E CO-RELAÇÃO ENTRE QUESTIONÁRIO DE EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO (QESP) ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Déborah Álvares do Nascimento – UniCEUB, PIC voluntário

deborah.alvares@gmail.com

Régis Eric Maia Barros – UniCEUB, professor orientador

regisbarros@usp.br

Marcelo Costa Cronemberger Marques – UniCEUB, professor co-orientador

mapgrocha@uol.com.br

PROBLEMA: Frente à maternidade, a mulher se depara com a necessidade de reorganização social, pessoal, familiar e sexual, além das mudanças na sua imagem corporal e identidade feminina e nas flutuações hormonais. Todos esses fatores são possíveis geradores de estresse, cansaço tanto físico quanto emocional tornando-a mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos. **OBJETIVOS:** Este estudo visa analisar a prevalência e os fatores de risco relacionados à depressão pós-parto (DPP) em um hospital público do Distrito Federal. Ademais, objetiva-se relacionar o questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP) com o desenvolvimento de DPP. **MÉTODOS:** Em uma amostra de 184 mulheres em puerpério imediato foi aplicada uma entrevista semiestruturada para identificar os perfis epidemiológicos e alguns fatores de risco para DPP. A partir de 6 semanas após o parto foi aplicada a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) para identificar as mulheres com pontuação ≥ 10 , avaliado com DPP. **RESULTADOS:** A prevalência de DPP na população estudada foi de 21,28%. A história prévia de depressão esteve relacionada com aumento do risco para DPP, bem como ter considerado interromper a gestação do puerpério atual. Não houve relação estatisticamente relevante entre o QESP e o surgimento de DPP. **CONCLUSÃO:** A prevalência de DPP encontrada no estudo está um pouco acima da prevalência mundial, mas é semelhante aos países subdesenvolvidos, assim como o Brasil. Os fatores de risco encontrados são compatíveis com os prováveis mecanismos envolvidos na fisiopatologia da doença e, por isso também, se justifica não ter havido relação significativa entre o QESP o desenvolvimento de DPP.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto. Sintomas depressivos no pós-parto, escala de depressão pós-parto de Edimburgo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
METODOLOGIA	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS	38
APÊNDICES	44

INTRODUÇÃO

A gravidez conjuntamente e o puerpério são dois períodos de transição na vida da mulher, permeados por alterações físicas, hormonais e psíquicas. Durante essa fase, devido à gama de fatores estressantes, há um alto potencial para o desenvolvimento de novos transtornos mentais, ou ainda, recorrência e exacerbação de transtornos psiquiátricos preexistente. (MORAES, et al., 2017; MORAES,2006; WISNER, 2013).

Dentro do contexto psiquiátrico, a depressão pós-parto (DPP), embora não seja a patologia mais comum no puerpério, é sem dúvida, uma das mais relevantes devido ao impacto direto e indireto na saúde da mãe, no desenvolvimento do bebê e na harmonia das relações familiares. (MORAES, et al., 2017)

A DPP é considerada, atualmente, um problema de saúde pública, não só no Brasil, mas como em todo mundo (MORAES, et al., 2017; MORAES,2006; WISNER, 2013). Sendo a necessidade de ajuda durante a depressão pós-parto, o quarto desafio mais comum identificado em 2 a 9 meses pós-parto por meio do sistema de monitoramento e de avaliação de risco de gravidez (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System -PRAMS) (KANOTRA, 2007).

Estima-se que essa patologia afete 1 a cada 4 puérperas no Brasil, com prevalência que varia de 10 a 20% (MORAES, et al., 2017; MORAES,2006). A baixa precisão desse intervalo reflete as diferenças geradas a partir dos critérios diagnósticos e das diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; National Mental Health Association, 2013b; MORAES, et al., 2017; MORAES,2006).

A depressão pós-parto é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que inicia-se usualmente de quatro a seis semanas após o parto, alcançando intensidade máxima nos primeiros seis meses pós-parto. Os sintomas mais comuns são: fadiga persistente, sentimento de culpa, sensação de estar sobrecarregada, apatia, alterações do sono, ideias suicidas, inexplicável falta de interesse pelo bebê, hiporexia, diminuição da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas. (MORAES, ET AL., 2017; MORAES, et al., 2017; MORAES,2006; WISNER, 2013)

Além do papel dos fatores inerentes ao processo gestacional em si, na literatura, também são apontados como fatores de risco importantes: o diagnóstico prévio de outros transtornos psiquiátricos, a baixa escolaridade, o baixo nível socioeconômico, o baixo suporte social, a baixa auto-estima, a ansiedade pré-natal, o estresse elevado, a gravidez não planejada, a tentativa de interrupção da gestação, o transtorno disfórico pré-menstrual e a presença de sentimentos negativos em relação à criança. (MORAES, et al., 2017; MORAES,2006).

Muito embora se tenha conhecimento das consequências devastadoras associadas à depressão pós-parto (suicídio, menor cuidado pré-natal, abuso de substâncias, desfechos obstétricos e infantis insatisfatórios e um risco elevado de doença psiquiátrica no pós-parto (FRIEDER, 2008; KOREN, 2012; MORAES, et al., 2017; PALLADINO, 2011; SCHNEID-KOFMAN, 2008; STEINBERG, 2014; YONKERS, 2012, YONKERS, 2009), ainda hoje, esses transtornos são subnotificados e subtratados (KO, 2012)

Não obstante, apesar da epidemiologia, diagnóstico e tratamento dessa doença serem, de modo geral, bem definidos; ainda existem aspectos dessa patologia que fomentam intenso debate, como por exemplo, a prevenção e o rastreio. Isso ocorre devido ao fato de que, embora diversos fatores de risco tenham sido estabelecidos, ainda não se entrou em consenso quanto à melhor estratégia para prevenção do desenvolvimento ou identificação precoce da DPP. Sendo esse, portanto, um tema que ainda necessita de muito estudo. (MORAES, et al., 2017).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (2012a) recomenda o rastreio para depressão pós-parto na tentativa de se realizar um diagnóstico precoce da doença, evitando suas possíveis complicações. No entanto não existe consenso absoluto na literatura quanto ao momento ideal para realização dessa busca. (MORAES, et al., 2017).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão maior é duas vezes mais prevalente em mulheres, nas quais predominam os sintomas ansiosos e possuem um quadro clínico mais intenso quando comparada aos homens (BRUMMELTE, 2016). Frente à maternidade, a mulher está mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos, tais como o blues da maternidade, a depressão pós-parto e a psicose pós parto (ARRAIS; DE ARAUJO, 2017; YONKERS, 2012), visto que depara com a necessidade de reorganização social, familiar e sexual e, além disso, há mudanças na sua imagem corporal e identidade feminina, diante do novo papel social que ela passará a executar, além de flutuações hormonais (PEREIRA, 2011). Todos esses fatores exercem grande influência na saúde mental da mulher frente às cobranças pessoais, familiares e sociais durante o desenvolvimento do papel materno, sendo possíveis geradores de estresse, cansaço tanto físico quanto emocional (DE MELO, 2011). Portanto, embora a gestação e o puerpério, em geral, sejam considerados períodos de bem estar físico e emocional, devido à grande gama de mudanças (CANTILINO et al, 2010a).

O Blues da maternidade é um estado transitório de reatividade emocional aumentada, que pode ser encontrado em 50% a 85% das mulheres uma semana após o parto. Esse estado emocional geralmente atinge o pico no quarto ou quinto dia após o parto e se normaliza de maneira espontânea em torno do 10^o ao 15^o dia. (CANTILINO et al., 2010a; O'HARA, 2014; O'KEANE, 2011; RAI, 2015).

A depressão pós-parto (DPP) é o transtorno psicopatológico mais comum do puerpério e caracteriza-se principalmente devido aos sintomas depressivos direcionados ao recém nascido. Tem início geralmente de 4 a 6 semanas após o parto (RAI, 2015) com maior intensidade dos sintomas alcançada no primeiro semestre. No entanto, o quadro pode emergir até o fim do primeiro ano após o nascimento (BHUSAL, 2018; SILVA, 2017).

Segundo dados da OMS a DPP pode atingir cerca de 10-20% das mulheres em puerpério (SILVEIRA, 2018). Essa taxa pode ser variável nos diferentes estudos internacionais em função das condições socioculturais (relacionado aos níveis de estresse e de apoio social), do tipo de estudo e do método diagnóstico utilizado na

pesquisa (CANTILINO et al., 2010b). A prevalência pode variar na literatura desde 0,1% na Finlândia até 26,3% na Índia, utilizando-se entrevista clínica estruturada. Por outro lado, utilizando-se questionários de auto-relato as taxas de prevalência foram muito variáveis entre 1,9% a 82,1% nos países desenvolvidos, sendo maior nos Estados Unidos e menor na Alemanha (NORHAYATI et al., 2016).

No Brasil, a prevalência também é variável nos diversos estudos pelos mesmos motivos, obtendo taxas que vão de 20% a 40% segundo LOBATO (2011) e REICHENHEIM (2011). Outros estudos, no entanto, estimam que esta patologia tem prevalência acima da média internacional, no entanto, se aproxima à de países com aspecto socioeconômico semelhante e possui uma variação de 7,2% a 39,4% (CANTILINO et al., 2010B; RUSCHI et al., 2007; SILVA et al., 2017).

É de grande importância conhecer os potenciais fatores de risco e proteção para DPP, para que, além de maior compreensão e atenção à esta patologia, sejam feitas a prevenção primária e secundária, esta última a partir do diagnóstico precoce preferencialmente (ARRAIS; DE ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

Os fatores de risco para DPP relatados na literatura incluem principalmente história psiquiátrica pessoal pregressa, relacionamento conflituoso com o cônjuge, atitudes negativas frente a gravidez, apoio social/familiar deficiente, ansiedade (SILVEIRA, 2018), eventos estressantes durante a vida, depressão antenatal (NORHAYATI, 2016).

Ademais complicações no parto são consideradas como morbidade materna grave, que por sua vez aumenta o risco do desenvolvimento de DPP quando comparado a mulheres não expostas a este evento (SILVEIRA et al., 2018). No estudo de coorte prospectiva de Kirti Yyengar et al. (2012) as puérperas que apresentaram complicações graves durante ou no pós parto tiveram uma prevalência de DPP 1,8 vezes maior do que em mulheres sem complicações no período. Em estudos realizados avaliando complicações na gravidez e parto, houve uma associação de 17,6% na prevalência de DPP no Oriente Médio (BURGUT, 2013) e 37,2% na Argentina (MATHINSEN, 2013). Essas complicações podem gerar uma situação de gravidade em três dimensões que possuem interação entre si: a integridade física rompida devido à perda de força ou resistência, doenças permanentes ou ainda as próprias lesões físicas; a descontinuidade da vida social (relacionais, familiares, conjugal, com o bebê) com consequências negativas nos

mais diversos tipos de relação; a questão financeira doméstica devido aos gastos com problemas de saúde associada a diminuição ou perda da capacidade produtiva (SILVEIRA et al., 2018).

O estudo de Arrais, de Araújo e Schiavo (2018) elenca de maneira organizada em 3 grandes grupos, além dos fatores de risco, os fatores de proteção relacionados a DPP, conforme ilustrado abaixo:

		Fatores de Risco	Fatores de proteção
A	Psicológico / psiquiátrico	<ul style="list-style-type: none"> - História prévia de depressão; - História pessoal de outros transtornos psiquiátricos; - Eventos estressores durante a gestação; - Depressão gestacional; - História de DPP prévia; - Idealização da maternidade; - Insatisfação com a gestação; - História na família de transtorno mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar de pré-natal com abordagem psicológica; - Ter relação harmoniosa com a própria mãe.
	Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo apoio familiar e social; - Relacionamento conjugal conflituoso; - Falta de apoio do parceiro; - Falta de apoio social na fase puerperal; - Violência pelo parceiro durante a gestação ou no puerpério; - Conflitos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relações interpessoais positivas; - Apoio social durante a gestação e puerpério;
B	Sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> - Idade materna; - Baixo grau de escolaridade; - Subemprego ou desemprego; - Estar solteira. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alto grau de escolaridade.
	Físicos / hormonais	<ul style="list-style-type: none"> - História pregressa de síndrome pré-menstrual; - Desregulação hormonal e de citocinas inflamatórias; - Anemia precoce no pós-parto. 	

C	Físico / obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> - Complicações na gravidez; - Complicações moderadas ou graves no parto; - Gestação não planejada; - Gestação indesejada; - História pessoal de abortamento espontâneo; - Não amamentação até 8 semanas do parto; - Não realização do pré-natal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia durante o parto; - Amamentação; - Parto vaginal.
----------	------------------------	--	--

Ademais, é válido ressaltar que a DPP é mais provavelmente a interação entre todos esses fatores do que uma única causa (ARRAIS; DE ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

Bioquimicamente a fisiologia hormonal relacionada ao pós-parto pode desencadear transtornos depressivos devido à enzima Monoamina oxidase A (MAO-A), intensamente elevada em mulheres com depressão pós-parto, principalmente no córtex pré-frontal e no giro do cíngulo. Essa enzima atua na decomposição de neurotransmissores como serotonina e dopamina, sabidamente envolvidos nas modulações de humor (SACHER, 2010). Por outro lado, podem ser desencadeados devido ao efeito de hormônios, como por exemplo, os esteroides, haja vista que o estrogênio modula a função serotoninérgica, pois promove o aumento da síntese e diminuição da quebra da serotonina, além de modular seu receptor. Diversos estudos apontam que mulheres que apresentam depressão pós-parto têm, muitas vezes, níveis de estrogênio e progesterona séricos pré-parto mais elevados e, portanto, são mais sintomáticas aos seus declínios no pós-parto (AHOKAS, 1999; DEECHER, 2008). Em ênfase a essa hipótese mulheres com história prévia de DPP são mais sensíveis às flutuações hormonais e, portanto, são mais sujeitas a terem quedas abruptas dos níveis de estrogênio e progesterona nas primeiras semanas do pós-parto. Ademais, há uma desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal em indivíduos com depressão, incluindo DPP, levando à maior secreção de cortisol, que contribui para o surgimento ou agravamento de sintomas depressivos. Outro fator hormonal relacionado ao mecanismo fisiopatológico da DPP é a baixa concentração de ocitocina no último trimestre gestacional, que ao interagir com o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, exacerbam o humor depressivo (BRUMMELTE, 2016).

No campo psicológico, qualquer fator que atue como um agente estressor aumenta o risco de depressão, ansiedade, transtorno do sono e o dano funcional (MOREWITZ, 2003; ROMERO, 2014; VYTHILINGUM, 2008). Isso ocorre pois, nesse período da vida da mulher, a carga de estresse percebida pode aumentar quando o feto corre alto risco de malformação, há uma ameaça de trabalho de parto pré-termo ou outras complicações médicas tais como desenvolvimento materno de pré-eclâmpsia grave ou restrição de crescimento fetal. (Alder, 2007; Ross, 2006). Dentre os principais fatores de estresse encontram-se: preocupações persistentes sobre a saúde fetal, cuidado com a criança, mudanças no estilo de vida ou medo da dor na hora do parto. (MOREWITZ, 2003; ROMERO, 2014; VYTHILINGUM, 2008).

As condições provocadoras que levam à depressão incluem eventos da vida que propiciam reações de culpa, uso abusivo de substâncias, uso de certas medicações e outros transtornos médicos. E embora os eventos da vida possam desencadear a depressão, os genes influenciam a probabilidade dos eventos da vida, tornando a distinção entre fatores genéticos e ambientais difícil (AKMAN, 2007; ENDRES, 2013; LEE, 2007; Mental Health America, 2013a; MARCUS, 2009; MORAES, 2006; TAM, 2007). Alguns antecedentes patológicos pessoais também podem influenciar no desenvolvimento de Depressão pós-parto (DPP), tais como disfunções na tireoide ou alterações da resposta imune. (YONKERS, 2012).

Dentre os principais fatores de risco para essa patologia pode-se citar: história pessoal ou familiar anterior de depressão, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, dificuldades para amamentação, privação de sono, dificuldades financeiras, falta de suporte do parceiro, gravidez na adolescência, história de abuso sexual, físico ou verbal, abuso de substâncias, complicações no parto.(AKMAN, 2007; ENDRES, 2013; LEE, 2007; Mental Health America, 2013a; MARCUS, 2009; MORAES, 2006; TAM, 2007;). O tabagismo e a dependência de nicotina estiveram associados não só ao aumento da depressão como de outros transtornos mentais durante a gravidez (GOODWIN, 2007).

Segundo a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2009), a depressão pós parto pode ser definida como um transtorno mental e uma desordem comportamental que ocorre 6 semanas após o parto. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª

Edição – DSM-V a DPP passou a fazer parte dos especificadores de Transtorno Depressivo Maior, mas compreende o período gestacional e as primeiras 4 semanas de puerpério (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al, 2013).

Esse transtorno pode ser diagnosticado na presença de tristeza persistente, ansiedade ou sensação de "vazio", sensações de impotência e/ou pessimismo, sensações de culpa, ausência de valores e/ou desamparo, irritabilidade, inquietação, perda de interesse em atividades ou passatempos que eram agradáveis, incluindo a relação sexual, fadiga e diminuição da energia, dificuldade de concentração, de lembrar detalhes e de tomar decisões, insônia, vigília matinal ou sono excessivo, alimentação em excesso ou perda de apetite, ideias de suicídio, tentativas de suicídio, dores persistentes, cefaleias, câibras e problemas digestivos que não passam mesmo com tratamento (Mental Health America, 2013a; MORAES, 2006; WISNER, 2013). Para que haja maior precisão do diagnóstico, esses sintomas devem ser pesquisados a partir de 4 a 6 semanas, visto que antes disso há dificuldade ainda de se distinguir *blues* da maternidade e DPP.

De acordo com essas sintomatologias, o diagnóstico pode ser feito utilizando-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou ainda a Classificação Internacional de Doenças (CID). No entanto, a escala de depressão de Edimburgo (EPDS) é um instrumento para rastreio específico de DPP e a mais utilizada no mundo todo (ARRAIS; DE ARAÚJO; SCHIAVO, 2018), no qual em diversos estudos indicaram sua confiabilidade e sensibilidade em detectar depressão, apesar de não abranger a todos os critérios do DSM-5 (KING, 2012). A EPDS foi originalmente desenvolvida por Cox et al. (1987) foi validada para o Português por Santos (1999). Esta escala ganhou muita popularidade após sua validação, visto que 9 a cada 10 mulheres diagnosticadas por um psiquiatra com DPP foram identificadas corretamente pela EPDS. Alguns estudos utilizam este instrumento para detectar precocemente e tratar DPP, especialmente em países pobres e subdesenvolvidos (COX, 1987; SHRESTHA et al., 2016). O EPDS é um questionário que inclui sintomatologias de depressão, que deve ser utilizada após 4 a 6 semanas a contar do parto e tem objetivo de triagem e rastreamento de puérperas com sintomas depressivos. Essa escala é composta por 10 itens, tendo cada item valor de até três pontos. As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). É necessário o somatório dos itens para a obtenção de uma pontuação final. Uma pontuação maior ou igual a 12 indica a presença de sintomas depressivo.

O humor depressivo acarreta problemas não apenas à saúde da puérpera, mas também ao relacionamento conjugal, social, com familiares e com filho (BHUSAL, 2018). O estudo de Silva (2017) mostrou que mães com sintomas depressivos tem 1,63 mais chances de interromper o aleitamento materno exclusivo, visto que a sintomatologia causa insegurança materna e pode comprometer a capacidade e continuidade da amamentação, devido às maiores dificuldades encontradas e insatisfação.

Além disso, a depressão materna durante as primeiras semanas e meses após o parto pode levar a uma ligação de insegurança e a posteriores problemas comportamentais na criança (YONKERS, 2012), visto que a relação mãe-filho é enfraquecida pela insegurança materna, diminuição do contato físico e visual da mãe com o filho. Ademais, os filhos de mãe depressivas são mais propensos a desenvolverem problemas do comportamento, do afeto, da cognição e prejuízos interpessoais (BHUSAL, 2018; IKEDA, 2014).

Das mulheres afetadas por essa patologia, apenas metade recebe tratamento (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; National Mental Health Association, 2013b). O que gera um problema de saúde pública, pois se não tratadas, até 25% das mulheres que apresentam depressão pós-parto desenvolverá um quadro de depressão grave em até um ano, pois à medida que a duração da depressão aumenta, aumentam também o número de sequelas e sua gravidade (YONKERS, 2012). Há prejuízos maternos que podem culminar até no suicídio (ARRAIS; DE ARAÚJO; SCHIAVO, 2018). Além disso, o desenvolvimento desta patologia afeta também o âmbito financeiro, visto que há maior tempo de afastamento do trabalho remunerado, bem como aumento dos gastos com tratamento médico daquelas que buscam (SILVEIRA, 2018). Não obstante, a DPP se relaciona a desfechos desfavoráveis da gravidez, tais como parto pré-termo, peso baixo ou muito baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (KELLY, 2002; SCHNEID-KOFMAN, 2008; STEINBERG, 2014; YONKERS, 2009). No Reino Unido e na Austrália, as doenças psiquiátricas são a principal causa de morbidade e

mortalidade materna tardia - entre 43 e 365 dias de pós-parto, (AUSTIN, 2007; KOREN, 2012; MELVILLE, 2010; PALLADINO, 2011).

Tal transtorno afeta muito além do bem-estar emocional, mas, quando ocorrem associado a outros diagnósticos médicos como diabetes, doença cardíaca e asma, os transtornos de humor maiores pioram os resultados clínicos e, como um grupo, contribuem para 66% de todos os suicídios (YONKERS, 2012). Sendo o suicídio a quinta principal causa de morte nos EUA entre mulheres durante o período perinatal e a depressão é um dos mais fortes indicadores prognósticos de ideação suicida (MELVILLE, 2010).

MÉTODOS

O estudo é do tipo quantitativo, observacional, descritivo e longitudinal. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) do Distrito Federal na primeira etapa, após a autorização do comitê de ética, com mulheres durante o puerpério imediato e tardio. Não foi colocada nenhuma exigência de idade, tendo em vista a variação apresentada neste critério pela população-alvo do estudo, bem como a existência de fatores de risco apresentados pela literatura que variam de acordo com a faixa etária.

Critérios de Inclusão:

1. Pacientes em estágio de puerpério imediato internadas na maternidade do HRAN que aceitem participar do estudo.

Critérios de Exclusão:

1. Mães de natimortos ou neomorto na atual gestação.
2. Mães de recém-nascidos com malformações ou anomalias cromossômicas.
3. Não saber ler ou escrever.

Instrumental utilizado:

Serão utilizados:

- Entrevista semiestruturada, que aborda possíveis fatores de risco e dados psicossociais elaborados pelo grupo de pesquisa a partir da análise das principais variáveis de risco evidenciados pela literatura (APÊNDICE 3). Algumas informações foram fornecidas para o preenchimento mais adequado. Foi considerado como cesárea eletiva, aqueles partos cesarianos que ocorreram sem que a mulher estivesse em trabalho de parto. Em relação aos hábitos de vida, foi orientado que os respondessem baseado no período gestacional.
- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) versão resumida, validada para o português -ANEXO 2- destinado a avaliar a experiência e

satisfação da mulher com o parto; composto de 17 questões, relacionadas à expectativa, classificadas como: muito pior, pior, melhor, muito melhor e 17 questões, relacionadas à satisfação, classificadas como: nada, um pouco, bastante, muito. Quanto maior a pontuação, mais positiva a experiência da parturiente. Esse questionário será aplicado ainda na maternidade, no período de puerpério imediato, durante a entrevista semiestruturada.

- Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (ANEXO 1). Essa escala é composta por 10 itens, tendo cada item valor de até três pontos. As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 10 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. Usamos como ponto de corte o valor 10. Será usada a versão validada para o português. Esse questionário foi aplicado por telefone a partir de 6 semanas após o parto.

Descrição do cenário da pesquisa

O estudo será realizado no HRAN, localizado no centro da capital. Esse hospital atende gestantes de baixo e alto risco da região central do Distrito Federal, que engloba as regionais da Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro novo, Cruzeiro velho, Varjão, Vila Planalto, Granja do Torto, Guará 1, Guará 2, Estrutural, Candangolândia, Park Way e Núcleo Bandeirante. Esta instituição é um hospital-escola, possuindo programa de residência médica e multiprofissional, tendo portanto, partos normais realizados por profissionais não-médicos. O HRAN realiza em média 260 partos por mês, incluindo normais e cesáreos. Dos normais 95% são realizados por médicos, residentes e internos, e 5% por enfermeiros e residentes de enfermagem.

Nesse hospital é rotina, que, após o parto, as puérperas permaneçam internadas por, no mínimo, 48 horas na maternidade. Esse foi o momento e local onde as participantes do estudo foram captadas.

Descrição do procedimento da pesquisa

Durante a hospitalização na maternidade as mães foram orientadas em relação à depressão pós-parto e do que se constitui a pesquisa. Em seguida, foram convidadas a participar do estudo e foi orientado o oferecimento, após rastreamento para depressão pós-parto por meio da aplicação do questionário de Edimburgo, de apoio psiquiátrico para aqueles que tivessem interesse. Uma vez obtido os consentimentos pelo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE) – APÊNDICE 1 – das mesmas e/ou de seus responsáveis, foi aplicado, ainda na maternidade, uma entrevista semiestruturada para identificação dos possíveis fatores de risco e o QESP versão resumida.

Após o início da coleta, foi observada dificuldade de aceite de participação na pesquisa, visto que no puerpério imediato as mães estão cansadas, com dor ou ainda se recuperando da anestesia, no caso de partos cesáreos. Ademais, houve resistência ao aceite e continuidade da participação na pesquisa devido à preocupação com a demanda dos cuidados ao recém-nascido, incluindo a amamentação, além do autocuidado e por vezes pela presença de familiares. Portanto, para reduzir o tempo de preenchimento da entrevista semiestruturada, as variáveis pesquisadas foram reduzidas àquelas mais significativas na literatura apontadas como fatores de risco.

A entrevista semiestruturada e o QESP versão resumida foram entregues, para que as puérperas realizassem o preenchimento manual, no leito, ou outro local da preferência da puérpera, não sendo estipulado tempo para o preenchimento. Foram dadas orientações quanto ao preenchimento e nos casos em que a participante apresentou dificuldades, ela recebeu auxílio e orientação pelo aplicador da pesquisa.

A partir de 6 semanas do parto, foi feito o rastreamento para depressão pós-parto por telefone assim como na metodologia de Wisner (WISNER, 2013), utilizando-se a Escala de depressão pós parto de Edimburgo, sendo considerado positivo pontuação igual ou superior a 10. Foram feitas, pelo menos, 3 tentativas de ligação em dias e horários diferentes, antes que fosse considerada a perda de contato da participante. Após a última coleta de dados, os nomes das pacientes foram substituídos por códigos.

As pacientes que apresentarem rastreamento positivo receberam orientações sobre o que é depressão pós-parto e suas consequências. Foi oferecido

encaminhamento para o serviço de psiquiatria do Hospital regional da Asa Norte ou para o banco de leite humano do Hospital regional da Asa Norte em caso de dificuldades na amamentação.

Número de participantes da pesquisa:

O número de participantes na pesquisa foi de 184 puérperas. Esta foi uma amostragem não probabilística por conveniência.

Análise estatística:

As análises descritivas foram feitas por médias, valores mínimos, valores máximos, desvios padrões e coeficientes de variação.

Para os casos onde os questionários de expectativa e satisfação com o parto (QESP - expectativa e QESP – satisfação) não foram respondidos completamente, considerou-se para o cálculo do QESP total como não respondido, ou seja, não foi calculado um valor para o QESP total para não enviesar a interpretação dos valores.

Para as tabelas de contingência de dois por dois, foram aplicados testes de qui-quadrado de independência com correção de Yates quando alguma frequência esperada foi menor do que 10.

As premissas de todas as análises foram avaliadas. Para as análises paramétricas, a normalidade das variáveis foi investigada com o teste de Shapiro-Wilk. Nos casos em que a distribuição normal foi rejeitada, foi utilizado o teste não-paramétrico correspondente. Para analisar a associação entre a expectativa e satisfação em relação à gestação (segundo os questionários QESP – expectativa e QESP - satisfação) e a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), foi utilizada uma correlação linear de Spearman. Para comparar os valores da escala de depressão pós-parto das puérperas em relação às variáveis: caso de depressão anterior (sim ou não), bebê mamou ao nascer (sim ou não), dificuldade para amamentar (sim ou não) e pensou em interromper a gestação (sim ou não), foi utilizado o teste não-paramétrico para duas amostras independentes Mann-Whitney. Como alternativa para os múltiplos testes de Mann-Whitney, foi ajustado um modelo linear generalizado da família Poisson para investigar os efeitos de um conjunto de variáveis explicativas na escala de depressão pós-parto.

Para apresentar, será utilizado técnica de estatística descritiva e de estatística inferencial.

Considerações éticas:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) com os devidos cuidados éticos contemplados nas normativas descritas na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O protocolo foi previamente avaliado, com parecer n. 3.019.401/18, tendo sido homologado na 20ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB, e com CAEE: 01284818.5.0000.0023.

Nesse estudo, antes da aplicação dos questionários e entrevista semiestruturada, foram garantidos às pacientes tanto o anonimato quanto o sigilo profissional e foram assinados, voluntariamente, os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou de assentimento e TCLE do responsável legal.

Cronograma

Atividade	Data início	Data de término
Elaboração do projeto	ago/2018	set/2018
Submissão ao CEP	set/2018	nov/2018
Coleta de dados	dez/2018	jun/2019
Análise dos dados	jun/2019	jul/2019
Elaboração e Editoração	jul/2019	ago/2019

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi de 184 puérperas, com perfil sociodemográfico composto predominantemente por mulheres jovens (média de idade 26,87 anos), pardas e que trabalham fora.

Tabela 1 – Análises descritivas das variáveis quantitativas referente às 184 puérperas que participaram da pesquisa. Para cada uma das variáveis são apresentadas informações sobre o tamanho amostral utilizado no cálculo (n), o valor mínimo (Mín), máximo (Máx), média, desvio-padrão (DP) e coeficiente de variação (CV). A renda familiar representa o número de salários mínimos recebidos pelo núcleo familiar.

Variável	Parâmetros descritivos					
	n	Min.	Máx.	Média	DP	CV (%)
Idade	184	13,00	45,00	26,87	6,61	24,61
Quilos ganhos	176	-16,00	34,00	11,62	5,73	49,29
Renda familiar	130	0,70	8,00	2,20	1,36	61,75
Satisfação com pré-natal	179	0,00	10,00	8,23	2,13	25,83
Dúvidas esclarecidas no pré-natal	175	0,00	10,00	8,42	2,04	24,15
QESP expectativa	180	24,00	65,00	48,65	8,94	18,39
QESP satisfação	177	22,00	66,00	47,54	9,78	20,57
QESP total	176	47,00	131,00	96,10	17,13	17,83
EPDS	141	0,00	26,00	5,28	6,07	114,82

Do total de puérperas que participaram da pesquisa, 16 não informaram a quantidade de **quilos** que ganharam durante a gestação, uma puérpera preencheu o questionário de forma inadequada e sete puérperas informaram não saber quantos quilos ganharam durante a gestação. Apenas uma puérpera perdeu 16 quilos durante a gestação. Essa puérpera foi incluída no cálculo dos parâmetros mínimo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação (Tabela 1). Sem a inclusão dessa puérpera, os parâmetros foram: mínimo (2), média (11,79), desvio-padrão (5,30) e coeficiente de variação (44,98).

Do total de puérperas que participaram da pesquisa, 49 não informaram a **renda** familiar, duas puérperas preencheram o questionário de forma inadequada, duas puérperas informaram não saber a renda familiar e uma informou ser beneficiária do programa bolsa família.

Apenas uma das 184 puérperas afirmou não ter realizado o pré-natal. Em relação às demais, quatro não responderam sobre o nível de satisfação em relação ao pré-natal e cinco não informaram se tiveram suas dúvidas esclarecidas durante o pré-natal. Ainda em relação ao esclarecimento de dúvidas durante o pré-natal, duas

puérperas afirmaram que não tiveram suas dúvidas esclarecidas, enquanto uma afirmou que sim, teve suas dúvidas esclarecidas. As demais realizaram uma avaliação quantitativa em relação a essas duas questões, pontuando um valor de 0 a 10. Esses valores foram traduzidos para uma forma qualitativa, sendo insatisfeita/não esclarecidas (0 a 4), parcialmente satisfeita/esclarecidas (5 a 7) e satisfeita/esclarecidas (8 a 10). Portanto, ao avaliar o nível de satisfação das puérperas em relação ao pré-natal, observou-se que a maioria das puérperas informou ter ficado satisfeita (72,07%; n = 129), 22,91% (n = 41) informaram que ficaram parcialmente satisfeitas e 5,03% (n = 9) informaram que ficaram insatisfeitas. E em relação ao esclarecimento de dúvidas durante a gestação, 75,43% (n = 132) das puérperas relataram que as dúvidas foram esclarecidas, 21,14% (n = 37) informaram que as dúvidas foram parcialmente esclarecidas e para 3,43% (n = 6) as dúvidas não foram esclarecidas.

Em relação ao QESP, três participantes não responderam de maneira inadequada, uma puérpera não respondeu adequadamente ao QESP expectativa e quatro não preencheram o QESP satisfação. Portanto, considerando apenas as puérperas que responderam aos dois questionários QESP (expectativa e satisfação), foi possível calcular o QESP total para 176 puérperas. A pontuação média do QESP expectativa foi de 48,65 pontos, do QESP satisfação de 47,54 e do QESP total de 96,10. Por fim, em relação ao questionário EPDS, 43 puérperas não responderam o questionário específico. A pontuação mínima atingida neste questionário foi de 0 e a máxima de 26 pontos.

Ainda em relação à caracterização da amostra, observa-se que das 177 puérperas que declararam informação de **cor/raça**, 63,84% (n = 113) se declararam pardas, 19,77% (n = 35) se declararam brancas, 15,25% (n = 27) se declararam negras e 1,13% (n = 2) se declararam amarelas.

Em relação à **escolaridade**, apenas duas puérperas não informaram o nível de formação. Considerando apenas as que responderam, a maioria possui ensino médio completo (46,15%; n = 84), seguida de ensino superior completo (13,19%; n = 24), ensino superior incompleto (12,09%; n = 22), ensino fundamental incompleto (11,54%; n = 21), ensino médio incompleto (8,79%; n = 16), ensino fundamental completo (7,14%; n = 13) e pós-graduação (1,10%; n = 21).

Um total de 177 puérperas apresentaram informações sobre a **ocupação**, sendo que a maioria declarou trabalhar fora (50,85%; n = 90), seguido das que declararam serem donas de casa (24,29%, n = 43), das que estão desempregadas (16,38%; n = 29), são estudantes (7,91%; n = 14) ou aposentada (0,56%; n = 1).

Questionadas se já tiveram depressão anteriormente, 16,30% das puérperas (n = 30) responderam que sim. As demais (83,70%; n = 154) responderam que não. Quando questionadas se houve casos de depressão na família, 39,34% (n = 72) das puérperas responderam que sim e 60,66% (n = 111) responderam que não.

Com relação aos hábitos das puérperas, apenas duas puérperas não responderam sobre hábitos de sono. Das puérperas que responderam, 80,77% (n = 147) afirmaram que dormem bem, 16,68% (n = 34) afirmaram não dormir bem e uma puérpera afirmou dormir parcialmente bem (0,55%). Quatro puérperas não responderam sobre a prática de exercícios. Das que responderam, 73,33% (n = 132) afirmaram não praticar exercícios e 26,67% (n = 48) afirmaram praticar algum exercício. Três puérperas não informaram se possuem o hábito de fumar. Das que responderam, a maioria afirmou não fumar (95,58%; n = 173), por outro lado, 4,42% (n = 8) afirmaram ser fumantes. Apenas uma puérpera não respondeu sobre o consumo de álcool. Das respondentes, 85,79% (n = 157) afirmaram não ingerir bebidas alcólicas, 13,66% (n = 25) afirmaram ingerir bebidas alcólicas e 0,55% (n = 1) informou ingerir eventualmente.

Nove puérperas não responderam se sofreram abuso (físico, sexual ou verbal). Das que responderam, 20,57% (n = 36) afirmaram terem sofrido abuso e as demais (79,43%; n = 139) informaram não terem sofrido.

Em relação às demais variáveis relacionadas à gestação, parto e pós-parto, observou-se que segundo 65,22% (n = 120) das puérperas, a gestação foi planejada, para 34,78% (n = 64) a gestação não foi planejada. Duas puérperas não responderam à questão sobre se a gestação foi desejada. Considerando apenas as respondentes, observou-se que para 81,32% (n = 148) das puérperas, a gestação foi desejada, conseqüentemente, para 18,68% (n = 34) das puérperas a gestação não foi desejada. A maioria das puérperas (91,3%; n = 168) informou não ter pensado em interromper a gestação, enquanto essa possibilidade foi considerada por 8,7% (n = 16) das puérperas. O tipo de parto mais frequente foi o normal, que ocorreu em 53,01% (n = 97) das puérperas. A cesárea de emergência foi o segundo

tipo de parto mais comum (30,60%; n = 56), seguido da cesárea eletiva (16,39%; n = 30). Dez puérperas não responderam se a gestação em questão era do primeiro filho. Considerando apenas as respondentes, 53,45% (n = 93) informaram que era a gestação do primeiro filho e 46,55% (n = 81) das puérperas já tinham filhos. Cinco puérperas não responderam à questão sobre se foram informadas acerca de *blues* e depressão pós-parto. Das que responderam, a maioria (75,98%; n = 136) afirmou não ter sido informada e 24,02% (n = 43) afirmaram terem sido informadas. Duas puérperas não informaram se receberam ajuda do companheiro durante a gestação. Das que responderam à questão, 89,56% (n = 163) afirmaram ter recebido apoio do companheiro e 10,44% (n = 19) afirmaram não ter recebido. Quando questionadas sobre o apoio familiar durante a gestação, uma puérpera não respondeu à questão e outra informou ser sozinha. A maior parte (96,70%; n = 176) das que responderam a questão informaram que receberam apoio familiar, uma (0,55%) informou ter recebido apoio parcial e cinco (2,75%) afirmaram não ter recebido apoio da família. A maioria das puérperas informou que não houve complicações no parto (83,15%; n = 153), em seu ponto de vista, enquanto complicações foram reportadas por 16,85% (n = 31) das puérperas. Considerando o momento após o parto, 72,28% (n = 133) das puérperas informaram que o bebê mamou ao nascer, o que não ocorreu para 27,72% (n = 51) das puérperas. Ainda em relação à amamentação, 79,89 (n = 147) das puérperas não reportaram problemas com a amamentação. Por outro lado, 20,11% (n = 37) das puérperas reportaram problemas com a amamentação. A maioria das puérperas informou que não houve complicações com o bebê (83,15%; n = 153). Por outro lado, complicações foram reportadas por 16,85% (n = 31) das puérperas.

Observa-se nas tabelas 2 e 3 que o grupo de puérperas < 35 anos foi o mais representativo da amostra (88,04%; n= 162) e são aquelas que possuem pontuação do QESP expectativa e satisfação mais altas, assim como encontrado no estudo de Marques (2014).

Tabela 2 – Tabela de contingência entre a expectativa em relação à gestação e a idade.

Idade	QESP - expectativa		
	Baixa	Moderada	Alta
< 35 anos	12	79	67
>= 35 anos	2	10	10

Tabela 3 – Tabela de contingência entre a satisfação em relação à gestação e a idade.

Idade	QESP - satisfação		
	Baixa	Moderada	Alta
< 35 anos	15	76	64
>= 35 anos	4	9	9

A partir da categorização da variável EPDS, foi calculada a prevalência de depressão pós-parto. Observou-se que 21,28% (n = 30) das puérperas apresentaram EPDS ≥ 10 . As demais, ou seja, 78,72% (n = 111) apresentaram valores inferiores a 10. O percentual de prevalência encontrado neste estudo está de acordo com a literatura que demonstra que o Brasil está acima da média internacional, mas com prevalência semelhante à variação dos países com situação socioeconômica símil.

Ao comparar a pontuação na escala de depressão pós-parto das puérperas que pensaram em interromper a gestação com as que não consideraram essa alternativa, observou-se que as puérperas que consideraram interromper a gestação apresentaram um valor mais alto ($11,00 \pm 8,56$; média \pm DP) na escala de depressão pós-parto em relação às puérperas que não pensaram em interromper ($4,75 \pm 5,53$; média \pm DP; Mann-Whitney; $W = 413,5$; $P = 0,007$; Fig. 7).

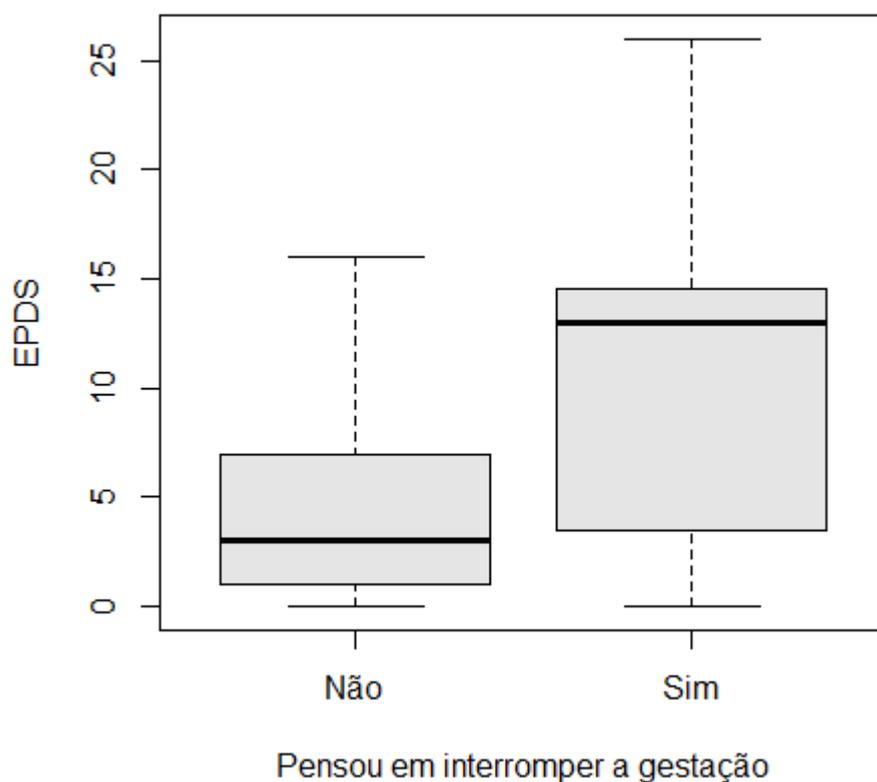


Figura 1 – Comparação dos valores da escala de depressão pós-parto (EPDS) das puérperas em relação a terem considerado ou não a possibilidade de interromper a gestação.

As mulheres que desejaram a gestação, incluindo as que não planejaram, tiveram menor risco de considerar a interrupção da gestação ($p = <0,001$), conforme representado na tabela 4.

Tabela 4 – Tabela de contingência entre se a gestação foi desejada e se a puérpera considerou interromper a gestação. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência com correção de Yates.

Considerou interromper a gestação	Gestação desejada		χ^2	GL	P
	Sim	Não			
Sim	7	9	13,70	1	< 0,001
Não	141	25			

Não houve relação estatisticamente significativa entre história prévia com o risco de considerar interromper a gestação. Outras variáveis que não possuem relação com o risco de pensar na interrupção gestacional foram a renda, história familiar de depressão e estar no puerpério do parto do primeiro filho. Essas correlações demonstram que a história prévia pessoal de depressão e considerar interromper a gestação são fatores de risco independente para o desenvolvimento de depressão pós-parto.

Tabela 5 – Tabela de contingência entre se a puérpera teve depressão anteriormente e se ela considerou interromper a gestação. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência com correção de Yates.

Considerou interromper a gestação	História pessoal de depressão		χ^2	GL	P
	Sim	Não			
Sim	5	11	1,79	1	0,180
Não	25	143			

Tabela 6 – Tabela de contingência entre renda e se a puérpera considerou interromper a gestação. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência com correção de Yates.

Considerou interromper a gestação	Renda		χ^2	GL	P
	≤ 2 salários mínimos	> 2 salários mínimos			
Sim	7	6	0,09	1	0,769
Não	53	64			

Tabela 7 – Tabela de contingência entre se algum familiar da puérpera teve depressão e se ela considerou interromper a gestação. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência com correção de Yates.

Considerou interromper a gestação	Depressão na família		χ^2	GL	P
	Sim	Não			
Sim	10	6	2,94	1	0,086
Não	62	105			

Tabela 8 – Tabela de contingência entre se a puérpera teve ajuda do companheiro e se ela considerou interromper a gestação. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência com correção de Yates.

Considerou interromper a gestação	Primeiro filho		χ^2	GL	P
	Sim	Não			
Sim	6	9	0,68	1	0,411
Não	87	72			

Observa-se também que a gestação foi planejada pela maioria das mulheres do estudo (65,22%) e que esta variável não possui significância estatística com as pontuações mais altas do QESP expectativa nem QESP satisfação ($p= 0,203$ e $p= 0,102$, respectivamente), conforme evidenciado nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9 – Tabela de contingência entre se a gestação foi planejada e a expectativa em relação à gestação.

Gestação planejada	QESP - expectativa			χ^2	GL	P
	Baixa	Moderada	Alta			
Sim	6	25	31	3,18	2	0,203
Não	8	64	46			

Tabela 10 – Tabela de contingência entre se a gestação foi planejada e a satisfação em relação à gestação.

Gestação planejada	QESP - satisfação			χ^2	GL	P
	Baixa	Moderada	Alta			
Sim	4	25	31	4,55	2	0,102
Não	15	60	42			

Não foi observada uma correlação significativa (Correlação linear de Spearman; $r_s = -0,03$; GL = 134; P = 0,703) entre a avaliação total da gestação (QESP - total) e a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).

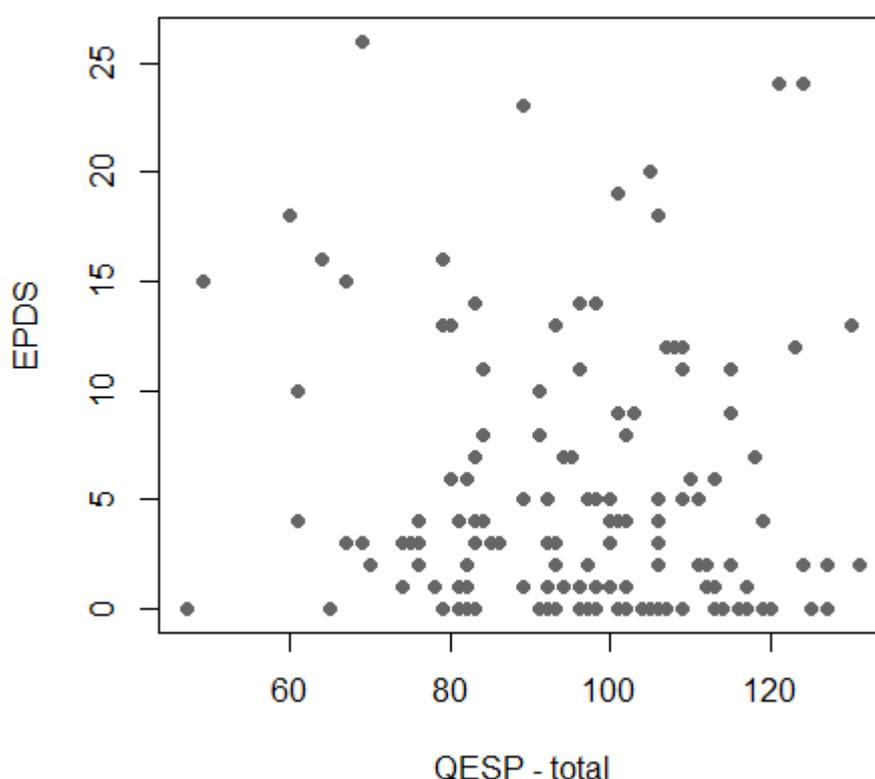


Figura 2 – Correlação entre a avaliação total em relação a gestação (QESP – total) e a escala de depressão pós-parto (EPDS).

Ao comparar a escala de depressão pós-parto das puérperas que tiveram depressão anteriormente com as que não tiveram, observou-se que as puérperas que tiveram caso de depressão anteriormente apresentaram um valor mais alto ($10,43 \pm 7,89$; média \pm DP) na escala de depressão pós-parto em relação às puérperas que não tiveram depressão anteriormente ($4,27 \pm 5,11$; média \pm DP; Mann-Whitney; W = 665; P < 0,001; Fig. 4). Este dado está em consonância com a

literatura que aponta que história de doenças psiquiátricas, como a depressão, são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de DPP (ARRAIS et al., 2018).

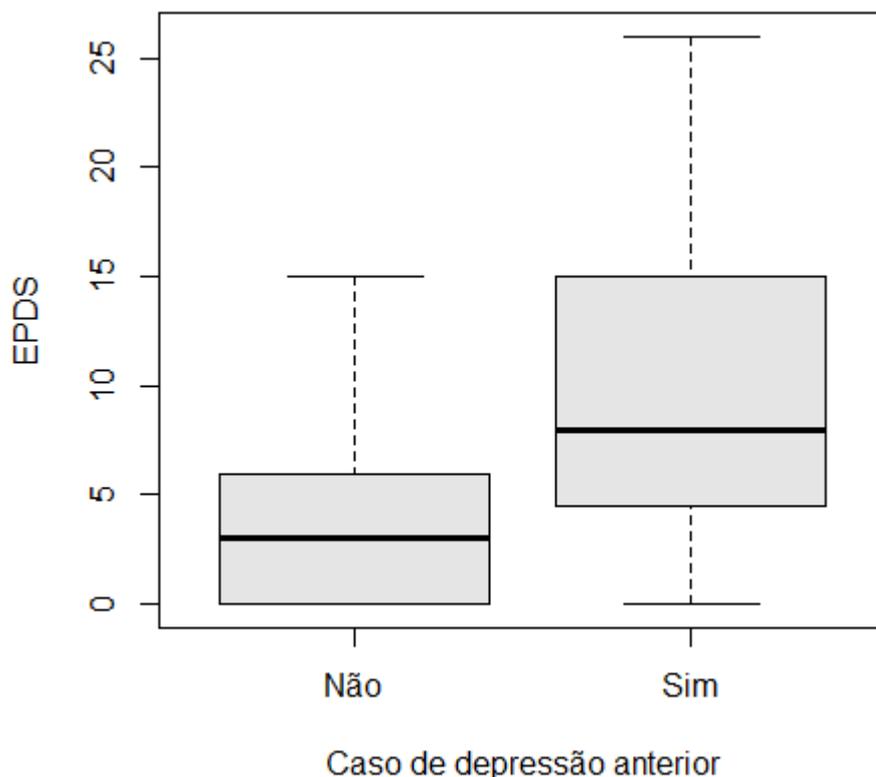


Figura 3 – Comparação dos valores da escala de depressão pós-parto (EPDS) das puérperas em relação a ocorrência de depressão anteriormente.

Para a amostra investigada, o fato do bebê mamar ou não ao nascer não está associado a maiores valores na escala de depressão pós-parto (Mann-Whitney; $W = 2293$; $P = 0,402$; Fig. 5). As mães dos bebês que mamaram ao nascer registraram $4,92 \pm 5,74$ (média \pm DP) pontos na escala de depressão pós-parto, enquanto as mães cujos bebês não mamaram registraram $6,11 \pm 6,75$ (média \pm DP). Na literatura avaliada, não há estudos que afirmem alguma relação entre o fato do bebê mamar ao nascer, mas a associação entre a depressão pós-parto e a interrupção do aleitamento (SILVA et al., 2017).

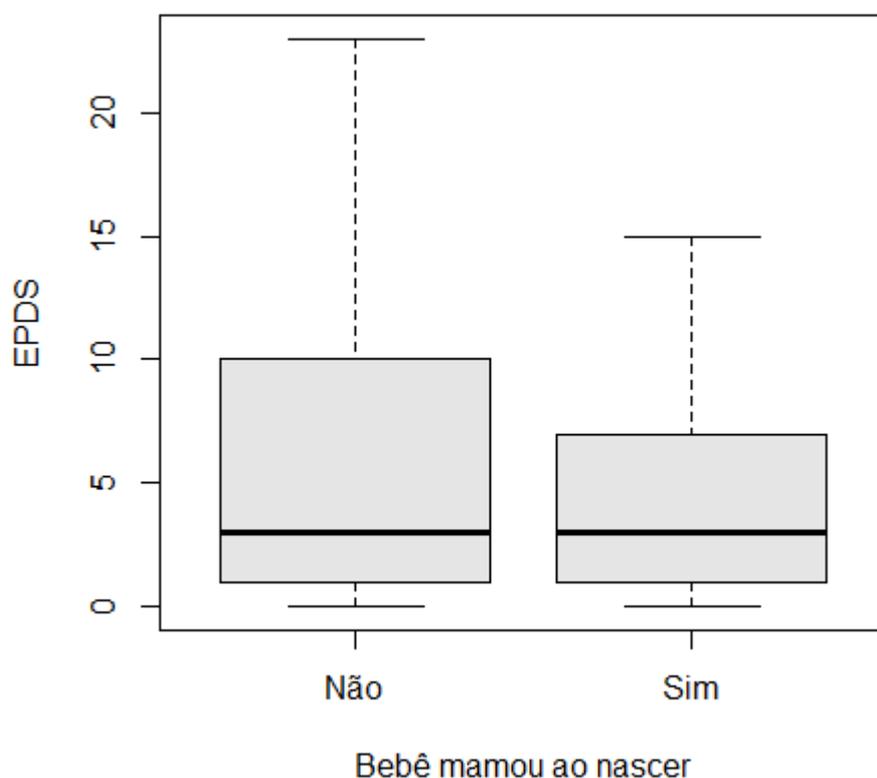


Figura 5 – Comparação dos valores da escala de depressão pós-parto (EPDS) das puérperas em relação ao comportamento do bebê ao nascer (se mamou ou não).

Similarmente, não foi observada diferença significativa nos valores da escala de depressão pós-parto das mães que reportaram dificuldade para amamentar ($4,75 \pm 4,94$; média \pm DP) em relação àquelas que não reportaram nenhum problema ($5,44 \pm 6,38$; média \pm DP; Mann-Whitney; $W = 1713$; $P = 0,736$; Fig. 6). A literatura aponta que a continuidade da amamentação é um fator protetor do desenvolvimento de depressão pós-parto e que o fato de não amamentar até 8 semanas após o parto é fator de risco. A dificuldade em amamentar por si não determina a continuidade ou interrupção do aleitamento (ARRAIS et al., 2018).

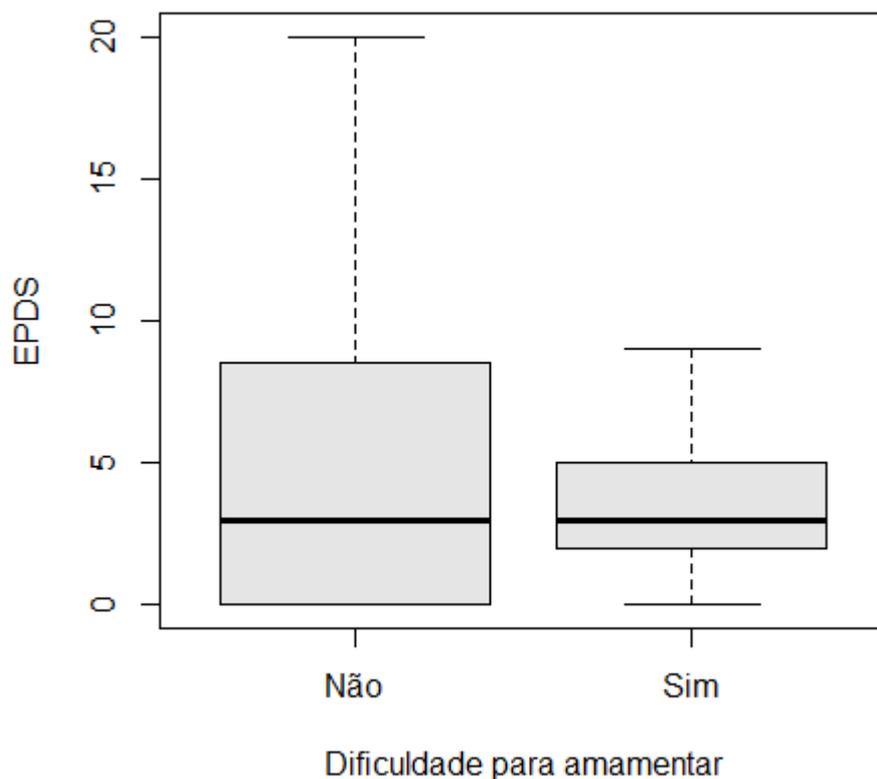


Figura 6 – Comparação dos valores da escala de depressão pós-parto (EPDS) das puérperas em relação a dificuldade para amamentar.

Alternativamente, foi ajustado um modelo linear generalizado para avaliar os efeitos de um conjunto de variáveis explicativas na escala de depressão pós-parto registrada pelas puérperas. Observou-se que as puérperas que tiveram depressão anteriormente e as que consideraram interromper a gestação apresentaram uma chance maior de apresentar depressão pós-parto (Tabela 24).

Tabela 11 – Modelo linear generalizado da família Poisson para investigar os efeitos de variáveis explicativas na escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).

Variável explicativa	B	SE	Z	P
Problema para amamentar (sim)	-0,07	0,09	-0,77	0,442
Bebê mamou ao nascer (sim)	-0,05	0,08	-0,60	0,548
Teve depressão anteriormente (sim)	0,78	0,08	9,11	< 0,001
Tipo de parto (Cesária eletiva)	-0,00	0,11	-0,02	0,977
Pensou em interromper a gestação (sim)	0,65	0,10	6,50	< 0,001

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a prevalência de DPP na população do estudo foi de 21,28 % sendo este dado compatível com a prevalência estimada em estudos semelhantes, que utilizaram a EPDS como instrumento diagnóstico. A história pessoal pregressa de depressão esteve fortemente associada ao desenvolvimento de DPP, mas em contra partida, a história familiar, não demonstrou relação com significância estatística, diferente do que mostram alguns estudos. Assim como esperado baseado na literatura, a expectativa e a satisfação da mulher com o parto não obtiveram relação com o desenvolvimento de depressão pós-parto. Isto reforça alguns pontos da depressão pós-parto de que esta patologia possui mais relação com aspectos sociais, hormonais, psicológico/psiquiátrico do que de fato com a experiência vivida no trabalho de parto, parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. AKMAN, Cemal; UGUZ, Faruk; KAYA, Nazmiye. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. **Comprehensive psychiatry**, v. 48, n. 4, p. 343-347, 2007.
2. American college of obstetricians and gynecologists: rastreamento for depression during and after pregnancy. **Committee opinion** no. 453, november 2010, reaffirmed 2012a
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013.
4. ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.
5. ARRAIS, Alessandra da Rocha; DE ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 711-729, 2018.
6. AUSTIN, Marie-Paule; KILDEA, Susan; SULLIVAN, Elizabeth. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. **Medical Journal of Australia**, v. 186, n. 7, p. 364-367, 2007.
7. AZIDAH, A. K. et al. Postnatal depression and socio-cultural practices among postnatal mothers in Kota Bahru, Kelantan, Malaysia. **The Medical journal of Malaysia**, v. 61, n. 1, p. 76-83, 2006.
8. BRUMMELTE, Susanne; GALEA, Liisa AM. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. **Hormones and behavior**, v. 77, p. 153-166, 2016.
9. BURGUT, F. Tuna et al. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 34, n. 2, p. 90-97, 2013.
10. BHUSAL, Babu Ram; BHANDARI, Nisha. Identifying the factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in Kathmandu, Nepal. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 5, n. 3, p. 268-274, 2018.
11. CANTILINO, Amaury et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
12. CANTILINO, Amaury et al. Postpartum psychiatric disorders. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
13. COX, John L.; HOLDEN, Jeni M.; SAGOVSKY, Ruth. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.
14. DE LIMA SALUM, Maria et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015.
15. DEECHER, Darlene et al. From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. **Psychoneuroendocrinology**, v. 33, n. 1, p. 3-17, 2008.

16. ENDRES, Loraine et al. 673: Postpartum depression signals ongoing health risks. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 208, n. 1, p. S283-S284, 2013.
17. FILHA, Mariza Miranda Theme et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of affective disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.
18. FRIEDER, Ariela et al. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 199, n. 6, p. S328-S332, 2008.
19. GOODWIN, Renee D.; KEYES, Katherine; SIMURO, Nicole. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 109, n. 4, p. 875-883, 2007.
20. IKEDA, Mari; HAYASHI, Momoko; KAMIBEPPU, Kiyoko. The relationship between attachment style and postpartum depression. **Attachment & human development**, v. 16, n. 6, p. 557-572, 2014.
21. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd>, 1992.
22. IYENGAR, Kirti; YADAV, Ranjana; SEN, Swapnaleen. Consequences of maternal complications in women's lives in the first postpartum year: a prospective cohort study. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 30, n. 2, p. 226, 2012.
23. KANOTRA, Sarojini et al. Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. **Maternal and child health journal**, v. 11, n. 6, p. 549-558, 2007.
24. KELLY, Rosemary H. et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 100, n. 2, p. 297-304, 2002.
25. KING, Patricia Ann Lee. Validity of postpartum depression screening across socioeconomic groups: a review of the construct and common screening tools. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 23, n. 4, p. 1431-1456, 2012.
26. KO, Jean Y. et al. Depression and treatment among US pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. **Journal of women's health**, v. 21, n. 8, p. 830-836, 2012.
27. KOBLINSKY, Marge et al. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 30, n. 2, p. 124, 2012.
28. KOREN, Gideon; NORDENG, Hedvig. Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 207, n. 3, p. 157-163, 2012.
29. LEE, Antoinette M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. **Obstetrics & Gynecology**, v. 110, n. 5, p. 1102-1112, 2007.
30. LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. The extent of post-partum depression in Brazil: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

31. LUCCHI, Tania Kiehl et al. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 140-147, 2016.
32. MARQUES, Ana Carolina Madaíl et al. **Determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto**. 2014. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
33. MATHISEN, Siv Elin et al. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. **International journal of women's health**, v. 5, p. 787, 2013.
34. MELO, Synara Barbosa de et al. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 163-169, 2018.
35. MELVILLE jl, gavin a, guo y, et al: depressive disorders during pregnancy. **Obstet gynecol** 116:1064, 2010 mental health america: depression in women. 2013a.
36. MORAES, Gustavo Paranhos de Albuquerque et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2017.
37. MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 40, p. 65-70, 2006.
38. NORHAYATI, Mohd Noor et al. Severe Maternal Morbidity and Postpartum Depressive Symptomatology: a prospective double cohort comparison study. **Research in nursing & health**, v. 39, n. 6, p. 415-425, 2016.
39. O'KEANE, V. et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. **Journal of neuroendocrinology**, v. 23, n. 11, p. 1149-1155, 2011.
40. O'HARA, Michael W.; WISNER, Katherine L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 3-12, 2014.
41. PALLADINO, Christie Lancaster et al. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. **Obstetrics and gynecology**, v. 118, n. 5, p. 1056, 2011.
42. PEREIRA, Francieli Malavazi. Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura. 2011.
43. RAI, Shashi; PATHAK, Abhishek; SHARMA, Indira. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian journal of psychiatry**, v. 57, n. Suppl 2, p. S216, 2015.
44. REARDON, David C. Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 6, p. 1354-1355, 2014.
45. ROMERO, Roberto; BADR, M. Safwan. A role for sleep disorders in pregnancy complications: challenges and opportunities. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 210, n. 1, p. 3-11, 2014.
46. SACHER, Julia et al. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 5, p. 468-474, 2010.
47. SANTOS, Maria Fatima dos; MARTINS, Francisco C.; PASQUAL, Luiz. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)**, v. 26, n. 2, p. 90-5, 1999.

48. SCHNEID-KOFMAN, Naomi; SHEINER, Eyal; LEVY, Amalia. Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 101, n. 1, p. 53-56, 2008.
49. SHRESTHA, Sumitra Devi et al. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 72, 2016.
50. SILVA, Catarina S. et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. **Jornal de Pediatria (Versão Em Português)**, v. 93, n. 4, p. 356-364, 2017.
51. SILVEIRA, Mônica Silva et al. Postpartum depression in women who survived severe maternal morbidity. **Cadernos Saúde Coletiva**, n. AHEAD, 2018.
52. SOUZA, Karina Junqueira de. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014.
53. TAM, Wing Hung; CHUNG, Tony. Psychosomatic disorders in pregnancy. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 19, n. 2, p. 126-132, 2007.
54. VYTHILINGUM, Bavanisha. Anxiety disorders in pregnancy. **Current psychiatry reports**, v. 10, n. 4, p. 331-335, 2008.
55. WISNER, Katherine L. et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 5, p. 490-498, 2013.
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 2009
57. YONKERS, Kimberly A. et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. **General hospital psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 403-413, 2009.
58. YONKERS, Kimberly Ann; VIGOD, Simone; ROSS, Lori E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. **Focus**, v. 10, n. 1, p. 51-66, 2012.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Nome: Aplicador da escala: Data:
Pontuação:
Nome: Idade do bebê:
Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado. Nos últimos 7 dias:
1- Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.
Tanto quanto antes Menos do que antes Muito menos do que antes Nunca
2- Tenho tido esperança no futuro.
Tanta como sempre tive Menos do que costumava ter Muito menos do que costumava ter Quase nenhuma
3- Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
Sim, a maioria das vezes Sim, algumas vezes Raramente Não, nunca
4- Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.
Não, nunca Quase nunca Sim, por vezes

Sim, muitas vezes
5- Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
<p>Sim, muitas vezes</p> <p>Sim, por vezes</p> <p>Não, raramente</p> <p>Não, nunca</p>
6- Tenho sentido que são coisas demais para mim. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
<p>Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes</p> <p>Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente</p> <p>Não, resolvo-as tão bem como antes</p>
7- Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
<p>Sim, quase sempre</p> <p>Sim, por vezes</p> <p>Raramente</p> <p>Não, nunca</p>
8- Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.
<p>Sim, quase sempre</p> <p>Sim, muitas vezes</p> <p>Raramente</p> <p>Não, nunca</p>
9- Tenho-me sentido tão infeliz que choro.
<p>Sim, quase sempre</p> <p>Sim, muitas vezes Só às vezes</p> <p>Não, nunca</p>
10-Tive ideias de fazer mal a mim mesma.
<p>Sim, muitas vezes</p> <p>Por vezes</p> <p>Muito raramente</p> <p>Nunca</p>

**QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO
(QESP)**

Nome:

	M uito pior	P ior	Me lhor	Mu ito melhor
1. O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expectativas				
2. O parto (P) decorreu de encontro com as suas expectativas				
3. O pós-parto (PP) decorreu de encontro com as suas expectativas				
4. As condições físicas da maternidade no TP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
5. As condições físicas da maternidade no P foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
6. As condições físicas da maternidade no PP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações)				
7. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas				
8. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de				

saúde no P foi de acordo com as suas expectativas				
9. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas				
10. A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas				
11. A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas				
12. A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas				
13. O tempo que demorou o TP foi de acordo com as suas expectativas				
14. O tempo que demorou o P foi de acordo com as suas expectativas				
15. O tempo que demorou o PP foi de acordo com as suas expectativas				
16. O tempo que demorou a tocar no bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas				
17. O tempo que demorou a pegar no bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas				

	N ada	Um pouco	Bast ante	M uito
1. Está satisfeita com a forma como decorreu o TP				
2. Está satisfeita com a forma como decorreu o P				

3. Está satisfeita com a forma como decorreu o PP				
4. Está satisfeita com o tempo que demorou o TP				
5. Está satisfeita com o tempo que demorou o P				
6. Está satisfeita com o tempo que demorou o PP				
7. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP				
8. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no P				
9. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP				
10. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP				
11. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P				
12. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP				
13. Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP				
14. Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P				
15. Está satisfeita com a				

intensidade da dor que sentiu no PP				
16. Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebê, após o parto				
17. Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebê, após o parto				

APÊNDICES

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Aplicador:	Data:
Nome:	Idade:
Número de telefone:	Data do parto:
Kgs ganhos na gestação:	Renda estimada da família:
Nível de escolaridade	<u>Durante a gestação:</u> Dormia bem? (Sim) (Não) Fez atividade física? (Sim) (Não) Fumou? (Sim) (Não) Bebeu? (Sim) (Não)
<u>Ocupação</u> Do lar () Desempregada () Trabalha fora () Estudante ()	Já teve depressão? (Sim) (Não)
Algum parente já teve depressão?	Você já sofreu abuso sexual, físico ou verbal? (Sim) (Não)
Você já pensou em interromper a gestação? (Sim) (Não)	Essa gestação foi planejada? (Sim) (Não)
Essa gestação foi desejada? (Sim) (Não)	É o primeiro filho? (Sim) (Não)
Fez pré-natal: (Sim) (Não)	Alguém te explicou sobre blues e depressão pós parto? (Sim) (Não)
Nível de satisfação com o pré-natal de 0 a 10?	De 0 a 10, quanto as suas dúvidas foram esclarecidas no pré-natal?
Qual foi seu tipo de parto? (Cesárea de emergência) (Cesárea eletiva) (Normal)	Teve complicações no parto? (Sim) (Não) Teve complicações com o bebê? (Sim) (Não)
Seu companheiro está te ajudando em casa? (Sim) (Não)	Sua família apoiou a sua gestação? (Sim) (Não)

Seu bebê mamou ao nascer? (Sim) (Não)	Tem problemas para amamentar? (Sim) (Não)