

RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E OS FATORES INDIVIDUAIS E AMBIENTAIS APRESENTADOS POR PUÉRPERAS QUE FREQUENTAM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR.

VILLACA, Eduarda Mattar¹

HUBIE, Ana Paula Sakr²

MATOS, André Liberal³

ROCHA, Isabella Cristina Chagas⁴

MARTARELLO, Pamela⁵

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada por um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que ocorrem no período perinatal, com início geralmente entre 4 e 8 semanas após o parto, podendo persistir por mais de um ano. Seus principais fatores predisponentes incluem: gestação indesejada, falta de apoio do parceiro, falta e/ou baixo apoio familiar, vícios (álcool, cigarro ou outras drogas), história prévia de depressão e/ou depressão familiar, ansiedade, estresse, desemprego, baixa escolaridade, gestação precoce e/ou não planejada, violência doméstica entre outros.

Objetivo: analisar a diferença entre os fatores de risco individuais e ambientais entre puérperas que apresentam sintomas compatíveis com depressão pós-parto em relação as que não apresentam sintomas compatíveis com essa patologia, em uma Unidade Básica de Saúde no município de Cascavel-PR. **Metodologia:** estudo de caráter qualitativo-quantitativo, baseado em entrevista com perguntas individuais em amostra de 17 puérperas que frequentam uma Unidade Básica de Saúde no município de Cascavel-PR. **Considerações finais:** do total da amostra pesquisada 17 (100%), apenas 6 (35,29%) apresentaram índice (>10) considerados para desenvolvimento de DPP. Foram detectadas associações significativas para as variáveis histórico de doença mental; escolaridade; falta de apoio e estresse, ao nível de significância de 5%. Existe diferença significativa na média de idade do grupo de mães que apresentaram índices referentes à DPP (22,50) e do grupo que não apresentava (27,81).

Palavras-chaves: Depressão. Período pós-parto. Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is characterized by a spectrum of depressive and anxiety disorders that occur in the perinatal period, usually beginning between 4 and 8 weeks after delivery, and may persist for more than a year. Its main symptoms include: unwanted pregnancy, lack of partner support, lack and / or low family support, addictions (alcohol, cigarettes or other drugs), previous history of depression and / or family depression, anxiety, stress, unemployment, low education, early and / or unplanned pregnancy, domestic violence, among others. **Objective:** to analyze the difference between individual and environmental risk factors among puerperal women who have symptoms compatible with postpartum depression in relation to those who do not have symptoms compatible with this pathology, in a Basic Health Unit in the municipality of Cascavel-PR. **Methodology:** qualitative-quantitative study, based on an interview with individual questions in a sample of 17 puerperal women who attend a Basic Health Unit in the municipality of Cascavel-PR. **Final considerations:** of the total sample surveyed 17 (100%), only 6 (35.29%) had an index (> 10) considered for the development of PPD. Significant associations were detected for the variables of history of mental illness; schooling; lack of support and stress, at a significance level of 5%. There is a significant difference in the mean age of the group of mothers who had indices referring to PPD (22.50) and the group that did not (27.81).

Keywords: Depression. Postpartum period. Mental health.

¹ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: eduardamvillaca@gmail.com.

² Professora Orientadora; Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde; Graduada em Medicina e Especialista em Medicina da Família. E-mail: anahubie@gmail.com.

³ Acadêmico do Curso Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: andremaatos@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: isabellaaroch204@gmail.com

⁵ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: pammartarello@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição ou DSM-5, pode-se considerar com depressão o paciente que apresenta cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor triste ou irritável; anedonia ou perda de interesse nas atividades do cotidiano; mudanças ou alterações no peso (perda ou ganho); alterações do sono (sonolência ou insônia); lentidão ou agitação psicomotora; fadiga e perda de energia; sensação de vazio ou culpa excessiva; falta de concentração; desvalorização de si próprio; dificuldade de tomar decisões; pensamentos relacionados a morte. Estes sintomas devem estar presentes durante grande parte do dia do indivíduo, no período de pelo menos, duas semanas (RODRIGUES et al., 2016; APA, 2014).

Os fatores individuais incluem (histórico prévio de depressão, transtornos de personalidade, traumas marcantes, perdas significativas, estresse). Já os ambientais incluem (gestação indesejada, gestação na adolescência, dificuldades de relacionamento com o parceiro, julgamento da família e consequente falta de apoio, interrupção da carreira ou dos estudos, baixa renda).

A depressão como síndrome ou doença inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas, atingindo mais as mulheres do que homens. Um dos transtornos depressivos sofridos pelas mulheres é a depressão pós-parto, sua sintomatologia é parecida com os quadros de alteração de humor que ocorrem fora do puerpério. O quadro clínico da DPP pode variar na sua intensidade e na apresentação dos sintomas. Seu início ocorre geralmente nas quatro semanas após o parto e muitas vezes é negligenciado pela puérpera e por sua família.

A DPP afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do seu filho, tornando-se um grande problema de saúde pública. A partir disso torna-se importante seu estudo para que ocorra o melhor tratamento, diminuindo assim suas repercussões que são prejudiciais tanto na vida da mãe quanto na vida da criança.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a diferença entre os fatores de vida individuais e ambientais entre puérperas que apresentam sintomas compatíveis com depressão pós-parto em relação as que não apresentam sintomas compatíveis com essa patologia, em uma Unidade Básica de Saúde no município de Cascavel-PR.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão – historicamente denominada de melancolia – é uma doença crônica generalizada capaz de afetar os pensamentos, o humor e a saúde física. Tem como características o mau humor, falta de energia, tristeza e incapacidade de aproveitar a vida (CUI, 2015; MAGHIERE et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004 a depressão foi considerada a terceira causa de morbidade no mundo, sendo que as mulheres apresentam risco duas vezes maior que os homens para desenvolvimento da doença, essa diferença é ainda maior no período gravídico-puerperal (HARTMANN et al., 2017).

No mundo, a depressão é a terceira causa de morbidade e acredita-se que em 2030, seja a primeira. As mulheres, de acordo com relatos da literatura, apresentam o dobro do risco de desenvolver depressão em relação aos homens. O período de maior risco é o gravídico-puerperal, por envolver fatores hormonais, emocionais e físicos. Em média 40 a 80% das puérperas apresentam distúrbio de humor transitório e leve. Porém, algumas desenvolvem depressão com sintomas de duração superior a duas semanas (SANTANA et al., 2020).

A depressão pós-parto (DPP) é considerada um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que ocorrem no período perinatal, geralmente iniciando entre 4 e 8 semanas após o parto, podendo persistir por mais de um ano. Seus sintomas incluem sintomas de ansiedade, irritabilidade, choro frequente, desânimo persistente, sentimento de culpa, falta de energia e motivação, alterações alimentares e do sono, além de queixas psicossomáticas como cefaleia, dores nas costas e dores abdominais sem causa orgânica aparente, além da perda da capacidade de sentir prazer. Geralmente a sintomatologia da depressão pós-parto não difere da sintomatologia da depressão não relacionada ao parto, e inclui preocupações com o bem-estar do bebê de forma excessiva ou francamente delirante (MULLER et al., 2005; VIEIRA et al., 2018; LEITE et al., 2020).

Existe o risco de episódios psicóticos no pós-parto, particularmente maior em mulheres com histórico prévio de transtorno de humor, especialmente o transtorno de humor bipolar tipo 1 (MÜLLER et al., 2005).

A DPP é considerada um transtorno psiquiátrico importante devido suas altas taxas de prevalência, devido ao grande impacto que a doença causa na vida da família, além do risco de recidiva durante as próximas gestações (MORAES et al., 2017).

Estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 10 a 20%, porém sabe-se que existe uma variação dessa prevalência entre as culturas e entre os países estudados (MAGHIERE et al., 2019).

No Brasil aproximadamente 30 a 40% das mulheres atendidas em unidades básicas de saúde (UBS) ou com nível socioeconômico baixo apresentam índices elevados de sintomas depressivos. Mulheres que apresentam histórico prévio de depressão apresentam risco 50% maior de desenvolver

essa patologia no período pós-parto; mulheres com histórico prévio de DPP tem risco 70% maior de desenvolver outro episódio depressivo (HARTMANN et al., 2017).

A ocorrência da DPP está associada a diversos fatores, como biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, os quais se inter-relacionam. Entre esses fatores temos: depressão e ansiedade pré-natal, falta de apoio social, estresse financeiro e conjugal, mães com menor escolaridade, que não residem com os parceiros, que não são primigestas, que idealizaram aborto ou fizeram ingestão de álcool ou tabaco (PICCININI et al., 2003; HARTMANN et al., 2017; MORAES et al., 2017).

Além disso, as mulheres que apresentam fatores estressantes da vida podem apresentar três vezes mais chance de desenvolver DPP e com uma relação significativa entre esses fatores estressantes, e a gravidade dos sintomas depressivos. Existem também evidências de que a DPP possa sofrer uma influência genética, baseadas em estudo com gêmeos e com famílias (MAGHIERE et al., 2019).

Apesar de ser um distúrbio psiquiátrico grave, a DPP é pouco estudada (tanto de forma clínica quanto experimental), além de ser subdiagnosticada. Devido a isso, as ferramentas de triagem se constituem componentes importantes para tratamento e prestação de serviços de saúde mental (MAGHIERE et al., 2019).

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomenda sete testes de triagem para depressão perinatal, validados para uso durante a gestação e período pós-natal. São eles: Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (PDSS), Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung (Zung SDS) (MORAES et al., 2017).

Entre as escalas de rastreamento de sintomas de DPP, a mais utilizada é a EPDS, que foi validada no Brasil e traduzida em 24 idiomas. Esta escala avalia os sintomas depressivos conforme a soma de pontos em uma escala (de 0 a 3) em cada item, abordando sentimentos maternos apresentados nos últimos sete dias, podendo atingir em seu máximo o escore de 30 pontos. Os pontos para caracterização da DPP descritos na literatura variam de 10 a 12 (SHRESTHA et al., 2016).

Não existe consenso sobre o momento ideal para realizar a triagem, porém existem evidências tanto diretas quanto indiretas de que o rastreamento para DPP seja capaz de reduzir os sintomas depressivos e a prevalência da depressão em uma determinada população (MORAES et al., 2017).

Quando a depressão é diagnosticada precocemente, as chances de prevenir o agravamento dos sintomas e de proteger o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê são maiores. Os fatores de risco quando identificados com antecedência reduzem as chances do desenvolvimento da DPP e, consequentemente, seus efeitos prejudiciais sobre a vida das crianças (HARTMANN et al., 2017).

As atitudes das mães em relação ao recém-nascido (RN) são muito variáveis, podendo incluir desinteresse, medo de ficar a sós com a criança ou excesso de intrusão. As mães com DPP apresentam mais afeto negativo e são menos envolvidas com os RNs, se comparadas a mães que não apresentam DPP. Esses fatores contribuem de forma negativa nas primeiras interações com o bebê e, consequentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (PICCININI et al., 2003; SCHIMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Crianças filhas de mães com DPP normalmente são mais ansiosas e menos felizes, apresentam menos sorrisos, menor interação corporal e maiores dificuldades alimentares e de sono. Estas crianças podem apresentar também transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, episódios depressivos, prejuízos na linguagem e no Quociente de Inteligência (QI) – principalmente em meninos –, desnutrição e risco aumentado da síndrome de morte súbita. O reconhecimento da DPP é importante tanto para o tratamento da mãe quanto para a redução de seus efeitos negativos. A prevenção da doença se constitui a melhor forma de evitar tais efeitos negativos, e o apoio social é um dos fatores mais importantes (SCHIMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Uma opção para tratamento da DPP leve ou moderada é a psicoterapia, uma vez que oferece mais segurança para o binômio mãe-filho, não interferindo na amamentação e sem contraindicações. A psicoterapia contribui para que a puérpera compreenda melhor essa patologia, riscos, efeitos negativos. A adequada adesão ao tratamento leva à remissão dos sintomas (OLIVEIRA et al., 2016 *apud* LOPES e GONÇALVES, 2020).

Já o tratamento farmacológico é recomendado apenas nos casos mais graves ou quando o tratamento psicoterápico não se mostra eficaz. Nestes casos devem ser mensurados os riscos de antidepressivos no período de lactação. Alguns antidepressivos são compatíveis com a amamentação, embora todos sejam transferidos pelo leite materno em alguma quantidade. Pode ocorrer também efeitos colaterais como: alterações do sono, da alimentação, de peso; irritabilidade; irritações cutâneas entre outros (DECHERNEY et al., 2014).

O objetivo do tratamento da DPP é fazer com que a puérpera se sinta mais segura e compreendida, uma vez que devolve a autoconfiança fundamental para o sucesso do tratamento (LOPES e GONÇALVES, 2020).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como qualitativo-quantitativo. Para isso, utilizou um questionário padronizado da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), e uma conversa baseada em

12 perguntas objetivando um conhecimento mais profundo sobre os fatores de vida individuais e ambientais de cada puérpera. A aplicação foi realizada no período de outubro de 2020.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro Universitário FAG, CAAE: 38210620.8.0000.5219. Durante a coleta de dados, todas as regras da resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 466/2012, foram respeitadas.

Devido ao momento de Pandemia do Covid-19, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito do isolamento e distanciamento social, este trabalho passou por adaptações para ter continuidade. Foi adotado um sistema de ligação, para leitura oral do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), do questionário (EPDS) e das 12 perguntas.

Após essa etapa os dados foram armazenados e tabulados com auxílio do software Microsoft Office Excel, em um banco de informações para posteriores elaborações de tabelas e análise das variáveis.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Pode-se observar na Tabela 1, a quantidade de mulheres entrevistadas segundo aspectos gerais e a relação dessa quantidade de acordo com as que apresentam índices considerados do grupo com DPP (>10). Além disso, é indicado a porcentagem de acordo com o total (resultando em 100%) e a porcentagem das que apresentam índices considerados do grupo com DPP em relação ao total no aspecto geral. Para as variáveis *Histórico de doença mental*; *Escolaridade*; *Falta de apoio* e *Estresse*, foram detectadas associações significativas ao nível de significância de 5%.

Note também, que existe diferença significativa na média de idade do grupo de mães que apresentaram índices referentes à DPP (22,50) e do grupo que não apresentava (27,81).

Tabela 1: Caracterização da amostra total e segundo índice de depressão pós-parto.

Aspectos	Total	Grupo com índice de depressão (>10)	p-valor
Idade	25,94 $\pm$ 5,04	22,50 $\pm$ 2,88	0,0100*
Histórico de doença mental			
Ansiedade	23,53% (4)	75,00% (3)	0,0212*
Ansiedade e Depressão	5,88% (1)	100,00% (1)	
Depressão	11,76% (2)	50,00% (1)	
Não	58,82% (10)	10,00% (1)	
Escolaridade			

Fundamental completo	11,76% (2)	100,00% (2)	0,0083*
Médio incompleto	23,53% (4)	50,00% (2)	
Médio completo	35,29% (6)	0,00% (0)	
Superior incompleto	5,88% (1)	100,00% (1)	
Superior completo	17,65% (3)	0,00% (0)	
Estado civil			
Casada	82,35% (14)	28,57% (4)	0,1103
Divorciada	5,88% (1)	0,00% (0)	
Solteira	11,76% (2)	100,00% (2)	
1ª Gestação			
Não	41,18% (7)	28,57% (2)	1,0000
Sim	58,82% (10)	40,00% (4)	
Planejada			
Não	58,82% (10)	50,00% (5)	0,3043
Sim	41,18% (7)	14,29% (1)	
Como se sentiu			
Assustada	23,53% (4)	25,00% (1)	0,0890
Feliz	58,82% (10)	20,00% (2)	
Medo	5,88% (1)	100,00% (1)	
Medo, assustada	5,88% (1)	100,00% (1)	
Triste e sozinha	5,88% (1)	100,00% (1)	
Falta de apoio			
Não	82,35% (14)	21,43% (3)	0,0294*
Sim	17,65% (3)	100,00% (3)	
Estresse			
Não	58,82% (10)	10,00% (1)	0,0345*
Sim	41,18% (7)	71,43% (5)	
Exercício físico			
Não	70,59% (12)	33,33% (4)	1,0000
Sim	29,41% (5)	40,00% (2)	
Alimentação			
Normal	17,65% (3)	80,00% (8)	0,3222
Ruim	23,53% (4)	66,67% (2)	
Saudável	58,82% (10)	50,00% (2)	
Vícios			
Álcool e cigarro	5,88% (1)	100,00% (1)	0,6880
Bebia socialmente	17,65% (3)	33,33% (1)	
Não	76,47% (13)	30,77% (4)	

* representa a existência de relação significativa entre as variáveis.

O p-valor é o nível descritivo referente ao teste Exato de Fisher realizado entre as variáveis do aspecto geral e o grupo de índice de depressão pós parto (pertencer ou não). Para a variável idade, são apresentados o resultado médio $\pm$ desvio padrão, sendo que o teste realizado é o teste *T-Student*.

4.1 DISCUSSÃO

A DPP é considerada como uma situação multifatorial, que envolve diversos fatores, como genéticos, clínicos, socioeconômicos, principalmente individuais e ambientais, foco desta pesquisa.

O conhecimento dos fatores de risco para depressão é de fundamental importância, pois uma vez identificados se torna possível o planejamento e execução de ações preventivas e realização de triagem para as puérperas, evitando assim o desenvolvimento da DPP. Quando a DPP é diagnosticada no início do pós-parto ou no pré-natal, o tratamento tem mais probabilidade de eficácia, preservando assim a relação entre mãe e RN, além de assegurar o equilíbrio psicológico do RN (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

Diversos fatores são descritos na literatura para desenvolvimento da DPP, incluindo: gestação indesejada, falta de apoio do parceiro, falta e/ou baixo apoio familiar, vícios (álcool, cigarro ou outras drogas), história prévia de depressão e/ou depressão familiar, ansiedade, estresse, desemprego, baixa escolaridade, gestação precoce e/ou não planejada, violência doméstica. Geralmente as emoções ficam mais afloradas na gestação (ARRAIS e ARAUJO, 2017; ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

Nesta discussão estamos considerando apenas 6 (35,96%) puérperas do grupo com índice de depressão (>10).

Em nosso estudo, as variáveis “histórico de doença mental”, “escolaridade”, “falta de apoio” e “estresse”, apresentaram associações importantes ao nível de significância de 5%, nível assumido para todos os testes realizados.

Uma das ferramentas aplicadas neste estudo foi a EPDS, além de entrevista com perguntas individuais, com a participação de 17 puérperas. Foram realizadas também estatísticas descritivas, como: média, desvio padrão, frequência absoluta e frequência relativa. A fim de avaliar possíveis relações de dependência entre a situação de ter ou não apresentado índice que caracteriza a puérpera com DPP (valor >10) com as demais questões coletadas. Foram desenvolvidos testes de comparação. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher e para a variável numérica, Idade, o teste de médias *T-Student*.

Para todos os testes realizados o nível de significância assumido foi de 5%. Se o nível descritivo (p-valor) for menor que 0,05, pode-se afirmar que existe evidência estatística significativa entre as variáveis qualitativas. Todas as estatísticas foram desenvolvidas no *software R (R Core Team, 2020)*.

Resultados de estudos tem mostrado que mulheres mais jovens são mais propensas a desenvolver DPP. Há relatos na literatura de que a frequência de depressão na adolescência seja maior que na vida adulta (na gestação há mais predisposição para depressão), combinando assim dois fatores para o desenvolvimento da DPP (depressão e gestação precoce) (SANTOS e GUEDES, 2018).

A presente pesquisa não mostrou relação entre idade mais jovem e características de DPP. A média de idade das puérperas que apresentaram índices referentes a DPP foi de 22,50 anos e as que

não apresentaram foi de 27,81. Para diversos autores a idade considerada ideal para gestação é entre 20 e 30 anos, ou seja, não houve neste estudo casos de gestação precoce.

Revisão realizada por Aliane, Mamede e Furtado (2011) mostrou que ter histórico de depressão ou depressão na gestação aumenta a probabilidade de desenvolvimento de DPP, confirmando outros relatos da literatura de que mulheres com DPP já apresentavam depressão na gestação. O mesmo estudo mostrou também fatores de risco para DPP, como: histórico de depressão, estresse, estado civil, renda familiar, idade entre outros.

Em nosso estudo, 5 puérperas referiram histórico de doença mental. Sendo: 3 relataram ansiedade, 1 ansiedade e depressão e 1 ansiedade, e apenas 1 puérpera não referiu sintomas. Quanto ao estresse, 5 apresentaram sintomas.

Já em 2009, Cantilino et al. mostrou em seu estudo os fatores de risco associados fortemente com a DPP, os quais incluem: história pessoal de depressão, ansiedade na gestação, estresse, além de histórico familiar de transtornos psiquiátricos, padrões negativos de cognição e baixa autoestima.

Quanto à escolaridade, das puérperas que apresentaram índice de DPP, 2 tinham Ensino Fundamental completo, 2 Ensino Médio completo e 1 Superior completo. Resultados de estudos mostram que quanto maior a escolaridade, menor serão as chances de desenvolver DPP, uma vez que a baixa escolaridade pode desencadear baixa renda, dificultando assim o acesso à saúde (DALE et al., 2010 SILVA et al., 2010).

Análises sistemáticas realizadas por Konradt et al. (2011) e Lima et al. (2017) mostraram que baixa renda foi associada a maior prevalência de DPP.

Nossa pesquisa mostrou que 4 puérperas era a primeira gestação e 2 não. Apenas 1 puérpera foi gestação planejada contra 5 não planejada. Estudo de Silva (2020) mostrou que a falta de planejamento para gestação foi um achado frequente em seu estudo, porém mesmo sem planejamento, 50% das puérperas que apresentaram sinais de DPP ficaram felizes com a gestação. Nosso estudo mostrou que 2 puérperas referiram felicidade com a notícia da gestação, 1 ficou assustada, 1 com medo, 1 com medo e assustada, e 1 triste e sozinha.

Já estudo de Brito et al. (2015) mostrou que a gestação não planejada aumenta as chances de desenvolvimento de DPP. Temóteo et al. (2018) em seu estudo mostrou que 80% dos casos de DPP tiveram como fator de risco a gestação não planejada.

Quanto à falta de apoio, como fator de risco para DPP, nesta pesquisa 3 puérperas enfrentaram este problema e 3 não tiveram. Estudos tem mostrado que o apoio familiar e bom relacionamento conjugal pode ser considerado como medidas de proteção para o não desenvolvimento da DPP (LIMA et al., 2017).

A falta de apoio (familiar conjugal ou social) pode causar vulnerabilidade na puérpera, levando a quadro de tristeza, solidão, e possivelmente, à DPP (MONTEIRO, 2010).

Quanto à presença de vícios no desenvolvimento de DPP, esta pesquisa mostrou que 4 puérperas não referiram vícios, 1 fez uso de álcool e cigarro, e 1 bebia socialmente. Para Silva et al. (2019), o vício em álcool e drogas na gestação é um fator de risco para desenvolvimento da DPP – tanto por abstinência quanto por questões fisiológicas.

Recente estudo de Idalino e Castro (2020) mostrou que as representações sociais e seus reflexos da DPP confirmam a ideia de que a ausência de apoio familiares, conflitos, sofrimento psíquico ou dependência química aliada à falta de vínculo familiares são fatores de risco que influenciam significativamente no desenvolvimento da DPP, deixando claro a relevância da família e do apoio social enquanto estratégia de saúde da puérpera.

Pesquisa recente mostra estimativas de que de 5,2 a 32,9% das mulheres apresentam depressão durante a gestação e 4,9 a 59,4% apresentaram DPP, dependendo dos critérios e parâmetros adotados para diagnóstico e identificação comprovam que os sintomas da DPP, se não tratados de forma adequadas podem persistir por meses ou anos após o parto, aumentando assim o risco de suicídio materno (LEITE et al., 2020).

Nosso estudo, apesar de pequena amostra estudada (17), apenas 6 (35,29%) apresentaram (índice >10), que as caracterizaram no grupo com DPP, estando abaixo dos relatados em estudos recentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que do total da amostra pesquisada 17 (100%), apenas 6 (35,29%) apresentaram índice (>10) para desenvolvimento de DPP. Associações significativas foram detectadas para os fatores de risco: histórico de doença mental, escolaridade, falta de apoio e estresse, ao nível de significância de 5%. A média de idade das puérperas que apresentaram índices referentes a DPP foi de (22,50) contra 27,81 que não apresentaram.

Os valores mostrados em nossa pesquisa ficaram abaixo dos valores apresentados em estudo realizado recentemente, que mostrou estimativas de 5,2 a 32,9% de depressão no período gestacional e de 4,9 a 59,4% para desenvolvimento de DPP, os quais são dependentes dos critérios e parâmetros adotados para diagnóstico e identificação dos fatores de risco. Mesmo assim é uma condição frequente e eu pelo seu potencial de gravidade merece atenção por parte dos médicos e pacientes durante o período de pré-natal e de puerpério. Ficou claro também que se não tratado adequadamente, os sintomas da DPP podem persistir por meses e até anos após o parto.

REFERÊNCIAS

- ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Revista Psicologia em Pesquisa**. vol. 5, n. 2, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 6
- ARRAIS, A.A.; ARAUJO, T.C.C.F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e proteção. **Psicol Saúde Doença**. vol. 18, n. 3, p. 828-839, 2017. Disponível em: <http://www.spps.pt/downloads/download_jornal/536>. Acesso em 6 dez. 2020.
- ARRAIS, A.A.; ARAUJO, T.C.C.F. SCHIAVO, R.A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicol Ciência e Profissão**. vol. 38, n. 4, p. 711-729, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0711.pdf>>. Acesso em 5 dez. 2020.
- BRITO, C.N.O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Rev. Saúde Pública**. vol. 49, p. 33, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100225&lng=en>. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>. Acesso em 30 nov. 2020.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry**. (São Paulo). vol. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832010000600006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 dez. 2020.
- CUI, R. A Systematic Review of Depression. *Current Neuropharmacology*. **Curr Neuropharmacol**. Vol. 13, n. 4, p. 480, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790400/>>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- DALE, M.S. et al. Parental Effects on Children's Emotional Development Over Time and Across Generations. **Infants & Young Children**. vol. 23, p. 52-69, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232206689_Parental_Effects_on_Children's_Emotional_Development_Over_Time_and_Across_Generations>. Acesso em: 8 dez. 2020.
- DECHERNEY, A.H. et al. **CURRENT: Diagnóstico e tratamento – ginecologia e obstetrícia**. 11a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- HARTMANN, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; ALMEIDA, C.J. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. vol. 33, n. 9, p. e00094016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=en>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- IDALINO, S.N.; CASTRO, A. Compreender as relações sociais na depressão pós-parto nas redes sociais. **Revista Contexto & Saúde**. vol. 20, n. 38, p. 200-209, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2020.38.200-209>>. Acesso 28 nov. 2020.
- KONRADT, C.E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul**. vol. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=en>>. Epub July 29, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>>. Acesso em: 28 nov. 2020.
- LEITE, A.C. et al. Evidências científicas sobre os fatores de risco para desenvolver depressão no pós-parto. **Research, Society and Development**. vol. 9, n. 10, p. e7419109053, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9053>>. Acesso em: 2 dez. 2020.
- LIMA, M.O.P. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul. Enferm.**

vol. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100039&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LOPES, M.W.P.; GONÇALVES, J.R. Avaliar os motivos da depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. vol. III, n. 6, p. 82-95, 2020. Disponível em: <https://zenodo.org/record/4292361#.X9J_CrNv-Uk>. Acesso em: 1 dez. 2020.

MAGUIERE, J.; PAYNE, J.L. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Front Neuroendocrinol*. **Front Neuroendocrinol**. vol. 52, p. 165-180, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370514/>> Acesso em: 23 jun. 2020.

MONTEIRO, I.S. **O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto**. [tese]. Braga, Portugal: Universidade de Minho; 2010. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10872/1/tese.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

MORAES G.P.A. et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. *Trends Psychiatry Psychother*. **Trends Psychiatry Psychother**. vol. 39, n.1, p. 54-61, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/trends/v39n1/2237-6089-trends-39-01-00054.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

RODRIGUES, I.O. et al. Sinais preditores de depressão em escolares com transtorno de aprendizagem. **Revista CEFAC**. vol. 18, n. 4, p. 864-875, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0216201618421015>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

SANTANA, K.R. et al. Influência do aleitamento materno na depressão pós-parto: revisão sistematizada. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, SP. vol.18, n. 64, p.110-123, 2020. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6380>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTOS, R.A.R.; GUEDES, A.C. Fatores de risco para a depressão pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. **J Heal Sci Int**. vol. 36, n. 1, p. 65-70., 2018. Disponível em: <<https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/01_jan-mar/V36_n1_2018_p65a70.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SCHMITD, E.B.; PICCOLOTO, M.N.; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**. vol. 10, n. 1, p. 61-68, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712005000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jun. 2020.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**. vol. 8, n. 3, p. 406-411, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SHRESTHA, S.D. 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 Childbirth**. vol. 4, n. 16, p. 72, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0859-2>>. Acesso em: 8 dez. 2020.

SILVA, A.M. **Perfil das puérperas de um Hospital Universitário e sua relação com depressão pós-parto segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

SILVA, R.A. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. **Rev. Bras. Psiquiatr**. vol. 32, n. 2, p. 139-144, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SILVA, C.R.A. et al. Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. **ReBIS – Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. vol. 3, n. 1, 2019.

TEMÓTEO, M. P. et al. Fatores associados à depressão pós-parto e instrumento para o diagnóstico precoce. **II Jornada de Iniciação Científica. IV Seminário Científico da FACIG – Sociedade e Tecnologia**. 8 e 9 de nov. 2018. Disponível em: <<http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/seminariocientifico/article/view/757/660>>. Acesso

em: 27 nov. 2020.

VIEIRA, E. D. S. et al. Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enf. V. 26, p. e3035, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035.anodiamêsURL>>. Acesso em: 5 dez. 2020.

ANEXO 1 – ENTREVISTA COM PERGUNTAS INDIVIDUAIS

- 1- Qual a sua idade?
- 2- Você possui histórico de doença mental prévia ou histórico familiar de doença mental?
- 3- Qual a sua escolaridade?
- 4- Como é sua situação conjugal?
- 5- Essa é sua primeira gestação?
- 6- A gravidez ocorreu de forma planejada?
- 7- Como você se sentiu em relação a gravidez?
- 8- Em algum momento você sentiu vontade de interromper a gestação?
- 9- Você sentiu falta de apoio da família, do parceiro e amigos durante a gestação?
- 10- Você passou por estresse financeiro ou familiar durante a gestação?
- 11- Como é seu estilo de vida? Você pratica exercícios físicos e se alimenta de maneira correta?
- 12- Você possui algum vício? Como por exemplo, álcool, cigarro ou outras drogas

ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos dias e não apenas hoje:

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

☐ Como eu sempre fiz

☐ Não tanto quanto antes

☐ Sem dúvida, menos que antes

☐ De jeito nenhum

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

☐ Como sempre senti

☐ Talvez, menos que antes

☐ Com certeza menos

☐ De jeito nenhum

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

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não, muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Não, de maneira alguma

☐ Pouquíssimas vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Sim, muitas vezes

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

☐ Sim, muitas vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, muitas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, de jeito nenhum

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

☐ Sim, quase todo o tempo

☐ Sim, muitas vezes

☐ De vez em quando

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Sim, muitas vezes, ultimamente

☐ Algumas vezes nos últimos dias

☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente

☐ Nenhuma vez