



Depressão pós-parto segundo a Escala de Edimburgo.

Palavras-Chave: [depressão pós-parto] [puerpério] [transtorno mental]

Autoras:

Paola Olivatto Orlandini- FOP UNICAMP

Fernanda Gabriele da Costa Raven- FOP UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Karine Laura Cortellazzi- FOP UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon- FOP UNICAMP

INTRODUÇÃO:

A depressão pós-parto (DPP) se manifesta entre 10 e 15% das mulheres (Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliyl & Abraham, 2002; Righetti e col., 2003; Hanna, Jarman & Savage, 2004), sendo essa taxa para 25% ou mais entre mulheres com histórico de depressão pós-parto prévia (Clay & Seehusen, 2004).

A DPP geralmente se inicia entre a quarta e a oitava semana após o parto e pode perdurar por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus e col., 2000). Os sintomas mais comuns da DPP são irritabilidade, falta de energia e de motivação, sentimentos de desamparo, alterações alimentares e do sono, desinteresse sexual, choro frequente e queixas psicossomáticas. Outros sintomas comuns são dores de cabeça e nas costas, dores abdominais sem causa aparente e erupções vaginais. (Klaus e col., 2000).

Diversos são os fatores etiológicos descritos na literatura, sendo a maioria deles relacionados ao bebê, tais como a prematuridade e intercorrências neonatais. Fatores socioculturais (morte de familiares, decepções amorosas ou na vida profissional), fatores físico maternos (modificações hormonais) e fatores psicológicos prévios também são associados à manifestação da DPP (Mazet & Stoleru, 1990; Cooper & Murray, 1995; Guedeney & Lebovici, 1999; Meredith & Noller, 2003). Beck et al (2002) colimaram para quatro principais fatores de risco à DPP: baixo auto estima da mulher, gravidez não planejada ou não desejada, problemas na situação conjugal e socioeconômica.

Além da DPP característica, há outros distúrbios do humor que caracterizam o período de pós-parto, como o baby blues e as psicoses puerperais (Souza, Burtet, & Busnello, 1997). Enquanto o primeiro quadro se caracteriza como um distúrbio transitório de humor, atingindo cerca de 60% das puérperas entre o terceiro e quinto dia após o parto, geralmente com remissão espontânea, as psicoses puerperais apresentam sintomas mais severos e que necessitam de um tratamento intensivo. Segundo os autores, a prevalência desse quadro corresponde à apenas dois a quatro casos a cada mil partos, ocorrendo nas duas primeiras semanas após a gestação.

Variáveis sociodemográficas como nível educacional, idade e estado civil da mãe não tem apresentado associação direta com a ocorrência de depressão pós-parto (Romito et al., 1999), embora o estado civil seja apontado em alguns estudos como mais associado ao quadro depressivo sobretudo entre mãe solteiras e sem apoio social (Pfost et al., 1990).

Para suprir a carência de apoio à puérperas, o Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, oferece atendimento interdisciplinar preventivo precoce a crianças de zero a 48 meses de idade, por meio do Programa de Atenção Precoce à Saúde, iniciando a sua atuação já na gestação, com ênfase ao acolhimento durante o puerpério. A atuação precoce da equipe interdisciplinar permite a detecção da DPP e a orientação da puérpera para o devido tratamento.

OBJETIVO:

Investigar a prevalência de sintomas depressivos entre puérperas participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME -Cepae-FOP-Unicamp), nos primeiros 30 dias do pós-parto.

METODOLOGIA:

Devido à pandemia da Covid-19, a pesquisa foi desenvolvida online, através do encaminhamento às puérperas de questionários socioeconômicos e demográficos e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EPDS) por meio do aplicativo WhatsApp.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EPDS), desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e validada para a população brasileira por Santos et al. (2007). Trata-se de um instrumento autoavaliativo composto por 10 questões referentes aos sintomas depressivos observados na primeira semana do pós-parto.

Sua aplicação é rápida e simples, podendo ou não ser aplicada por profissionais da área da saúde (Figueira et al., 2009). Suas opções são pontuadas de zero a três, com pontuação mínima de zero e máxima de 30 pontos.

Os indivíduos são classificados sem sintomas ou com sintomas leves de depressão (pontuação de 0 a 14), com sintomas moderados de depressão (pontuação de 15 a 25) e com sintomas severos (pontuação de 26 a 30). Para este estudo, as mães foram agrupadas em “sintomas leves” (aquelas cuja pontuação máxima foi de 14 pontos) e “sintomas moderados a severos” (todas as mães que somaram mais de 14 pontos na Escala).

Foram convidadas a participar deste estudo todas as puérperas participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME -Cepae-FOP-Unicamp), de outubro de 2020 até abril de 2021 (antes da suspensão das atividades pela contingência da pandemia do COVID-19).

Foram encaminhados os questionários às puérperas através do aplicativo de celular WhatsApp. Os objetivos e a forma de participação (preenchimento de questionários) foram explicados às puérperas e, juntamente com os questionários, foi encaminhado o TCLE.

Foi realizada a análise bivariada pelo teste qui-quadrado, no nível de significância de 5%, para testar a associação entre a variável dependente (nível de sintomas de depressão) e as variáveis independentes (idade da gestante, a paridade, a renda mensal familiar, o estado civil e o grau de instrução). Os Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC) foram estimados para as variáveis que permanecerem no modelo de regressão no nível de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp (CAAE: 18354719.8.0000.5418). Devido à pandemia da COVID-19 e a necessária mudança na forma de coleta de dados (de presencial para online), foi solicitada e aprovada uma emenda ao projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Participaram da pesquisa 110 puérperas, com mediana de idade de 32 anos. As primíparas eram mais da metade desta amostra (61%). A maioria tinha a presença do companheiro (85,5%) e mais da metade da amostra contava com uma renda média mensal de até quatro salários mínimos (57,3%) e tinha concluído o ensino superior (66,3%) (Tabela 1). As puérperas que apresentaram sintomas depressivos representaram apenas 6% da amostra. Não houve associação entre a presença de sintomas depressivos e as variáveis investigadas.

Tabela 1: Associação entre o nível de sintomas de depressão (moderado/severo e leve) e variáveis socioeconômicas e demográficas.

Variáveis	Categorias	N (%)	Nível de sintomas de depressão		OR	IC (95%)	p
			Moderado /severo	Leve			
Idade	≤32 anos	59(53,7%)	5(8,5)	54(91,5%)	2,26	0,42-12,23	0,5593
	>32 anos	51(46,3%)	2(4%)	49(96%)	1	0,42-12,23	0,5593
Grau de instrução	Superior Incompleto	37(33,7%)	3(8,1%)	34(91,6%)	1,52	0,32-7,18	0,9043
	Superior Completo	73(66,3%)	4(5,5%)	69(94,5%)	1	0,32-7,18	0,9043
Presença do companheiro	Sim	94(85,5%)	6(6,4%)	88(93,6%)	1	0,11-9,36	0,5993
	Não	15(14,5%)	1(6,6%)	14(93,4%)	1,04	0,11-9,36	0,5993
Paridade	Primípara	67(61%)	5(7,5%)	62(92,5%)	1,65	0,30-8,92	0,8499
	Múltipara	43(39%)	2(4,7%)	41(95,3%)	1	0,30-8,92	0,8499
Renda familiar	Até 4 SM	63(57,3%)	5(9,5%)	57(90,5%)	1,97	0,36-10,65	0,6826
	Mais de 4 SM	47(42,7%)	2(4,3%)	45(95,7%)	1	0,36-10,65	0,6826

Este estudo investigou a presença de sintomas depressivos entre puérperas atendidas por um centro de atenção precoce à saúde e verificou que uma pequena parte da amostra apresentou sintomas depressivos. Essa prevalência foi inferior à relatada por Hartmann et al. (2017), de 14%, dentre puérperas residentes numa cidade do extremo sul do Brasil.

É possível verificar diferentes resultados entre as pesquisas que utilizam o instrumento EPDS na investigação da DPP (Figueira et al, 2009; Hartmann et al., 2017; Melo et al., 2018). De acordo com os autores, um dos fatores que podem levar a essa diferença nos resultados é a determinação da pontuação final, que no presente estudo foi definido como maior ou igual a 14, de acordo com a proposta de Figueira et al. (2009). Em outros estudos, o ponto de corte adotado foi 10 (Figueira et al., 2009; Hartmann et al., 2017; Melo et al., 2018) e maior ou igual a 13 (Filha et al., 2016). Parece não haver um consenso entre a pontuação de corte para este instrumento (Aloise et al., 2019).

Em relação à idade da puérpera, outros estudos também não encontraram associação com a depressão pós-parto (Guedes et al., 2011; Bos et al., 2013; Nunes e Phipps, 2013; Zaconeta et al., 2013; Alharbi e Abdulghani, 2014). As mulheres têm adiado a maternidade para 35 anos ou mais, especialmente em países industrializados (Windridge & Berryman, 1999; Postmontier, 2002; Blickstein, 2003). Os motivos para essa tendência podem ser a ampla disponibilidade de acesso a métodos contraceptivos, maior incidência de divórcio, casamento tardio, anseio em conquistar um nível educacional e profissional elevado, conquistar estabilidade e independência financeira, além do alto aprimoramento em técnicas de fertilização artificial (Tarin et al., 1998; Zavaschi et al., 1999).

A amostra deste estudo tinha em sua maioria a presença do companheiro, não sendo verificada associação com presença de sintomas depressivos. Guedes et al. (2011) também não verificaram associação com sintomas de DPP. Entretanto, Zaconeta et al. (2013) encontraram dados que indicam que mulheres solteiras apresentam mais sintomas de DPP, quando comparada as casadas.

Nessa amostra, predominantemente haviam mulheres primíparas com ensino superior completo. Porém, nenhuma destas variáveis foi associada com a depressão. Outros estudos que também investigaram a paridade e o grau de escolaridade não observaram associação entre estas variáveis e a depressão pós-parto (Bos et al., 2013; Alharbi & Abdulghani, 2014).

Estudos indicaram que o estresse pode aumentar a chances de desenvolvimento da depressão pós-parto (Adams et al., 2012; Liu & Tronick, 2013). Eventos estressores, especialmente relacionados à situação financeira, estariam associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos entre puérperas. Porém, os dados do presente estudo não indicaram a influência da renda mensal da família da mulher sobre seu estado emocional relacionado à depressão.

CONCLUSÕES:

Não houve associação significativa entre sintomas de depressão e variáveis socioeconômicas e demográficas para a amostra de puérperas investigada.

BIBLIOGRAFIA:

- ADAMS et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2012;119(3), 298-305.
- ALHARBI et al. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric Disorders Treatment*, 2014;10, 311-316.
- ALOISE, S. R., Ferreira, A. A., & da Silva Lima, R. F. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 2019
- BECK, C. T. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*, 2001, 50(5), 275-285.
- BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 2002, 31(4), 394-402.
- BLICKSTEIN et al. Motherhood at or beyond the edge of reproductive age. *International Journal of Fertility*, 2003;48(1), 17-24.
- BOS et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Rev Brasileira de Psiquiatria*, 2013;35(1), 5-12.
- CHANDRAN, M., Tharyan, P., Muliylil, J. & Abraham, S. Post-partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181, 499-504.
- CLAY, E. C. & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 2004, 97(2), 157-161.
- COOPER, P. & Murray, L. The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 191-195.
- COX JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150: 782-6. DOI: [10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)

- FIGUEIRA, Patricia et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev Saude Publica*. 2009;43(Supl 1):79-84
- FILHA, M. M. T., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & do Carmo Leal, M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of affective disorders*, 2016, 194, 159-167.
- GUEDENEY, A. & Lebovici, S. *Intervenções psicoterapêuticas pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1999.
- GUEDES et al. Depressão pós-parto: Incidência e fatores de risco associados. *Revista de Medicina*, 2011;90(3), 149- 154.
- HANNA, B., Jarman, H. & Savage, S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 2004, 10(2), 72-79.
- HARTMANN, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00094016, 2017.
- KLAUS, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- LIU et al. Re-conceptualising prenatal life stressors in predicting post-partum depression: Cumulative, specific, and domain-specific approaches to calculating risk. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2013;27(5), 481-490.
- MAZET, P. & Stoleru, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1990.
- MELO, S. B. D., Jordão, R. R. R., Guimarães, F. J., Perrelli, J. G. A., Cantilino, A., & Sougey, E. B. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2018,18, 163-169.
- MEREDITH, P. & Noller, P. Attachment and infant difficulty in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, 2003, 24, 668-686.
- NUNES et al. Postpartum depression in adolescent and adult mothers: comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal*, 2013;17(6), 1071-1079.
- PFOST et al. The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 1990, 46, 588-592.
- POSTMONTIER et al. Antepartum care in the twenty-first century. *Nursing Clinic North America*, 2002;37, 757-769.
- RIGHETTI, V. M., Bousquet, A. & Manzano, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2003, 12(2), 75-83.
- ROMITO et al. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 1999, 49, 1651-1661.
- SANTOS, Iná S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.
- SOUZA, C. A. C., Burtet, C. M., & Busnello, E. A. D. A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 1997, 17(1), 38-47
- TARIN et al. Long-term effects of delayed parenthood. *Human Reproduction*, 1998;13(9), 2371-2376.
- WINDRIDGE et al. Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 1999;26(1), 16-23.
- ZACONETA et al. Depression with postpartum onset: A prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013;35(3), 130-135.
- ZAVASCHI et al. Idade materna avançada: Experiência de uma boa interação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 1999;21(1), 16-22.