UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A DEPRESSÃO NO CICLO GRAVÍDICO - PUERPERAL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL GERAL

VALÉRIA FEITOSA DE SOUSA

RIBEIRÃO PRETO
2008

VALÉRIA FEITOSA DE SOUSA

A DEPRESSÃO NO CICLO GRAVÍDICO - PUERPERAL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL GERAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

RIBEIRÃO PRETO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

SOUSA, Valéria Feitosa
A depressão no ciclo gravídico – puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral.
138 f. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Depressão. 2. Gestação. 3. Puerpério.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Valéria Feitosa de Sousa

A depressão no ciclo gravídico - puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

A toda a família Feitosa e Sousa, em especial, aos meus pais e irmãos, Pedro Feitosa, Josefina Feitosa, Flávia Feitosa, Cláudia Feitosa, José Maria Feitosa, e ao meu namorado Danillo de Moura pelo incentivo na busca do meu sonho. Aos meus lindos sobrinhos: Roberto, Paulo Ricardo, Eduardo Filipe, Roberta, Renata e ao Pedrinho. Ao meu cunhado Mateus Lima Peduzzi. Ao meu orientador Luiz Jorge Pedrão, pelo apoio e compreensão durante todo esse trabalho e mostrando toda garra apesar de todas as dificuldades.

.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À equipe de profissionais do Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Escola e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP pela atenção e pela contribuição.

Às mulheres que me concederam à oportunidade de entrevistá-las.

Em especial ao meu orientador ***Luiz Jorge Pedrão*** *pela orientação ao longo*

Aos amigos especiais: Vanessa Pinto, Guilherme Fachinelle, Augusto, Karina, Mariana e Taísa Perez pelo estímulo, elogios, leitura e sugestões deste estudo.

E a todos os amigos, familiares e colegas de turma, por partilharem os momentos de alegria e de dificuldades.

Mulher, como te chamas? – Não sei.
Quando nasceste, tua origem? – Não sei.
Por que cavaste um buraco na terra? – Não sei.
Há quanto tempo estas aqui escondida? – Não sei.
Por que mordeste o meu anular? - Não sei.
Sabes, não te faremos mal nenhum. – Não sei.
De que lado estás? – Não sei.
É tempo de guerra, tens de escolher. – Não sei.
Existe ainda a tua aldeia? – Não sei.
E estas crianças, são tuas? – Sim.

Wislawa Szymborka

RESUMO

Sousa, V. F. **A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral**. 2008. 138f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O ciclo gravidico-puerperal é um período que envolve transformações profundas para a mulher nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, podendo, no seu transcurso, aparecer importantes alterações na sua personalidade e gerar sofrimento psíquico com intensidades variadas, tornando-se um fator que pode dificultar o estabelecimento de um futuro vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, interferindo, particularmente, nas relações interpessoais. Este estudo objetivou identificar a existência de quadros depressivos no ciclo gravídico-puerperal, seus fatores de risco biopsicossociais, bem como descrever os resultados obstétricos e pediátricos das mulheres com sintomas depressivos. Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, descritivo, transversal, realizado em um ambulatório de pré-natal de um hospital geral em 3 etapas, sendo uma durante a gestação, outra durante o puerpério, e, numa terceira, foram realizadas buscas em seus prontuários. Os dados foram coletados por meio de 5 instrumentos, sendo dois questionários contendo informações gerais, aplicados na gestação e no puerpério; uma planilha de coleta de dados, para informações referentes ao trabalho de parto, parto, puerpério imediato e dados do recém nascido; o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, para identificar depressão na gestação e no puerpério respectivamente. Fizeram parte da pesquisa 47 mulheres que aceitaram participar e preencheram aos critérios de inclusão estabelecidos. Os resultados mostraram que, das participantes pesquisadas, 51,07% tiveram depressão em alguma fase do ciclo-gravídico-puerperal, sendo que 42,55% apresentaram depressão na gestação e 29,79% no puerpério. Os fatores de risco estatisticamente significantes para a depressão na gestação foram: ter duas ou menos gestações e não desejar a gestação. Os resultados obstétricos pediátricos com significância estatística apontaram que as gestantes com depressão apresentaram menor intercorrência, e, seus filhos, nasceram com melhores pesos e estaturas. Os fatores de risco para a depressão estatisticamente significantes no puerpério foram: não ter religião, companheiro desempregado, depressão na gestação, não receber apoio, não receber ajuda e não receber ajuda do companheiro. Os resultados permitiram concluir que a depressão é uma realidade na vida das gestantes e puerperas e que o pré-natal pode ser uma excelente oportunidade de se conjugar esforços a fim de melhorar a detecção de quadros depressivos, melhorando, assim, as condições psicossociais da mulher nesse momento tão vulnerável, evitando, assim, complicações no trabalho de parto, a própria depressão pós-parto, e, inclusive, as conseqüências para os seus futuros bebês.

Palavras-chave: Depressão. Gestação. Puerpério.

ABSTRACT

Sousa, V. F. **Depression during pregnancy and puerperal cycle of women attended in an outpatient clinic in a general hospital**. 2008. 138p. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

The pregnancy and puerperal cycle are periods that involve deep changes for women in the physical, psychic and social aspects, and during its course there can be important alterations in their personality, developing psychic suffer in different intensities. This can become a factor that raises difficulties for the establishment of a future safe affective bonding between mother and child, interfering specially in interpersonal relationships. This study aimed to identify the existence of depressive states during pregnancy and puerperal cycle and their biopsychosocial risk factors, as well as describing the obstetric and pediatric results of women with depressive symptoms. It is an epidemiologic, descriptive and cross-sectional study, carried out at a prenatal outpatient clinic in a general hospital in three stages, one during pregnancy, other during puerperium and lastly through searches in their medical records. Data were collected using 5 instruments, two questionnaires with general information, applied during pregnancy and puerperium; a data collection worksheet, with information regarding labour, delivery, immediate puerperium and newborns' data; the Beck Depression Inventory and the Edinburgh *Postnatal* Depression Scale, to identify depression during pregnancy and during puerperium, respectively. The subjects were 47 women who accepted to participate and met the established inclusion criteria. The results showed that, among the participants, 51,07% had depression in some stage of pregnancy and puerperal cycle, among those, 42,55% presented depression during pregnancy and 29,79% in puerperium. The statistically significant risk factors for depression during pregnancy were: having two or less pregnancies and undesired pregnancy. The obstetric and pediatric results with statistic significance showed that the women with depression presented less intercurrence, and their child were born with better weights and sizes. The statistically significant risk factors for depression during puerperium were: no religion, unemployed partner, depression during pregnancy, lack of support, lack of help and lack of help from the partner. The results allowed concluding that depression is a reality in pregnant women and puerpera's life, and prenatal care can be an excellent opportunity to unite efforts aiming to improve the detection of depressive states. This could improve women's psychosocial conditions in this vulnerable moment, avoiding complications during labour, postnatal depression itself and also consequences for their future babies.

Keywords: Depression. Pregnancy. Puerperium.

RESUMEN

Sousa, V. F. **La depresión en el embarazo y el ciclo puerperal de mujeres atendidas en una clínica ambulatoria de hospital general**. 2008. 138h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

El embarazo y el ciclo puerperal son periodos de profundas transformaciones para la mujer en los aspectos físicos, psíquicos y sociales, y en su transcurso pueden ocurrir importantes alteraciones en sus personalidades, generando sufrimiento psíquico con intensidades variadas. Esto puede tornarse un factor que lleva a dificultades para el establecimiento de un futuro vínculo afectivo seguro entre madre e hijo, interfiriendo, especialmente, en las relaciones interpersonales. Este estudio tuvo como objetivo identificar la existencia de cuadros depresivos en el embarazo y el ciclo puerperal, sus factores de riesgo biopsicosociales, bien como describir los resultados obstétricos y pediátricos de las mujeres con síntomas depresivos. Es un estudio de tipo epidemiológico, descriptivo y transversal, realizado en una clínica ambulatoria de prenatal de un hospital general en 3 etapas, una durante la gestación, otra durante el puerperio, y en la tercera fueron realizadas búsquedas en los registros médicos de las pacientes. Los datos fueron colectados por medio de 5 instrumentos: dos cuestionarios con informaciones generales, aplicados en el embarazo y en el puerperio; una planilla de recolecta de datos, para informaciones acerca del trabajo de parto, parto, puerperio inmediato y datos del recién nacido; el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, para identificar depresión en la gestación y en el puerperio, respectivamente. Hicieron parte de la investigación 47 mujeres que aceptaron participar y llenaron a los criterios de inclusión establecidos. Los resultados mostraron que, entre las participantes investigadas, 51,07% tuvo depresión en alguna fase del embarazo o del ciclo-puerperal, siendo que 42,55% presentó depresión en el embarazo y 29,79% en el puerperio. Los factores de riesgo estadísticamente significantes para la depresión en el embarazo fueron: tener dos o menos gestaciones y no desear la gestación. Los resultados obstétricos pediátricos con significación estadística demostraron que las gestantes con depresión presentaron menor intercurrencia, y sus hijos nacieron con mejores pesos y estaturas. Los factores de riesgo para la depresión estadísticamente significantes en el puerperio fueron: no tener religión, compañero desempleado, depresión en la gestación, no recibir apoyo, no recibir ayuda y no recibir ayuda del compañero. Los resultados permitieron concluir que la depresión es una realidad en la vida de las gestantes y puérperas, y que el prenatal puede ser una excelente oportunidad de se conyugar esfuerzos a fin de mejorar la detección de cuadros depresivos, mejorando, así, las condiciones psicosociales de la mujer en un momento tan vulnerable, evitando complicaciones en el trabajo de parto, la propia depresión posparto, y inclusive las consecuencias para sus futuros bebés.

Palabras clave: Depresión. Embarazo. Puerperio.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil socioeconômico das mulheres sujeitos da pesquisa. Uberaba, 2007..... 67

Tabela 2- Resultados da regressão logística das variáveis sociodemográficas em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007..... 71

Tabela 3- Resultados da regressão logística das variáveis sobre dados clínicos em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007..... 75/76

Tabela 4- Distribuição das patologias pré-existentes à gestação, das mulheres sujeito da pesquisa. Uberaba, 2007..... 77

Tabela 5- Distribuição das intercorrências apresentadas pelas mulheres sujeito da pesquisa durante a gestação. Uberaba,2007..... 77

Tabela 6- Distribuição das medicações utilizadas pelas gestantes. Uberaba, 2007..... 79

Tabela 7- Resultados da regressão logística das variáveis sobre hábitos em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007..... 81

Tabela 8- Relação da quantidade de álcool e fumo usado pelas gestantes. Uberaba, 2007..... 82

Tabela 9- Resultados da regressão logística das variáveis psicossociais em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007..... 83

Tabela 10- Contagem de depressão na gestação segundo diversos desfechos e teste exato de Fisher das variáveis sobre o trabalho de parto. Uberaba, 2007..... 84

Tabela 11- Distribuição das variáveis sobre dilatação no momento da instalação da ocitocina, duração do trabalho de parto e sua relação com a depressão. Uberaba, 2007..... 87

Tabela 12- Distribuição das variáveis sobre intercorrências no trabalho de parto. Uberaba, 2007..... 89

Tabela 13- Distribuição da Depressão na gestação com relação às variáveis sobre dados clínicos do bebê, segundo diversos desfechos e teste exato de Fisher. Uberaba, 2007..... 90

Tabela 14- Distribuição da depressão na gestação com relação às variáveis peso, estatura e APGAR do primeiro e quinto minuto do recém-nascido. Uberaba, 2007..... 91

Tabela 15- Distribuição da relação da depressão na gestação e dados do puerpério. Uberaba, 2007..... 93

Tabela 16- Resultados da regressão logística das variáveis sóciodemográficas em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 97

Tabela 17- Resultados da regressão logística das variáveis sobre dados clínicos obstétricos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 98

Tabela 18- Resultados da regressão logística das variáveis sobre hábitos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 100

Tabela 19- Distribuição da importância do companheiro para as puerperas. Uberaba, 2007..... 101

Tabela 20- Resultados da regressão logística das variáveis psicossociais em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 102

Tabela 21- Resultados das variáveis sobre dados no puerpério em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 105

Tabela 22- Resultados das variáveis sobre cuidados maternos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007..... 108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 17
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO..... 23
2.1 História da depressão..... 24
2.2 Epidemiologia dos estados depressivos..... 28
2.3 Etiologia..... 29
2.4 Transtorno do Humor..... 30
2.5 Depressão..... 34
2.6 Tratamento..... 36
2.6.1 Tratamento farmacológico..... 36
2.6.2 Eletroconvulsoterapia..... 37
2.6.3 Psicoterapias..... 38
2.7 Mulher, feminilidade e depressão..... 39
2.8 Gestação e Depressão..... 41
2.9 Puerpério e depressão 45
3 OBJETIVOS..... 50
4 MÉTODO..... 52
4.1 Tipo de pesquisa..... 53
4.2 Local de coleta dos dados..... 56
4.3 Amostra..... 56
4.4 Instrumentos de coleta de dados..... 57
4.5 Variáveis do estudo..... 59
4.5.1 Dados sóciodemográficos..... 59
4.5.2 dados clínicos..... 60
4.5.3 Hábitos..... 61
4.5.4 Dados psicossociais..... 61
4.5.5 Cuidados maternos..... 61
4.6 Estudo piloto..... 61
4.7 Procedimento de coleta de dados..... 62
4.8 Procedimento ético..... 63
4.9 Procedimento de análise de dados..... 64
4.10 Dificuldades encontradas..... 64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 66
5.1 Perfil socioeconômico das mulheres sujeitos da pesquisa..... 67
5.2 Prevalência da depressão..... 68
5.3 Comparação entre mulheres com e sem depressão na gestação..... 70
5.3.1 Variáveis sociodemográficos..... 70
5.3.2 Variáveis sobre dados clínicos obstétricos..... 75

5.3.3 Variáveis sobre hábitos..... 80
5.3.4 Variáveis psicossociais..... 82
5.3.5 Variáveis sobre dados clínicos no trabalho de parto..... 84
5.3.6 Variáveis sobre dados clínicos do bebê..... 89
5.3.7 Variáveis sobre dados no puerpério..... 93
5.4 Comparação entre mulheres com e sem depressão no puerpério..... 95
5.4.1 Variáveis sociodemográficas..... 95
5.4.2 Variáveis sobre dados clínicos obstétricos..... 98
5.4.3 Variáveis sobre hábitos..... 100
5.4.4 Variáveis psicossociais..... 101
5.4.5 Variáveis sobre dados no puerpério..... 105
5.4.6 Variáveis sobre cuidados maternos..... 106
6. CONCLUSÃO..... 109
REFERÊNCIAS. 113
APÊNDICES 126
ANEXOS 133

APRESENTAÇÃO

A minha experiência como enfermeira residente em obstetrícia e neonatologia e a minha convivência com mulheres no ciclo gravídico-puerperal gerou inquietações quanto à assistência de enfermagem prestada às gestantes e puerperas que apresentavam transtorno do humor depressivo. Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997) o transtorno do humor constitui um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle do humor e uma experiência subjetiva de grande sofrimento.

Minhas inquietações aumentavam ao perceber que no dia a dia os profissionais não valorizavam devidamente os sintomas depressivos das pacientes. Esses quase sempre voltavam suas atenções para a evolução da gestação e para os cuidados do recém-nascido (RN) e se esqueciam da pessoa com emoções e sentimentos.

Na instituição na qual atuava como residente em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, os atendimentos de pré-natal eram realizados pelos acadêmicos de medicina e pelas enfermeiras residentes, todos com pouca experiência. Só depois os casos eram passados para os médicos contratados, que definiam uma conduta a ser tomada perante o caso apresentado. Nesse contexto, o que me chamou mais atenção é que nunca fomos questionados quanto ao estado psicológico da gestante, o que me fazia crer que, para grande parte dos profissionais, a depressão na gestação era algo tão distante desse período da vida tão bonito para a mulher.

Enquanto residentes, também éramos responsáveis pela primeira consulta de puerpério. Nessas consultas conversávamos com a puérpera e fazíamos algumas orientações quanto ao aleitamento materno, cuidado com as mamas, cuidados físicos com ela mesma e com o RN e ainda, algumas vezes, detectávamos uma possível depressão puerperal, com base em algumas perguntas não estruturadas ou infundadas. Tentávamos encaminhar a puerpéra, mas não existia serviço especifico para o atendimento da mesma, e se existia não tínhamos conhecimentos, quase sempre as tentativas de resolver o problema eram frustradas; sendo assim era melhor não identificarmos o mesmo, uma vez que não seríamos capazes de resolvê-lo.

Nessa mesma instituição havia cursos para as gestantes e puérperas. Os temas dos encontros eram alterações na gestação, aleitamento materno, planejamento familiar, trabalho de parto e parto, além de cuidados com o puerpério e com o RN, as questões psicológicas, na maioria das vezes nem eram mencionadas.

Segundo Tabari (1994), muitas vezes os cuidados de enfermagem são priorizados para os aspectos biológicos, enquanto os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos são ignorados ou desconsiderados. Essa priorização se dá devido ao déficit de conhecimento que o enfermeiro tem para lidar com outros aspectos que não o físico.

Mediante tais fatos, comecei a pesquisar se haviam trabalhos sobre depressão com tais mulheres no município de Ribeirão Preto, se era conhecido o número de gestantes e puérperas com sinais depressivos e se algum trabalho era feito para prevenção desses sinais nessa fase da vida da mulher. O resultado desse levantamento mostrou que na região de Ribeirão Preto não existiam ainda estudos sobre o tema, e, que, no Brasil, existiam poucos trabalhos abordando tal temática, os quais apresentavam limitações já que abordavam apenas o puerpério, não abordando a gestação e outros que falavam da depressão na gestação, se referiam apenas à questão medicamentosa, não relacionando os fatores de risco e os fatores associados à depressão na gestação e os outros trabalhos encontrados eram de revisão da literatura com grande parte das literaturas internacionais, não mostrando a realidade do nosso país.

Assim, encontrei o meu ponto de partida. Nada era feito, pois não se conheciam os verdadeiros dados a respeito do assunto e a falta de dados, mascarava a existência do problema.

Tal fato me despertou para a necessidade de fazer um Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, na tentativa de aperfeiçoar os meus conhecimentos nessa área. O meu trabalho de conclusão desse curso foi sobre a depressão no final da gestação em uma maternidade de baixo risco, em uma população de gestantes que não tinham nenhum diagnóstico de depressão e, para isso, nesta pesquisa foram utilizadas entrevistas e o Inventário de Depressão de Beck. A amostra foi constituída por 42 gestantes com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas, atendidas nas consultas de pré-natal em um período de 15 dias escolhidos para a realização da referida pesquisa (SOUSA; PEDRÃO, 2005) a partir da qual pude concluir que a depressão é uma

realidade entre as gestantes, visto que 17% delas apresentaram sinais indicativos de depressão e 7% apresentaram disforia, contrariando a opinião da maioria das pessoas, pois entendem que essa fase da vida é um momento de muita felicidade para todas as gestantes.

Na tentativa de responder algumas lacunas deixadas pelo primeiro trabalho, optei por construir o meu trabalho de conclusão de Curso da Residência em Obstetrícia e Neonatologia no mesmo caminho, descrevendo os resultados obstétricos e perinatais dessas gestantes que foram submetidos à avaliação pelo Inventário de Depressão Beck com o objetivo de saber se as mulheres que apresentavam sinais indicativos de depressão apresentavam mais resultados negativos durante o trabalho de parto, baseado na afirmação de Jablensky (2005) e Seng et al. (2001) que os transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves conseqüências para a mãe e o feto, inclusive durante o trabalho de parto. No entanto, em no nosso estudo, concluímos que a depressão na gestação está mais relacionada a resultados ruins para o RN do que para o aumento de intervenções durante o próprio trabalho de parto e parto (SOUSA; PEDRÃO; CLAPIS, 2006) o que mostra que a depressão na gestação está associada, sim, a prejuízos.

Concordamos com Braga (1996), para quem todo estudo é uma eterna aprendizagem e uma oportunidade de ampliar conhecimentos, pois sempre após a realização de uma investigação nos deparamos com a construção inesgotável que nos motiva a prosseguir e, assim, quanto mais estudamos, com mais questionamentos nos deparamos. Desta forma, outras questões inerentes a essa fase da vida foram surgindo, tais como: será que a gestante com depressão poderá apresentar esse quadro de depressão no puerpério também? Existe diferença da incidência de depressão em gestantes de alto e de baixo risco? A depressão pode levar a trabalhos de partos pré-termos? Ao desmame precoce?

Todas essas questões me motivaram a continuar os meus estudos sobre esse tema no Mestrado, que resultou, então, na pesquisa ora apresentada.

1 INTRODUÇÃO

Quando analisamos a história da mulher observamos que o atendimento ao corpo sempre foi priorizado em detrimento das questões psicológicas, o que se tem perpetuado até hoje.

Ao longo da história da assistência a gestantes e puérperas, podemos ver que o objetivo final era a criação de um recém-nascido (RN) saudável e nunca uma assistência voltada para as verdadeiras necessidades físicas e psicológicas da mulher.

No século XIX, com o objetivo da expansão da assistência médica, foram criados alguns programas de saúde dirigidos a grupos populares específicos, entre eles começou a ser desenvolvido a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um RN saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e início deste (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1996; BRASIL, 2003).

A partir do final dos anos 60, com o crescimento populacional que ocorria nos países subdesenvolvidos, foi ampliada a oferta de serviço de atenção a mulheres através de investimentos internacionais que disponibilizavam métodos e técnicas modernas de contracepção dirigida às populações pobres. Mais uma vez não tinha como objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde.

Apesar das importantes conquistas na área obstétrica, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem – estar (BRASIL, 2003).

Nos últimos tempos, tem-se dado atenção aos fatores específicos responsáveis pela mortalidade materna, como a multiparidade, a baixa escolaridade, o estado prévio de saúde da mulher, principalmente a desnutrição e anemias, a gestação na adolescência e a falta de planejamento familiar que orienta as mulheres nos casos de gravidez de risco (LAURENTI, 1999).

Segundo Luis (1998) esses aspectos vêm sendo considerados pela equipe de saúde mediante a busca de estratégias para oferecer melhor assistência, mas não se verifica a preocupação em pesquisar os temas voltados para a saúde da mulher. Entretanto na literatura brasileira de enfermagem poucos trabalhos foram encontrados que privilegiassem a ocorrência de transtornos mentais no decorrer do período gravídico-puerperal, dentre eles a depressão.

Desde a antiguidade existem registros sobre a depressão, uma das mais antigas é o relato no velho testamento sobre a história do Rei Saul, onde é descrito sobre uma síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ajax, na Ilíada de Homero. Cerca de 400 a.C, Hipócrates fez os primeiros relatos de melancolia. No final do século XIX e início do século XX, os estudos desenvolvidos por Kraepelin tiveram contribuições fundamentais na caracterização dos quadros do humor como entidades nosológicas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Quanto ao aparecimento de depressão em mulheres, as pesquisas têm mostrado que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos nestas, necessitando, portanto, de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o filho (FALCONE et al., 2005).

Tal incidência é perfeitamente explicável quando paramos para pensar que a gestação é um período de transição que faz parte do processo natural do desenvolvimento humano, mas ela também é seguida de várias transformações, não só no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e seu papel sócio-familiar.

Bibring et al. apud Luís (1983) relatou a realização de um trabalho com mulheres gestantes, a fim de investigar sobre a psicologia da gravidez. A conclusão foi de que nesse período ocorre uma crise evolutiva em cujo transcurso aparece importantes alterações na personalidade da mulher.

A gravidez é efetivamente um período crítico do ciclo vital da mulher, sendo uma situação que envolve transformações profundas, caracterizadas por mudanças nos aspectos físicos, psíquicos e sociais da mulher e o pós-parto constitui-se em um período que pode gerar sofrimentos psíquicos, onde destaca-se a depressão pós-parto, que pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança (ALMEIDA; DRATCUELLE; LARANJEIRA, 1995).

Para Skazufka (2000) a ocorrência de quadros depressivos após o parto tem grande repercussão na vida das mães, podendo levar a um desajuste social, familiar e ocasionar problemas no desenvolvimento de seus filhos.

As características de quadros ansiosos em puérperas foram identificadas e descritas pela primeira vez em 1968, quando Pitt chamou esse quadro de “depressão atípica do pós-parto” (ZACONETA; MOTTA; FRANÇA, 2004).

Com o nascimento de um filho espera-se em qualquer cultura que a mulher se torne feliz, mostrando-se receptiva com ele e apta ao papel de mãe, sem negligenciar suas funções de esposa, dona de casa e outras inerentes à sua vida social. Exigências essas, solicitadas à revelia das alterações hormonais, bioquímicas e hidroeletrolíticas que estão se processando no seu organismo e da necessidade psicológica de estruturar um novo papel. O meio circundante espera que a mulher esteja contente com o evento e que seja “uma boa mãe”, não levando em conta as possíveis alterações na relação conjugal e familiar, ou se a sua inserção social é deslocada, inclusive, com atividade ou carreira profissional interrompida (ROCHA, 1989).

Sabe-se hoje que a depressão puerperal acarreta inúmeros transtornos aos pacientes, familiares e instituições hospitalares, que estão despreparados para cuidar e tratar dessas pacientes, além de dificultar o cuidado do bebê pela mãe.

Pesquisas indicam que os transtornos psicóticos ocorridos durante a gravidez, partos e puerpérios não constituem uma entidade homogenia. Esses transtornos incluem desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante, o feto e, às vezes, até o companheiro (LUÍS, 1983; LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

Segundo Skazufka (2000) o quadro de depressão pós-parto ainda é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde e intervenções simples, no que diz respeito à atenção primária em Saúde Pública são necessárias e capazes de melhorar a qualidade de vida dessas mães e de seus filhos.

A depressão pós-parto é habitualmente subdiagnosticada em centros de atenção a mulheres e crianças, estima-se que a sua prevalência supere as patologias obstétricas como a pré-eclampsia, parto prematuro e o diabetes gestacional. Muitas vezes as mulheres não comentam com os profissionais de saúde esse quadro depressivo e se esforçam por seguir suas obrigações de cuidar de seu filho e esposo (ZACONETA; MOTTA; FRANÇA, 2004).

O não diagnóstico da depressão pós-parto é explicado pelo fato de que o puerpério é muitas vezes um período de tempo negligenciado em termos de cuidados à saúde da mulher e da sua família. A maior parte das vezes o recém-nascido recebe considerável atenção, os cuidados são providos adequadamente e a paciente, em pós-parto, é considerada em condições satisfatórias, sendo-lhe dispensada apenas uma pequena parcela de atenção, em que não se considera que

esta mulher está experienciando uma importante e potencial fase de mudanças fisiológicas e psicológicas (MACKENZIE; CANADAY, 1982).

Para Zaconeta, Motta e França (2004), o diagnóstico da depressão puerperal não deve ser feito baseado na impressão do profissional de saúde, usando perguntas que não são estruturadas, porque na maioria das vezes são métodos falíveis e ineficazes.

A enfermagem tem um papel importante nas atividades de prevenção e controle dessas depressões, atuando na supervisão, orientação ou mesmo na execução de algumas medidas. Fica então evidenciado o quanto o cuidar na enfermagem é fundamental para a diminuição das depressões no ciclo gravídico-puerperal e para a melhoria da qualidade prestada a essas mulheres, ou seja, a enfermagem está em uma posição estratégica no sentido de oferecer orientação antecipada para avaliar a saúde mental das gestantes e das novas mães, oferecendo intervenções terapêuticas e fazendo o encaminhamento quando necessário. Uma falha pode resultar em conseqüências trágicas.

Isso é confirmado através do trabalho de Falcone et al. (2005) que afirma que os profissionais de saúde são peças fundamentais no sentido de promover a saúde mental dessas gestantes e puérperas, não devendo assumir uma posição de superiores, vendo as gestantes como pessoas indefesas, fracas e submissas. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança relativo às suas experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será, certamente, de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo.

Um estudo semelhante a esse que propusemos desenvolver, verificou prospectivamente os transtornos emocionais na gravidez e no puerpério de 108 mulheres chilenas. Utilizando o Cuestionario de Selección de Depresión (CSD - 20) observaram 35,2% de prevalência de transtorno emocionais na gestação e 48,1% quando investigados entre dois e três meses pós-parto (JADRESIC et al., 1992).

Como podemos ver a prevalência da depressão no ciclo gravídico-puerperal é alta e o que temos visto é que na maioria das vezes ela não tem sido diagnosticada.

Baseado na escassez de dados sobre quadros depressivos em gestantes e puérperas no município de Uberaba, pretendemos fazer um levantamento daquelas gestantes e puérperas que estão predispostas a desenvolver depressão e até mesmo identificar aquelas que estão em um quadro depressivo.

Esta pesquisa encontrará dados de importância relevante, que certamente contribuirá para efetivas ações de prevenção e controle dessas depressões que muitas vezes colocam em risco não só a vida da mãe, mas também a de seu filho.

Por meio deste estudo, desejamos levantar dados que nos informem quais ações são necessárias para tornar o enfermeiro apto no cuidado com a gestante e puérperas predispostas a apresentar depressão.

A falta de dados faz com que à problemática da depressão na gestação e no puerpério passe despercebida. Sendo assim, entendemos que este trabalho será importante para que, a partir do conhecimento das taxas da mesma, as instituições e os profissionais da saúde possam se despertar para a elaboração de estratégias de sua prevenção e controle, trazendo benefícios para o atendimento prestado à gestante e a puérpera. Dessa forma, é possível ainda evitar despesas onerosas para o estabelecimento da saúde e elevar a qualidade do atendimento à mulher em situação de parto nos hospitais, uma vez que possibilitará a diminuição do índice desse quadro.

Este trabalho poderá ser um ponto de partida para o direcionamento de ações, pois segundo Gabrielloni e Barbieri (2000) devemos unir esforços para que as instituições de saúde tenham como meta a qualidade da assistência, visando a diminuição das taxas de morbimortalidade pois, assim, conseqüentemente, haverá a redução dos custos hospitalares e dos danos causados aos pacientes e seus familiares.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 HISTÓRIA DA DEPRESSÃO

Segundo Alcântara et al. (2003) adjetivos como loucura, melancolia, mania, fúria divina, possessão, bruxaria, tristeza, demência, psicose, depressão foram usados ao longo da história até chegar ao transtorno do humor. Um grande caminho foi percorrido, que se iniciou na Grécia e Roma juntamente com a história da civilização e descrever o seu trajeto é descrever a história da humanidade.

O mesmo pode ser confirmado também por Townsend (2002), que afirma que a depressão é provavelmente uma das mais antigas e mais freqüentes doenças psiquiátricas, que tem sido descrita há quase tanto tempo quanto a evidência de documentos escritos.

Um papiro egípcio de 1500 a.C. contém um discurso sobre a velhice e, acerca disso, diz que o “o coração torna-se pesado e não recorda o passado” (TAYLOR, 1992).

Há 3.000 anos atrás, sacerdotes egípcios descreveram, ainda sem nome, um mal que se assemelhava ao quadro da depressão em que as pessoas após uma perda passavam a sofrer certo abatimento duradouro, o qual poderia voltar em outras fases da vida (MORAES et al., 2006).

Apesar da existência desses registros, Cordas (2002) discorda que a origem do mal decorra dessa época, escrevendo que “afirmar isso seria um exercício especulativo em vista da escassez das fontes”. Assim essa história começa arbitrariamente na Bíblia.

Muitas culturas antigas, como o povo da Babilônia, os egípcios, os hebreus e os gregos acreditavam na origem sobrenatural da doença sendo comprovado no antigo testamento, no livro de Samuel, no qual a depressão do Rei Saul foi provocada por um espírito mau.

O rei Saul, de Israel, descrito como um homem bravo, alto, forte e um valente guerreiro, lutava contra os povos filisteus de maneira corajosa, mas, em um certo momento, uma tristeza tomou conta de sua vida e ele passou a não ter mais certeza de sua força e bravura, pensamentos de morte e tragédia passam a tomar conta dos seus dias, e, seus serventes, preocupados, chamaram a Davi, um pastor de ovelhas que tinha fama de tocar harpa e acalmar os estados de espírito; então, o atormentado rei se acalma, porém, de tempos em tempos, volta a se sentir triste (ALCÂNTARA et al., 2003).

Esse fato pode ser atestado por uma passagem do relato bíblico:

> ...e sucedia que, quando o espírito maligno da parte de Deus, vinha sobre Saul, Davi tomava a harpa e a dedilhava; então, Saul sentia alívio e se achava melhor, e o espírito maligno se retirava dele. I Samuel 16:23

Desesperançoso e novamente atormentado, após uma derrota no campo de batalha onde seus três filhos foram mortos e não vendo mais saída para a sua situação, acaba por suicidar-se (ALCÂNTARA et. al., 2003; CORDÁS, 2002).

O Evangelho, de Mateus, também mostra Judas, após ter vendido Jesus, ser acometido por um profundo remorso em virtude do seu erro e sofreu uma das mais graves conseqüências da depressão, o suicídio (MORAES et al., 2006).

Outro relato de uma síndrome depressiva, agora não na Bíblia, mas na mitologia é a história do suicídio de Ajax, na Ilíada de Homero, após uma crise, enfurecido e homicida, por não ter sido escolhido o mais bravo guerreiro entre os gregos (SADOCK, 2007).

Na Grécia do século V a.C. ao século III d.C. Hipócrates, Celsus e Galeno, não atribuíam a depressão a fatores divinos, consideravam que o cérebro era a origem de todo estado emocional. Hipócrates utilizava o termo “melancolia” e “mania” para descrever distúrbios mentais, com redução das atividades físicas e sociais e o médico Celsus, em sua obra *De re medicina*, descreveu o termo melancolia do grego melan = “negra” e chole = “bile”, e atribuía a sua causa a um excesso de bile negra, em comparação com os três outros humores restantes (o sangue, a fleuma e a “bílis amarela”). A bile negra era uma substância tóxica negra, produzida no baço ou intestino, a qual enegrecia o humor influenciando o cérebro (SADOCK, 2007).

Galeno de Pérgamo em 128-201 d.C. descreveu os melancólicos com características introspectivas, pessimistas e corporalmente magros e ainda afirmava que se o medo e a depressão durassem muito tempo, a melancolia se estabeleceria como uma condição crônica e recorrente, que poderia ser uma doença primária do cérebro ou secundária a outras doenças (CORDÁS, 2002; CORDÁS; TAVEIRA, 2003; ALCÂNTARA et al., 2003).

Ainda na antiguidade, o mundo árabe fazia importantes releituras e descrições do conceito de melancolia, através de Avicena (980-1037), Maimonides (1135), Averrois (1126) e Constantino (1019-1087), entre outros.

O médico judeu, Moses Maimonides, no século XII, considerava a melancolia como uma entidade patológica distinta.

Segundo Townsend (2002), a Renascença no século XIV, trazia a idéia do racionalismo, em que o raciocínio e os estudos nos campos das ciências humanas eram peças fundamentais, surgindo assim várias teorias novas sobre as causas da depressão como sendo conseqüência de obstrução da circulação do ar virtual, preocupações excessivas ou situações desesperantes e fora do controle do indivíduo.

Nessa época o tema “depressão” também se refletia na arte e no cultura, o que podemos perceber em obras como: Rei Lear, Macbeth e Hamlet de Shakespeare.

Em 1621 Robert Burton escreve e publica “A anatomia da melancolia”. Nessa obra, são listadas as causas da melancolia dentre elas a idade avançada, o temperamento e a hereditariedade, e também a estabelece como causa secundária de doenças do corpo (CORDÁS, 2002).

Bobet em 1686 descreveu uma doença mental à qual chamou de *maniaco-melancholicus*.

No século 18, Willian Cullen (1710-1790), sob influência iluminista, associa a melancolia a uma instabilidade primária do cérebro e sugere “restrições” como o melhor remédio para diminuir a excitação.

Em 1854, Jules Falret descreveu uma condição chamada de *folie circulaire*, na qual o paciente experimenta humores alternados de depressão e mania. Nessa mesma época, um outro psiquiatra francês, Jules Baillarger, descreveu a condição *folie à double forme*, na qual os pacientes tornam-se profundamente deprimidos e entram em um estado de estupor do qual se recuperam eventualmente. O conceito de Falret (SEDLER, 1983) difere do de Baillarger, pois leva em conta os “intervalos lúcidos” entre as fases. Baillarger não leva em conta os intervalos, mas apenas as fases que se sucedem imediatamente (SEDLER, 1983; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; SADOCK, 2007).

No início do século XIX, Esquirol descreveu vários quadros delirantes de melancolia e sugeriu que a palavra “melancolia” seja deixada para o uso dos poetas.

Em 1882, o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum nascido em Neustrelitz, usando o termo "ciclotimia", descreveu a mania e a depressão como estágios da mesma doença, sendo assim os termos “ciclotimia” designava as formas mais leves de flutuação do humor e “distimia” para as formas da doença (melancolia) que apresentam apenas uma fase de depressão atenuada (SADOCK, 2007).

Em 1889, Emil Kraepelin, com base em conhecimentos de psiquiatras franceses e alemães anteriores, descreveu uma psicose maníaco-depressiva que continha a maioria dos critérios usados atualmente pelos psiquiatras, para o estabelecimento do diagnóstico de transtorno bipolar I. A ausência de um curso demenciante e deteriorante na psicose maníaco-depressiva diferenciavam-na da demência precoce, nome dado à esquizofrenia antigamente, contribuindo assim para o sistema de classificação das doenças mentais sistematizando os conceitos pesquisados em esquemas adequados ao tratamento das doenças mentais, especialmente estabelecendo as diferenciações entre esquizofrenias e psicoses maníaco-depressivas, contribuindo, assim, de maneira notável para os trabalhos científicos.

Kraepelin também descreveu um tipo de depressão que começava após a menopausa em mulheres e durante a idade adulta tardia em homens, que veio a ser conhecida como melancolia e, desde então, começou a ser vista como uma forma de transtorno do humor com início tardio.

Nessa mesma época Meyer preferiu utilizar o termo depressão à melancolia, mostrando a causa psicobiológica dos transtornos mentais (TAYLOR, 1992).

Sendo assim, nos trabalhos de Sigmund Freud, Emil Kraepelin e Adolf Meyer, os transtornos do humor (Afetivos) têm as bases para suas classificações nos tempos atuais. O pensamento contemporâneo sobre os distúrbios afetivos abrange várias perspectivas intrapsíquicas, comportamentais e biológicas, mostrando a diversidade de fatores causais no desenvolvimento desse distúrbio (TOWNSEND, 2002).

Os tratamentos dos transtornos do humor não foram eficientes até a descoberta das drogas anticonvulsivantes, do pentilenetetrazol (metrazol) e da eletroconvulsoterapia por Cerletti e Bini em 1938, que também foi utilizada como tratamento para os transtornos do pensamento. Porém, seu uso foi mais efetivo na depressão, sendo utilizada até os dias atuais, com o emprego de alguns cuidados pré-estabelecidos. Sua utilização não é ainda em grande escala devido ao avanço

da terapia medicamentosa (TAYLOR, 1992), mas vem crescendo consideravelmente nos últimos anos.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS ESTADOS DEPRESSIVOS

Segundo Townsend (2002) a depressão é considerada o “resfriado comum dos distúrbios psiquiátricos” e que essa geração é a “era de melancólicos”, estimando que 10 a 14 milhões de norte-americanos sejam afetados por alguma forma de transtorno afetivo e que aproximadamente 20% a 30% vão ter algum tipo desse distúrbio ao longo da vida.

Segundo Steiner (2005) em uma lista feita por Global Burden of Illness em 1990 a depressão foi a quarta causa mais importante de impactos físicos, sociais e mentais das doenças, e se prevê que será a causa mais importante em 2020.

No Brasil existem 54 milhões de pessoas que em um momento de suas vidas terão algum tipo de depressão, sendo que 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, muitas com risco de suicídio (NARDI, 2000).

A incidência da depressão é maior em mulheres na razão de 2 para 1 com relação aos homens, sendo que mulheres jovens têm uma tendência maior à depressão com relação às mulheres mais velhas. Já nos homens, essa prevalência é maior entre os mais velhos e os sintomas depressivos são mais freqüentes entre as classes sócias menos favorecidas. Com relação ao fator racial, essa é mais freqüente entre a raça negra em virtude da condição socioeconômica que é menor entre essa raça e a incidência de depressão é maior entre os solteiros e divorciados. Alguns estudos mostraram dois períodos no ano com maior incidência de estados depressivos, sendo um no período da primavera (março, abril e maio) e outro no outono (setembro, outono e novembro) (TOWNSEND, 2002).

Estima-se que hoje 30 a 50% dos pacientes deprimidos não se recuperem totalmente (QUARAISHI; FRANGOU, 2002; ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004).

Algumas doenças físicas estão associadas com a depressão, dentre elas algumas desordens neurológicas tais como esclerose múltipla, doenças de parkinson, enxaquecas, tumores cerebral, encefalites e doenças endócrinas, tais como hipo e hipertireoidismo e diabetes (KATON; SULLIVAN, 1990).

Outro agravante envolvendo os quadros depressivos é que 20% dos indivíduos com doenças crônicas como diabetes, câncer e doenças do coração, desenvolvem depressão, desistindo muitas vezes de lutar por sua vida (BURVILL, 1995).

Em um estudo realizado por Bennett et al. (2004) foi identificado uma prevalência de depressão na gravidez de 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre. Na adolescência foi identificado índices ainda maiores entre 16% e 44%, o que pode estar relacionado à falta de maturidade afetiva e de relacionamentos dessas pacientes, bem como ao fato de grande parte delas terem que abandonar seus estudos em razão da maternidade (SZIGETHY; RUIZ, 2001; CAMACHO et al., 2006).

Costa et al. (2007) afirmam que a prevalência de depressão pós-parto referenciada na literatura varia entre 6,5% e 27,5% e essa variação é em virtude da metodologia de investigação e ao tipo de amostra consideradas.

Já a psicose puerperal é um quadro bem mais raro, com uma incidência de 1,1 a 4 para cada 1.000 nascimentos (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003).

2.3 ETIOLOGIA

Na literatura existem várias teorias para o surgimento da depressão, dentre eles fatores biológicos, genéticos e psicossociais, mostrando assim a causa multifatorial dos processos depressivos.

Dentre os fatores biológicos vários estudos têm mostrado anomalias nos metabólitos das aminas biogênicas, sendo a norepinefrina e a noradrenalina os neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia dos transtornos do humor, porém a dopamina tem seu papel como fator causal das depressões. Pesquisas têm mostrado que a depleção desses neurotransmissores é responsável pelo surgimento de casos depressivos (TAYLOR, 1992; SADOCK, 2007).

Vários estudos anatômicos e de neuroimagem funcional têm mostrado a repercussão da disfunção cerebral na depressão. Dentre as regiões cerebrais, as mais estudadas têm sido as regiões frontais e suas conexões, esses estudos, vêm apontando alterações nessas regiões tais como redução do tamanho, diminuição da atividade desta área e uma redução do fluxo sanguíneo (LAFER et al., 2000; ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004).

Vários estudos realizados com família, adotados e gêmeos têm apoiado a segunda teoria para a causa da depressão, o fator genético, visto que 60% a 80% dos indivíduos com transtorno do humor têm história familiar dessa doença (TAYLOR, 1992).

Dentre os transtornos de humor, o bipolar é aquele com maior evidência sobre a herança genética.

Segundo Stuart e Laraia (2001), se um dos genitores possuírem transtorno bipolar os filhos tem 25% de chance de ter o transtorno, no caso de ser os dois genitores portadores, as chances dos filhos virem a ter o mesmo problema é de 50 a 75% de chance.

Com a disponibilidade de técnicas modernas da biologia molecular, é possível a realização de vários estudos que tem mostrado a associação entre genes específicos ou marcadores de genes de transtornos do humor (SADOCK, 2007).

A terceira causa dos transtornos em questão são os fatores psicossociais. Há evidências de que acontecimentos estressantes precedem o primeiro episódio de transtornos do humor e a base dessa teoria é que o estresse leve a uma mudança duradoura na biologia do cérebro causando uma alteração funcional de vários neurotransmissores (TAYLOR, 1992; SADOCK, 2007).

Segundo essa teoria, nenhum tipo isoladamente de personalidade predispõe de forma única ou individual à depressão, qualquer pessoa, com qualquer padrão de personalidade pode se tornar deprimido (TAYLOR, 1992; SADOCK, 2007).

Segundo Sigmund Freud, ter depressão depende de vários fatores, tais como: problema na relação mãe-filho durante a fase oral, perda real ou imaginaria de algum objeto, mecanismo de defesa e sentimento de culpa com relação ao objeto perdido, entre outros (TAYLOR, 1992; SADOCK, 2007).

Outra teoria é a de que vários eventos externos adversos produzem uma perda da auto-estima, podendo levar a quadros depressivos (TAYLOR, 1992; SADOCK, 2007).

2.4 TRANSTORNO DO HUMOR

A todo momento os seres humanos estão se deparando com situações que lhe cause alegrias e tristezas, essas alterações de humor desde que aconteça por

um tempo determinado e que esteja de acordo com a situação ocorrida faz parte da vida normal de uma pessoa.

Os transtornos afetivos ou transtorno do humor são alterações na regulação do humor, comportamentos e afetos que vão além das flutuações de humor normais que várias pessoas apresentam, sendo uma importante causa de incapacidade, vindo a afetar todos os aspectos da vida de uma pessoa, tais como os processos de pensamentos, emoções e comportamentos e até mesmo sua saúde física (WILLIAMS; WILKINS, 2005).

O transtorno de humor é caracterizado por uma síndrome maníaca ou depressiva integral ou parcial, que não podem ser atribuídos a outros distúrbios mentais.

Existem várias classificações para os transtornos do humor, porém podemos dividí-lo basicamente em unipolar e bipolar, ou seja, os unipolares apresentam apenas uma fase a depressiva ou maníaca e o bipolar apresenta duas fases, sendo uma maníaca e a outra depressiva, que podem ter intensidades e duração bastante variadas.

A seção de transtorno do humor do Diagnostic and Statistical Manual Disorders - DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003) é organizada da seguinte forma:

- **Episódios de humor**
  Episódio depressivo maior
  Episódio maníaco
  Episódio misto
  Episódio hipomaníaco
- **Transtornos depressivos**
  Transtornos depressivos maior
  Transtorno distímico
  Transtorno depressivo sem outra especificação
- **Transtornos bipolares**
  Transtorno bipolar I
  Transtorno bipolar II
  Transtorno ciclotímico
  Transtorno bipolar sem outra especificação
- **Outros transtornos do humor**

Transtorno do humor devido a uma condição médica geral

Transtorno do humor induzido por substâncias

Transtorno do humor sem outras especificações

- **Especificações descrevendo a condição clínica do episódio de humor atual (ou mais recente)**

  Leve, moderada, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa.

- **Especificações descrevendo as características do episódio atual (ou a mais recente se a atual estiver em remissão parcial ou completa)**

  Crônica

  Com característica catatônica

  Com característica melancólica

  Com característica atípica

  Com início no pós-parto

- **Especificadores para a descrição do curso de episódios recorrentes**

  Especificações de curso longitudinal (Com ou sem recuperação entre os episódios)

  Com padrão sazonal

  Com ciclagem rápida

A classificação em episódios de humor foi incluída apenas por conveniência de diagnóstico dos vários transtornos do humor, eles servem apenas de bloco de construção para os diagnósticos dos transtornos.

A classificação em transtorno são os transtornos do humor propriamente dito, contendo seus códigos e todos os critérios de classificação.

A parte referente aos especificadores, é oferecida para aumentar a especificidade do diagnóstico, para criar grupos mais homogêneos, para auxiliar na seleção do tratamento e para melhorar a previsão do prognóstico.

O Código Internacional da Doença (CID-10) (1997) faz as seguintes classificações para os transtornos do humor:

- **Episódio maníaco**

  Hipomania

  Mania sem sintomas psicóticos

Mania com sintomas psicóticos

Outros episódios maníacos

Episódios maníacos, não especificados

- **Transtorno afetivo bipolar**

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Transtorno afetivo bipolar, episódio atualmente em remissão

Outros transtornos afetivos bipolares

Transtornos afetivos bipolares, não especificados

- **Episódios depressivos**

Episódios depressivos leve

Episódios depressivos moderado

Episódios depressivos grave sem sintomas psicóticos

Episódios depressivos grave com sintomas psicóticos

Outros episódios depressivos

Episódios depressivos não especificados

- **Transtorno depressivo recorrente**

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

Outros transtornos depressivos recorrentes

Transtorno depressivo recorrente sem especificações

- **Transtorno de humor persistente**

  Ciclotimia

  Distimia

  Outros transtornos de humor persistente

  Transtorno de humor persistente não especificado

- **Outros transtornos do humor**

  Outros transtornos do humor isolados

  Outros transtornos do humor recorrentes

  Outros transtornos especificados do humor

- **Transtorno do humor não especificado**

Durante esse trabalho iremos conceituar apenas os episódios e quadros depressivos.

2.5 DEPRESSÃO

Segundo o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003) o transtorno depressivo maior se caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores que são definidos como pelo menos duas semanas de humor deprimido, ou perda do interesse, ou perda do prazer por quase todas as atividades, acompanhadas por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão, que inclui alteração no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimento de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Faz-se importante lembrar que em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de deprimido.

O transtorno distímico se caracteriza-se por um humor cronicamente deprimido que acorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, acompanhado por pelo menos dois sintomas adicionais, como apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimento de desesperança, sintomas esses que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

O transtorno depressivo sem outra especificação é incluído para codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias.

Segundo o CID-10 (1997), o paciente com episódios depressivos apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existem quase sempre diminuição da auto-estima, da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade. O humor deprimido pode ser acompanhado de sintomas ditos somáticos, como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes do habitual, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda do apetite, perda do peso e da libido.

De acordo com o número e a gravidade dos sintomas os episódios depressivos podem ser divididos em (i) leve, (ii) moderado e (iii) grave.

Um episódio é considerado leve quando estão presentes pelo menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. Nesse contexto, o paciente geralmente sofre com a presença desses sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

O episódio moderado ocorre quando se verificam quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotinas.

Por fim, o episódio grave sem sintomas psicóticos, é caracterizado pelos vários sintomas acentuados e angustiantes, com perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”. Entra também nesta classificação, o estado grave com sintomas psicóticos, que é um quadro semelhante ao episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, porém acompanhado por alucinação, idéias delirantes, lentidão psicomotora de tal gravidade que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; podendo existir ainda o risco de morte por suicídio, de desidratação ou de desnutrição.

Distimia, no CID 10 (1997) é conceituada como rebaixamento crônico do humor, que persiste ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente

ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtornos depressivos recorrentes graves, moderados ou leves.

2.6 TRATAMENTO

O tratamento dos quadros depressivos envolve a terapia farmacológica e não farmacológica.

2.6.1 Tratamento farmacológico

Segundo Williams e Wilkins (2005) não existe um antidepressivo ideal para todos os pacientes, a escolha deve ficar a critério médico considerando o metabolismo dos mesmos, os efeitos adversos da droga, drogas que foram eficazes para algum membro da família e o potencial de intoxicação.

De acordo com o autor supracitado, de uma forma geral, as drogas antidepressivas agem modificando a atividade dos neurotransmissores relevantes. As mesmas são classificadas da seguinte forma:

- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS): como o próprio nome refere, essas drogas inibem a receptação de serotonina assim como de outros neurotransmissores. Fazem parde desse grupo citalopram (Celexa), fluoxetina (Prozac).
- Inibidores da recaptação de serotonina/noreprinefina (IRSN): Esse tipo de droga tem sua ação inibindo a captação da noreprinefrina, estão nesse grupo o venlafaxine (Effexor).
- Antidepressivos atípicos: o mecanismo de ação dessas drogas não foi ainda bem esclarecido, ficando muitas vezes como drogas de segunda linha. Bupropion (Wellbutrin), nefazodone (Serzone) e trazodone (Desyrel), fazem parte deste grupo.
- Antidepressivos tricíclicos (ATC): essas drogas têm seu efeito inibindo a recaptação da norepinefrina, serotonina e dopamina, causando um declínio dos receptores beta-adrenérgicos. Dentro desse grupo encontramos amitriptilina (Elavil), amoxapina (Asendin), clomipramina (Anafranil).

- Inibidores da monoamino oxidante (IMAO): essas drogas aumentam o nível de norepinefrina, serotonina e dopamina, pela inibição da monoamino oxidase, uma enzima que as inativam.
- Outros antidepressivos: esses antidepressivos têm seu mecanismo de ação variável, fazem parte dessa classe mirtazapina (Remeron) e nefazodone (Serzone).

Efeitos colaterais dos antidepressivos

Podemos citar como efeitos colaterais dos antidepressivos, secura da boca, dificuldade na acomodação visual, perspiração na cabeça e pescoço, uma ligeira retenção urinária ou constipação, agravamento de glaucoma e hipotensão postural, que pode levar a acidentes com ferimentos. As drogas do grupo das IMAOs podem causar uma série de sintomas no sistema nervoso central tais como tremor de membros superiores, convulsões e ataxia (TAYLOR, 1995).

Efeitos adversos dos antidepressivos

Os efeitos adversos dos antidepressivos tricíclicos constituem-se no aumento da psicose e arritmias cardíacas. O efeito adverso mais grave dos IMAOs são as crises hipertensivas. A monoamina oxidase é importante para o metabolismo da tiramina, uma substância contida na maioria dos alimentos, que exerce um aumento na pressão sanguínea. Quando um paciente faz uso dessa medicação e ingere um alimento contendo tiramina, essa não pode ser metabolizada, causando uma crise hipertensiva. Dessa forma, os alimentos que contém tiramina devem ser evitados (TAYLOR, 1995).

2.6.2 Eletroconvulsoterapia (ECT)

A ECT é uma terapia não farmacológica para a depressão. Mesmo com toda a história comprometendo o seu uso, inclusive sua utilização como método de punição, as pesquisas têm mostrado bons resultados dessa terapia na remissão e controle dos sintomas da depressão.

Essa terapia é prescrita a pacientes deprimidos que não melhoram após uma aplicação adequada de medicamentos antidepressivos, particularmente naqueles em que a depressão manifesta-se por um comportamento agitado e, ainda, para indivíduos ativamente suicidas que não responderam a nenhuma outra intervenção terapêutica (TAYLOR, 1995).

Sabemos pouco como o ECT atinge seus resultados, porém se supõe que ela interrompe o processo psicótico e torna o indivíduo mais acessível às intervenções interpessoais. Para que o indivíduo seja submetido a esse procedimento, é necessário um preparo tal como um procedimento cirúrgico, com aplicação de anestesia geral. A ECT consiste em aplicar uma corrente elétrica controlada nos lobos frontais do portador de depressão através de elétrodos colocados nas têmporas (TAYLOR, 1995).

2.6.3 Psicoterapias

O uso das terapias psíquicas associadas com a medicação é importante para a recuperação do paciente. Atualmente existe um arsenal muito amplo dessas terapias e, no quadro 1, apresentaremos as três terapias mais estudadas.

Aspecto	**Enfoque psicodinâmico**	**Enfoque cognitivo**	**Enfoque Interpessoal**
Principais teóricos	Freud, Abraham, Jacobson, Kohut	Platão, Adler, Beck, Rush	Meyer, Sullivan, Klerman, Weissman
Principais objetivos e mecanismos de mudança.	Promover mudança na personalidade por entendimento de conflitos passados: adquirir insight para a defesa, distorção do ego e defeitos do superego, oferecer modelo de papel; permitir liberação catártica da agressão.	Oferecer alívio sintomático por alteração dos pensamentos-alvos identificar cognições autodestrutivas; modificar suposições errôneas específicas; promover autocontrole sobre padrões de pensamentos.	Oferecer alívio sintomático pela solução de problemas interpessoais atuais reduzir estresse envolvendo família ou trabalho melhorar habilidades de comunicação interpessoal.
Técnicas e práticas primárias.	Expressivo-empática análise completa ou parcial da transferência e resistência; confronto de defesas; clarificação de distorções do ego e superego.	Comportamental-cognitiva: registro e monitoração de cognição; correlação de temas distorcidos com lógicas e teste experimental oferecimento de conteúdo alternativo de pensamentos; “lições de casa”.	Comunicativo-ambiental: esclarecimento e manejo de relacionamentos mal-adaptativos e aprendizagem de novos, através de treinamento de comunicação e habilidades sociais, oferecimentos de informações sobre a doença.

Continuação do Quadro...

Aspecto	Enfoque psicodinâmico	Enfoque cognitivo	Enfoque Interpessoal
Papel do terapeuta – relacionamento terapêutico.	Intérprete-refletor: estabelecimento e exploração da transferência; aliança terapêutica para dependência benigna e entendimento empático.	Educador-moderador: relacionamento positivo ao invés de transferência; empirismo cooperativo com base para tarefa científica (lógica) conjunta.	Explorador-prescritor: relacionamento transferência sem interpretações; papel ativo do terapeuta para influencia e defensoria.
Papel conjugal-familiar.	Pleno sigilo individual; exploração de outros significados exceto em situações de ameaça a vida.	Uso do cônjuge como repórter objetivo; terapia de casais para cognição perturbada mantidas no relacionamento conjugal.	Papel integral do cônjuge no tratamento: exame do papel do cônjuge na predisposição do paciente à depressão e efeitos da doença sobre o casamento.

Quadro 1. Aspectos principais de três enfoques psicoterapêuticos à depressão
Fonte: Sadock (2007)

2.7 MULHER, FEMINILIDADE E DEPRESSÃO

Segundo Brasiliano e Bucaretchi (2006) até o século XVII não existia diferença entre a masculinidade e a feminilidade, essa diferenciação ocorreu nessa época apenas quanto a aspectos anatômicos e fisiológicos, o que justificava os espaços ocupados pelo o homem e pela mulher tanto na sociedade como na família. Foi a partir de 1925, com Freud, que o interesse pela sexualidade nasceu.

Para Freud, tanto meninos, como meninas acreditam que todo ser humano adulto tenha um pênis. A descoberta do genital feminino instauraria uma diferença e, dessa forma, a menina passaria a desejar um pênis, portanto, passa a invejar quem o tem e, a frustração pela não realização desse desejo, levaria a menina a um deslocamento dele a um bebê, assim, a feminilidade era calcada na inveja do pênis e na maternidade como solução.

Para Hélène Deustsch, seguidor de Freud, a maternidade é a única realização da mulher e o parto o único modelo de gozo possível. Para ele, o filho tem o papel de identificar a identidade feminina e confunde o “torna-se mulher” com o “torna-se mãe”.

No final da década de 40, davam-se os primeiros passos para a construção de uma teoria feminista, com o ensaio de Simone Beauvoir, “O segundo sexo”. Nele ela critica Freud, não entendendo porque ele coloca a libido feminina em sua

originalidade, mas sim como um desvio da masculinidade. Para Beauvoir a mulher toma consciência da sua feminilidade no seio da sociedade, ela deve voltar para o mundo para responder a todos o que é uma mulher (BRASILIANO; BUCARETCHI, 2006).

Lacan abordou a sexualidade através da linguagem e do gozo, enquanto para Freud a castração e o complexo de Édipo é uma barreira ao gozo sexual. Para Lacan, a castração marca, protege e localiza a feminilidade. É graças à castração que o registro do gozo sexual é possível. No pensamento lacaniano o que pode limitar o gozo sexual é o gozo de ser como tal, a linguagem, isto é, o significado do falo.

Levando-se em consideração as transições citadas, verificamos que o desenvolvimento sexual feminino é marcado por diversos conflitos, talvez em maior quantidade e intensidade que o masculino, quem sabe um contribuinte para a diferença de quadros depressivos entre eles.

Como sabemos e podemos ver, o homem e a mulher são diferentes, tanto anatomicamente e fisiologicamente, quanto psiquicamente. Essa distinção traz consigo uma diferença na apresentação dos sintomas e síndromes depressivas, assim como nos seus aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos.

A depressão tem sido mais freqüente nas mulheres em proporção de 2 para 1. Não somente o dobro de mulheres sofre desse transtorno em comparação aos homens, mas elas possuem também um índice mais alto de condições comórbidas, tanto físicas quanto mentais. Dentre as possíveis diferenças nas manifestações depressivas entre homens e mulheres no âmbito biológico, podemos citar o funcionamento hormonal. Algumas pesquisas têm mostrado que os hormônios gonodais circulantes, estrógeno e progesterona modulam os fenômenos da neurotransmissão, participando da regulação do humor em diversas situações (JUSTO; CALIL, 2006; STEINER, 2005).

A ação do estrógeno, que é sintetizado nos ovários e placenta, tecido adiposo e também no cérebro, afetam o humor e a cognição, atuando não só no hipotálamo, mas também no hipocampo e no cerebelo. Aparentemente o estrogênio favorece a neurotransmissão serotonérgica e a noradrenérgica, por sua vez, a ação da progesterna parece interferir de modo oposto, aumentando a atividade da monoaminoxidase.

As diferenças nos papéis sociofamiliares do homem e da mulher parecem interferir na diferença dos índices depressivos, mesmo esse não sendo o único fator determinante.

Desde muito tempo o homem foi visto como modelo e a mulher uma variação do mesmo, isso aparecendo também na teoria da feminilidade de Freud e Lacan.

Ao longo da história, freqüentemente a mulher tem assumido posição de submissão em relação ao homem. Porém, nos últimos anos, a mulher tem sido cada vez mais solicitada a contribuir financeiramente com as despesas da casa, causando assim um acúmulo de tarefa, ficando agora responsável também pelo sustento, de um modo geral, e pelos afazeres domésticos. Ainda não se sabe até que ponto isso interfere ou gera quadros depressivos, mas certamente a sua carga de estresse tende a ser bem maior.

Segundo Justo e Calil (2006), as questões envolvendo gênero e depressão ainda não estão bem esclarecidas. Até o momento, existem mais controvérsias do que conclusões bem fundamentadas, sendo necessários mais estudos para o seu esclarecimento.

2.8 GESTAÇÃO E DEPRESSÃO

Segundo Maldonato, Dickstein e Nahoum apud Baptista, Baptista e Torres (2006) a gestação é o período de desenvolvimento fetal desde a fecundação até o nascimento. A gestação dura em média 40 semanas, sendo dita gestação a termo aquela com duração entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Gestação pré-termo é aquela com duração inferior a 37 semanas completas e gestação pós-termo constitui-se naquela com duração igual ou superior a 42 semanas (WANTANABE, 2000).

Na maioria das vezes nascemos, crescemos, casamos e depois temos filhos começando o ciclo novamente e vários são os motivos pelo qual uma mulher deseja ter um filho: a promessa de dar continuidade a existência dos pais, a vontade de dar um irmão ao filho mais velho e o desejo de realizar sonhos pendentes, dentre outros.

Ao longo de toda a gestação ocorrerão algumas transformações tanto físicas quanto emocionais e a formar de vivenciar essas transformações são únicas, isso se deve ao fato de que cada gestante vive em um contexto, com as experiências de

vida passada e a história de vida atual diferentes, tais como as condições socioeconômicas, o planejamento da gravidez, a saúde materna e fetal, extremamente relacionadas aos estados emocionais que vão além dos estados emocionas próprios da gestação. Vale ressaltar a importância da participação do pai como um fator determinante para o bem estar da mulher, sendo uma fonte de apoio afetando o estado emocional da gestante (CONSONNI et al., 2003; MARTINS, 2006).

Szejer e Stewart (1997) afirmam que não existe gravidez sem história e justamente por isso não existe gravidez ideal. Cada uma delas é mais ou menos fácil de viver, algumas vivem sentimentos de plenitude, outras, porém vivem sentimentos de angústia.

Segundo Lowderrmilk e Fishel (2002) as mulheres de todas as idades usam os meses da gestação para adaptar-se ao papel materno, um complexo de aprendizado social e cognitivo. E essas adaptações não se limitam apenas ao campo psicológico e bioquímico, mas envolve os aspectos socioeconômicos, principalmente para as mulheres que exercem uma profissão fora de casa, sendo comum essas mulheres apresentarem tensão quanto ao futuro profissional e consequentemente ambivalência frente aos diferentes interesses: afetivos, profissionais e sociais (MARTINS, 2006). Durante esse período a gestante pode apresentar ambivalência de sentimentos, tal como prazer por estar realizando um sonho, mas pode lamentar por estar mudando a rotina da sua vida, ou seja, lamentar pela vida conhecida que está terminando.

Algumas gestantes podem apresentar instabilidade emocional sem nenhuma motivação aparente, as mudanças hormonais, resultantes de uma resposta materna à gestação, alterações ocorridas em sua aparência física e nas funções de seu corpo, a preocupação sexual ou dor durante o parto, são sugeridas para explicar esse comportamento de aparente inquietação.

Segundo Consonni et al. (2003), Maldonado (1997) e Santos (2003), em cada trimestre da gestação irá ocorrer transformações peculiares de cada um desses períodos.

No primeiro trimestre, surgem de forma discreta, as primeiras alterações da gestação, que são: náuseas, desejos, alterações da libido, aumento dos seios e sonolência, dentre outros e, apesar dessas transformações físicas serem discretas, as oscilações do humor e o aumento da irritabilidade estará presente devido ao

grande esforço de adaptação para a nova mulher com uma nova realidade de vida, novas tarefas, responsabilidades, aprendizagem e descobertas.

No segundo trimestre parece haver maior estabilidade emocional, tendo como evento central a percepção dos movimentos fetais, agora sentindo o feto como realidade concreta dentro de si. Nessa fase as modificações físicas já são bem visíveis, com o aumento da barriga, que não é sentida como desconfortável.

No terceiro trimestre o mal-estar físico que havia desaparecido no segundo trimestre ressurge novamente, podendo trazer desconforto somático e psíquico. Com a proximidade do parto, a ansiedade tende a aumentar pelo temor à morte, à dor, ao parto traumático, ao filho malformado ou natimorto e os sentimentos podem ser contraditórios, aparecendo, então, a vontade de ter o filho e terminar a gravidez, e, ao mesmo tempo, de prolongá-la e adiar a necessidade de novas adaptações decorrentes da vinda do bebê.

Segundo Martins (2006) toda essa experiência da maternidade pode ser vista como uma possibilidade de desenvolvimento psicológico, que, segundo Caplan (1980) é um processo contínuo, marcado por períodos de crises, precipitadas pela emergência de fatos naturais ou acidentais, que exigem uma resposta adaptativa e esses períodos são caracterizados tanto por fatores inerentes ao desenvolvimento, como é o caso da gravidez e da menopausa, quanto por fatores inesperados, como a morte de um familiar e a perda de um emprego.

Vários são os problemas que podem influenciar em um bom andamento da gestação causando mobimortalidade perinal e materna e podendo ser classificadas em: socioeconômicas (estado socioeconômica, riscos profissionais, saneamento básico, estado civil) demográficos (idade materna, peso pré-gravídico, grau de escolaridade materna), médicos (diabetes, hipertensão, infecções, distúrbio metabólicos, desnutrição materna, antecedentes de aborto espontâneo e/ou parto prematuro, malformações uterinas, cardiopatias, dentre várias outras patologias que sejam pré-existentes a gestação, ou se desenvolveu durante a mesma, ou por conseqüência dela), comportamentais (tabagismo, etilismo, uso de drogas) e acesso ao pré-natal de qualidade (REZENDE, 1998; NEME; MAREVITTI, 2000; MARTINS, 2006).

Alguns autores citam também como condições associadas aos fatores de risco pré-natais o suporte conjugal e social recebidos pela gestante bem como seu estado emocional (DA COSTA et al., 2000; CHUNG et al., 2001; MCKEE;

CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001; PAJULO et al., 2001; DAYAN et al., 2002; FELICE et al., 2004; MESSER et al., 2005; MARTINS, 2006).

Vale ressaltar ainda que os estados emocionais na gestação são importantes também pela ocorrência de complicações obstétricas e para o desenvolvimento fetal (MARTINS, 2006).

Em relação às complicações obstétricas e no desenvolvimento fetal, os estados emocionais, tais como ansiedade, depressão e estresse estão associados a hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (MCKEE; CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001), Hiperemese gravídica (REZENDE, 1998; SIMPSON et al., 2001; ANDERSON et al., 2004a), abortamento habitual (FATOYE et al., 2004), prematuridade (MONK, 1999; DA COSTA et al., 2000; CHUNG et al., 2001; PAJULO et al., 2001; DAYAN et al., 2002; FELICE et al., 2004; MESSER et al., 2005) retardo do crescimento intra-uterino (CHUNG et al., 2001), baixo peso ao nascer (SÉGUIM et al., 1995; DA COSTA et al., 2000; CHUNG et al., 2001; MCKEE; CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001; PAJULO et al., 2001; FELICE et al., 2004; MESSER et al., 2005;), prejuízo para o desenvolvimento da criança (MONK, 1999; KROELINGER; OTHS, 2000), baixo Apgar (MONK, 1999; BERLE et al., 2005).

Podemos citar ainda como prejuízo materno a depressão gestacional e o aumento de risco à depressão pós-parto (SÉGUIN et al., 1995; DA COSTA et al., 2000; MCKEE; CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001; PAJULO et al., 2001) e maior analgesia epidural (CHUNG et al., 2001; ANDERSSON et al., 2004a).

Algumas dessas complicações podem ser explicadas pelo comportamento de risco presente em mulheres com depressão na gestação, resultantes da própria doença, tais como uso de álcool, cigarro e baixa adesão aos cuidados pré-natais e orientação médica (DA COSTA et al., 2000; CHUNG et al., 2001; MCKEE CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001; PAJULO et al., 2001; MESSER et al., 2005).

Segundo Martins (2006) o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pode ser comprometido em virtude do comprometimento afetivo da mãe, já que as alterações bioquímicas resultantes dos estados emocionais da mãe determinam a secreção de catecolaminas que atravessam a barreira placentária atingindo a corrente sanguínea do feto e causando sensações psicológicas semelhantes às sentidas pela mãe.

Encontramos na literatura alguns fatores biopsicossociais associados à ansiedade e a depressão materna como idade materna, estado civil, baixo ajuste conjugal, nível de escolaridade, suporte social, conflitos interpessoais, dificuldades

financeiras e história prévia de desordem psiquiátrica (SÉGUIN et al., 1995; PAJULO et al., 2001).

Como podemos ver, algumas gestantes estão expostas a condições de risco que se somam aos vários períodos de adaptação e isso, muitas vezes, pode ser estressante para a gestante gerando alterações do humor, tais como a depressão.

2.9 PUERPÉRIO E DEPRESSÃO

Segundo Mello e Neme (2000) puerpério é o período do ciclo gravídioco-peurperal em que as modificações causadas pela gestação voltam ao seu estado pré-gravídico.

Com relação a esse período é sabido que tem seu início após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares, mas no que se refere ao seu término, não há ainda um consenso. Alguns consideram que o retorno ao estado pré-gravídico levaria oito meses a um ano e outros, consideram o término natural da lactação ou o retorno da menstruação como o final do puerpério. Para fins de delimitarmos o tempo iremos considerar puerpério como o período de 1 ano após o parto.

Esse período da vida da mulher envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na sua saúde mental, podendo a paciente experimentar desde um quadro de tristeza até estados psicóticos mais graves.

Assim, o pós-parto pode ser considerado um período de risco psiquiátrico aumentado no ciclo de vida da mulher, sendo de especial importância pelo seu impacto na vida da própria mulher, em sua vida conjugal e com os filhos, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, interferirindo nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança.

Segundo o DSM - IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003), quando a depressão da mãe ocorre durante as quatro semanas após o parto, esta é classificada como episódio de depressão maior, com início no pós-parto. Conforme o CID – 10 (1997), a depressão pós-parto pode surgir durante as seis primeiras semanas após o parto. Alguns autores sugerem que a depressão materna pode surgir em alguns momentos no primeiro ano de vida do bebê, estando fortemente ligado à maternidade não tendo que ocorrer necessariamente nas primeiras semanas de vida do bebê (MURRAY et al., 1995; FRIZZO; PICCININI, 2007).

Em geral, inicia-se dentro de 4 semanas pós-parto e se evidencia por labilidade emocional e desilusões, freqüentemente em torno do Recém-Nascido (LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

O risco de um quadro depressivo entre puérperas aumenta quando existe acumulo de funções de mãe, esposa e profissional. Essa incidência aumenta em pacientes que já possuem algum tipo de distúrbio do humor ou história familiar de distúrbios bipolares e história pregressa de depressão em qualquer fase da vida. (LOWDERMILK; FISHEL, 2002; VIEIRA FILHO, 2006).

Podemos citar como questão agravante as muitas vezes que a mãe não percebe que está doente e atribui seu cansaço às noites mal-dormidas. Não tem energia suficiente para cuidar do bebê e sente-se por isso culpada por isso e incompreendida pelo esposo e familiares. A irritabilidade com o bebê muitas vezes gera problemas conjugais. Associado a isso, o baixo suporte familiar contribui para a dificuldade de diagnóstico e tratamento da doença.

Muitas mulheres sentem-se culpadas por estarem deprimidas em uma ocasião em que deveriam estar felizes. Podem relutar em discutir seus sintomas ou sentimentos negativos dirigidos ao filho. A mãe pode ficar obcecada com a idéia de que o filho possa tomar a atenção de seu companheiro.

Encontramos na literatura três classificações do estado depressivo no pós-parto, são elas: Disforia do pós-aparto (Blues), depressão pós-parto e psicose pós-parto.

A disforia do pós-parto ocorre aproximadamente em 70% das mulheres no pós-parto e consiste no surgimento de sintomas disfóricos e depressivos, tais como labilidade do humor, choro imotivado, cansaço e irritabilidade entre outros que surgem geralmente entre o segundo e o quinto dia pós-parto e que desaparecem espontaneamente nos dez dias seguintes. Mesmo sendo este um quadro autolimitado, não havendo necessidade de medicamentos antidepressivos para o seu tratamento, pode estar, sim, associado à doença depressiva no pós-parto (VIEIRA FILHO, 2006; CAMACHO et al., 2006).

A depressão pós-parto é mais séria e persistente que a disforia pós-parto e raramente desaparece sem ajuda externa, sua sintomatologia não difere muito dos sintomas dos transtornos de humor fora do período pós-parto, exceto pelas “ruminações” de culpa e de inadequação que alimenta a preocupação sobre a incompetência como mãe. A puerpéra pode apresentar episódios de irritabilidade e,

tais episódios podem aparecer com pouca provocação, intensificando-se em explosões violentas, que geralmente são dirigidas a pessoas próximas ou ao bebê, com frases típicas: “ele nunca me ajuda”; “ela chora o tempo todo, e eu tenho vontade de espancá-la”, etc. As puerpéras podem apresentar também ansiedade intensa, crise de pânico e choro espontâneo e rejeição do RN, muitas vezes causada por ciúme anormal. As atitudes com relação ao bebê incluem o desinteresse e o desagrado com as exigências de cuidado. A sua incidência varia de 10 a 20% (LOWDERMILK; FISHEL, 2002; TOWNSEND, 2002).

A psicose pós-parto é uma síndrome caracterizada pela depressão, pelos delírios, alucinações e pelos pensamentos da mãe em prejudicar o bebê ou a si mesma. Apesar de o suicídio ser raro no período puerperal, em geral a incidência deste nas pacientes com transtornos psicóticos nesse período é alta, necessitando muitas vezes de intervenção hospitalar por esse motivo, bem como pelo risco de infanticídio. Sua ocorrência é rara, com 1 a 2 em cada mil nascimentos, porém costuma ter um início mais abrupto. Estima-se que 2/3 das mulheres que apresentam psicose puerperal iniciam a sintomatologia nas duas primeiras semanas após o nascimento de seu filho (LOWDERMILK; FISHEL, 2002; CAMACHO et al., 2006).

Um trabalho de revisão da literatura realizado por Camacho et al. (2006) mostra alguns fatores de risco, tais como: idade materna inferior a 16 anos de idade, história prévia de transtornos psiquiátricos, eventos estressantes nos últimos 12 meses, ser solteira ou divorciada, estar desempregada ou o cônjuge, pouco suporte social, mulheres pouco responsáveis ou organizadas, esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, pouco suporte emocional, suporte emocional deficiente, baixo poder aquisitivo e pertencer a uma família populosa.

A causa em si das depressões pós-parto ainda é desconhecida, mas alguns fatores são freqüentemente encontrados em histórias de depressão pós-parto, embora nem todas as mulheres apresentem essas associações.

Podemos citar como os principais fatores responsáveis pela depressão pós-parto os biológicos, os sociais e os psicológicos.

Os fatores biológicos são os resultantes da grande variação nos níveis de hormônios sexuais (estrogênio e progesterona) circulantes e de uma alteração no metabolismo das catecolaminas causando alteração no humor, podendo contribuir para a instalação do quadro depressivo. Autores afirmam que essas alterações de

humor sozinhas não são capazes de gerar um distúrbio depressivo, mas são responsáveis pela labilidade do humor e sentimentos de incapacidade e insegurança (LOWDERMILK; FISHEL, 2002; VIEIRA FILHO, 2006).

Nos fatores sociais, uma hipótese para o desenvolvimento da depressão puerperal é o estresse, a rotulagem e o modelo feminista. Autores afirmam que os baixos níveis de gratificação social, de suporte e de controle no trabalho e no papel de pai/mãe estão relacionados com a depressão puerperal (LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

Fatores psicológicos são os originados de sentimentos conflituosos da mulher, como dificuldade de adaptação ao papel de mãe, dificuldades no relacionamento com o parceiro e problemas financeiros. Outros fatores, relacionados às condições do parto, à situação social e familiar da mulher gerando sobrecarga, também podem desencadear esses distúrbios (LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

O prognóstico é relativamente bom se a mulher for tratada adequadamente. Em alguns casos, os sintomas podem persistir por meses ou anos. Apenas o tratamento de apoio não é suficiente para a depressão pós-parto importante e intervenções farmacológicas são necessárias na maioria dos casos (NEME, 2000).

Crianças de mães deprimidas tendem a desenvolver problemas comportamentais, cognitivos e sociais durante a fase mais tardia de sua vida.

Com relação ao tratamento, podemos citar o tratamento farmacológico e o não farmacológico. Atualmente muitos antidepressivos estão sendo estudados com relação à lactação, e os ISRS foram os menos presentes no leite materno. Entre eles, a sertralina e a paroxetina parecem ser as melhores alternativas. Também foram consideradas seguras: sulpirida, a maioriados tricíclicos, triptofano, moclobemida, benzodiazepínicos em dose baixa e única, zolpidem, carbamazepina, valproato em doses baixas e fenitoína.

Drogas como haloperidol, fenotiazinas em baixas doses, IMAOS, mirtazapina, ISRS, trazodona, benzodiazepínicos e betabloqueadores, foram consideradas de risco moderado.

A clozapina é contra-indicada pelo risco de agranulocitose. Estudos realizados em animais detectaram-na no leite. Antipsicóticos de última geração ainda têm poucos estudos e devem ser evitados. Deve-se evitar também o uso do carbonato de lítio, pelo risco de toxicidade no bebê. Ainda há poucos estudos relacionados aos novos antidepressivos para que possam ser utilizados.

Em um estudo realizado por Magalhães (2006), com base na revisão da literatura sobre tratamentos farmacológicos na depressão pós-parto, concluiu-se que até que o impacto do uso de antidepressivos sobre o desenvolvimento de lactentes seja esclarecido, uma possibilidade clínica seria prescrever antidepressivos que não fossem geralmente detectáveis no plasma dos lactentes, como sertralina e paroxetina.

O tratamento hormonal nos transtornos do humor é muito antigo, e atualmente o uso de estrógenos sublinguais e transdérmicos, como o 17-B estradiol tem sido testado no tratamento da depressão pós-parto. Embora esses relatos proponham que o uso de estrógenos tenha bons resultados, apenas números modestos de melhora sintomática foram apresentados (CAMACHO et al., 2006).

Além da terapêutica medicamentosa, é necessário uma abordagem multi/interdisciplinar (terapia de suporte) que permita livre expressão de seus sentimentos e conflitos. A psicoterapia focaliza seus medos e suas preocupações relacionadas com as novas responsabilidades e papéis, assim como a monitorização dos pensamentos suicidas.

3 OBJETIVOS

- Identificar os sinais de quadros depressivos em gestantes no final da gestação e puerpério.

- Identificar fatores de risco biopsicossociais que estão relacionados com a depressão em gestantes e puérperas.

- Descrever os resultados obstétricos e pediátricos de gestantes e puérperas submetidas à avaliação por escalas psicométricas de depressão (Inventário de Depressão de Beck e EPDS).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo epidemiológica / descritiva transversal, com base de dados primários para avaliar a presença de sintomas depressivos em gestantes e puérperas através da utilização de questionário e escalas psicométricas.

A Epidemiologia é a ciência da saúde coletiva que estuda a relação de causa-efeito ou causa-doença. É definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas (COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existentes de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (COSTA; BARRETO, 2003; MEDRONHA, 2006).

Os estudos descritivos objetivam informar sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos, e servem para identificar grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora, daí a íntima relação da epidemiologia com a prevenção de doenças e planejamento de saúde; é útil para sugerir explicações para as variações de freqüência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos (MEDRONHA, 2006).

O estudo seccionado, também chamado de estudo transversal ou de prevalência ou, ainda, individuado-observacional-seccional, são investigações que produzem “instantâneos” de situação de saúde de uma população ou comunidade em um dado momento de tempo, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, medindo assim a suposta causa e efeito (FORATTINI, 1976; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006), daí ser o caminho adotado em nosso estudo.

A psicometria constitui-se em procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações. Trata-se de um tipo de medida em ciências

comportamentais, sendo uma das várias formas de medição em psicologia (PASQUALI, 1996; SILVIA, 2001).

A medida escalar se constitui em uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir, incluindo os testes psicológicos, os inventários, os questionários e as escalas (PASQUALI, 1996).

As escalas de avaliação da depressão ajudam na avaliação dos sintomas e na elaboração do próprio diagnóstico, além de auxiliarem o acompanhamento do paciente e o resultado dos tratamentos.

Segundo Spitzer e Endicott (1975 apud CALIL; PIRES, 1998) as primeiras escalas de avaliação datam do final do século passado, desenvolvidas nas ciências comportamentais e utilizadas em outras áreas do conhecimento, tais como, Psicologia e Educação. Em 1920, surgiram algumas escalas para avaliação de pacientes psiquiátricos hospitalizados. O início das terapias somáticas, na década de 1930, e da psicofarmacoterapia, na década de 1950, estimulou a necessidade de avaliar a eficácia desses novos tratamentos.

Segundo Maj e Sartorius (2005), as escalas de mensuração da depressão foram desenvolvidas na década de 60, principalmente para medir de forma mais objetiva e precisa as mudanças ocorridas durante a utilização dos fármacos.

Existem dois tipos de escala de mensuração: as de auto-relato e as de relatos por um observador. As duas apresentam pontos positivos e negativos.

As escalas de auto-avaliação apresentam algumas vantagens de uso em pacientes com transtornos do humor, pois os mesmos estão numa posição única para fornecer informações sobre seus sentimentos e humor. Em geral, essas escalas são econômicas por necessitarem de menor tempo da equipe de Saúde Mental para sua aplicação. Entretanto, as escalas de auto-avaliação têm desvantagens: sua confiabilidade é difícil de se analisar; a sua utilização pressupõe pacientes com certo grau de educação, cooperantes e sem uma psicopatologia grave. Além disso, muitos pacientes acham difícil a avaliação da gravidade dos seus sintomas. Dessas escalas de auto-avaliação, a mais utilizada é o Inventário de Depressão de Beck (CALIL; PIRES, 1998; MAJ; SARTORIUS, 2005).

Na atualidade não existe nenhuma escala de avaliação da depressão na gestação.

Por ser o Inventário de Depressão de Beck a mais utilizada, inclusive em alguns estudos, entre eles o de Holcomb et al. (1996), Mckee, Cunningham e

Jankowski (2001), Chung et al. (2001) no referido tema, optamos por utilizá-la em nossa pesquisa.

As escalas utilizadas para depressão, em geral, têm limitações importantes quanto à capacidade de detectar sintomas depressivos em mulheres no pós-parto. Um dos pontos é a inclusão de sintomas que são considerados reações fisiológicas normais do puerpério, como fadiga e distúrbios do sono e a exclusão de outros importantes para o diagnóstico da Depressão Pós-Parto (DPP), como os sentimentos ambivalentes em relação à criança, opressão pela responsabilidade de cuidar e dificuldade em revelar seus sintomas por receio de serem estigmatizadas, entre outros.

No Brasil, duas escalas para rastreamento de DPP foram validadas: O PDSS (Postpartum Depression Screening Scale), validada por Cantilino et al. (2007). Nesse estudo, 120 puérperas foram avaliadas (60 em um serviço público e 60 em um serviço privado). A PDSS apresentou sensibilidade de 94%, especificidade de 95%, valor preditivo positivo de 75% e valor preditivo negativo de 99%. Esta escala constitui-se em uma escala de avaliação tipo Likert, ou seja, contém itens com níveis de intensidade. Mensura através de 35 itens os sintomas com graus variados de intensidade. Os resultados confirmam sua validade na população brasileira para rastreamento de depressão pós-parto.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) é um questionário com 10 itens e tem sido amplamente utilizado em variadas culturas, demonstrando ser um instrumento útil para detectar mulheres sob risco de apresentar depressão pós-parto. Idealizada por Cox, em 1987, ela é de fácil aplicação e pode ser utilizada por profissionais de saúde de diversas áreas.

Nesse estudo, foi adotada a EPDS para o rastreamento da depressão pós-parto, principalmente por ela ter sido utilizada em vários estudos sobre o tema em questão, sendo atualmente a mais utilizada, possuindo tradução para onze idiomas e submetida a 27 estudos de validação em vários países, inclusive no Brasil.

Vale ressaltar que, embora úteis, esses instrumentos devem ser considerados complementos e não substitutos da entrevista clínica (CALIL; PIRES, 1998; MAJ; SARTORIUS, 2005). Por esse motivo os achados dessa pesquisa são considerados apenas como sinais sugestivos de depressão e não o diagnóstico fechado do quadro.

4.2 Local de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada primeiramente em um ambulatório de atenção pré-natal a gestantes de risco habitual e alto risco de um hospital geral universitário do município de Uberaba, no Estado de Minas Gerais, Brasil, atendendo exclusivamente pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde. Por ser um serviço de referência para gestantes de risco, recebe e assiste inclusive as cidades do entorno da região, e, por ser um hospital que atende uma grande variedade de gestantes e por ter uma equipe multidisciplinar nesse tipo de assistência, consideramos adequada sua escolha para o desenvolvimento da presente pesquisa.

O atendimento às gestantes de risco habitual eram realizados na terça-feira e na quinta-feira no período matutino e o atendimento às gestantes de alto risco eram feitos na quarta-feira e sexta-feira no período vespertino. As adolescentes recebiam um atendimento exclusivo na quinta-feira, na parte da manhã, sendo que gestantes dessa faixa etária não foram alvo da nossa pesquisa.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída por gestantes no terceiro trimestre, ou seja, aquelas que se encontravam com idade gestacional a partir de 28 semanas, que aceitaram participar da pesquisa, cujo projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO 1) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) no período de maio a julho de 2007. A abordagem foi feita de forma aleatória, indagando à própria paciente qual a idade gestacional, pois na instituição não havia controle de quantas pacientes estavam no terceiro trimestre de gestação. O cálculo da amostra não foi possível porque o único controle que existia na instituição era de quantas consultas estavam marcadas para o dia, mas não se sabia quais eram retornos e quais eram casos novos.

Posteriormente, entramos em contato via telefone com os sujeitos do estudo (agora puérperas), pelo fato de a grande maioria das pacientes serem de cidades vizinhas, sendo inviável a visita domiciliar. O contato era feito após 45 dias de puerpério até o primeiro ano de vida do bebê, evitando-se assim que os sintomas comuns desta época (que fazem parte do blues materno) fossem identificados

erroneamente como DPP, e, como descrito por The Marcé Society (2003) e Correia (2006), o período de até doze meses para identificação da DPP foi adotado nesse estudo.

Para a composição da amostra foram considerados os seguintes critérios:

- Falar e entender a língua portuguesa.
- Estar no terceiro trimestre de gestação.
- Idade igual ou superior a 18 anos.
- Estar orientada quanto ao tempo e espaço.
- Aceitar a participar da pesquisa.
- Não ter tido RN que faleceu.
- Participar de todas as fazes da coletas de dados na gestação e no puérperio.

No primeiro momento de coleta de dados na gestação tínhamos uma população de 151 gestantes, sendo que, no puerpério, essa amostra caiu para 54 puérperas. Imaginamos que a perda da amostra se deu porque a maioria das gestantes tinha apenas telefone celular e não fixo, que eram eventualmente trocados. No terceiro momento de coleta de dados, nos prontuários, perdemos mais 7 amostras, devido à falta de dados sobre os seus partos. Assim, a amostra final constituiu-se de 47 sujeitos.

Na primeira fase (durante a gestação) das pacientes inclusas no estudo, tivemos apenas 3 recusas e no puérperio tivemos mais 2 recusas em continuar participando da pesquisa; 3 pacientes tiveram perda de seus filhos, sendo excluídas automaticamente da pesquisa.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Utilizamos 5 instrumentos para a coleta de dados, descritos a seguir.

a) Questionário elaborado pela própria pesquisadora, aplicado às gestantes com 28 semanas, contendo informações sobre dados socioeconômicos, informações referentes à gestação em curso e história de patologias anteriores (APÊNDICE B).

b) Questionário elaborado pela própria pesquisadora, aplicado durante o puerpério contendo dados referentes aos cuidados e saúde do recém nascido (RN) e da puérpera (APÊNDICE C).

c) Inventário de Depressão de Beck (BDI - ANEXO 2), utilizado para identificar casos depressivos na gestação. Trata-se de um instrumento com 21 itens e utilizado para avaliar a severidade da depressão. Foi traduzido no Brasil por Gorenstei e Andrade (1998) e é um dos instrumentos mais aceitos para avaliar a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos e para detectar possível quadro depressivo em população considerada normal (MARCOLAM, 2002).

O escore total do Inventário de Depressão de Beck é derivado da soma da seleção feita pelo examinador para cada um dos 21 itens, lembrando que cada item consiste de um grupo de quatro declarações selecionadas na graduação de 0 a 3, permitindo o escore total máximo de 63 pontos. Os itens são referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisões, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somática e diminuição da libido.

Segundo Gorenstei e Andrade (1998) existem diferentes propostas de pontos de corte para distinguir o nível de depressão utilizando o Inventário de Depressão de Beck.

Segundo Beck et al. (1998) a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo.

São recomendados pontos de corte com diferentes valores entre amostras de pacientes com transtornos afetivos e amostras não diagnosticadas.

Segundo Mckee et al. (2001) o BDI é 86% - 100% sensível para detectar a depressão em pacientes da atenção primária quando se utiliza um escore de 11 ou mais. Os autores acrescentam que os estudos prévios usando o BDI na gravidez têm um desempenho satisfatório como um teste de seleção durante essa fase. Porém, alguma sobreposição de sintomas depressivos e os sintomas somáticos da gravidez (por exemplo, fatiga, mudança no sono ou apetite) conduz a um aumento do ponto de corte do BDI durante a gravidez.

Nós ajustamos o ponto de corte para 14, seguindo a recomendação de alguns autores (CHUNG et al., 2001; MCKEE el al., 2001; MARTINS, 2006) para as finalidades da presente pesquisa.

d) Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS - ANEXO 3) para identificar casos depressivos no puerpério. Trata-se de um instrumento de auto-registro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas. Seus itens cobrem sintomas (humor depressivo ou disfórico, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição do desempenho e culpa) este instrumento foi validado no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999) que demonstraram, com escore de 11/12, sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78%, mostrando sua maior utilidade em se tratando de encaminhamento para avaliação por profissional de saúde mental. Para a identificação de sintomas depressivos utilizamos o ponto de corte 11.

c) Planilha de coleta de dados, também elaborada pela pesquisadora, para coletar informações no prontuário referentes ao trabalho de parto, o RN e o puerpério imediato (APÊNDICE D).

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Dados sóciodemográficos

Idade: foi dada em anos completos de vida.

Cor da pele ou raça: auto-refrida, elaborados segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000). Categorizada em branca, preta (negro), amarela (japonesa ou chinesa), parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça;), vermelho (indígena) e outros. Porém, no nosso estudo, não encontramos referência a raça vermelha e outros.

Prática religiosa: auto-referida, categorizada conforme dados do IBGE (2000), em católicos, evangélicos, espíritas, sem prática religiosa e outros (tais como Espiritualista, Umbanda, Candomblé, Judaica, Budismo, as Religiões Orientais, Islâmica, Hinduísta, Tradições Esotéricas, Tradições Indígenas).

Escolaridade: essa variável foi categorizada em ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio completo e incompleto e ensino superior completo e incompleto.

Estado socioeconômico: utilizamos o critério de classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP, 2000 – ANEXO 4); o seu resultado é

obtido pela somatória das pontuações referentes ao nível de instrução do chefe de família, dos bens de consumo duráveis (automóveis, televisores, rádio, aspirador de pó, máquina de lavar, vídeo cassete e ou DVD, geladeiras e freezer), quantidade de banheiros existentes no domicílio e empregada doméstica mensalista. Dessa forma o nível socioeconômico foi classificado em A1, A2, B1, B2, C, D e E.

Situação Marital: primeiramente questionamos sobre a existência de um companheiro durante a gestação e o puerpério que, posteriormente, foi classificada em casada (união oficial), amasiada (união consensual), solteira, viúva (cujo companheiro quer seja de união oficial ou consensual, estivesse falecido) e separada (quer seja desquitado ou divorciada).

Situação profissional: situação profissional da gestante e do companheiro e que tipo de atividade exercia.

4.5.2 Dados clínicos

Gestação: número de gestações, partos e abortos (GPA), intercorrências durante a gestação, exames feitos e os resultados, patologias pré existentes à gestação (antecedentes familiares e pessoais de transtornos psiquiátricos) e o uso de medicação durante a gestação.

Trabalho de parto: idade gestacional durante o trabalho de parto (que posteriormente foi classificada em: a termo, pré-termo e pós-termo); dados sobre a admissão na maternidade (se chegou para a indução do trabalho de parto, se já estava em trabalho de parto, se chegou em expulsivo ou se foi admitida para a resolução da gestação por parto cesárea); bolsa rota à admissão, realização de analgesia (qual tipo de analgesia, quantos repiques foram feitos e a dilatação), aspecto do líquido aminiótico quanto a presença de mecônio (o mecônio foi diagnosticado por ocasião do trabalho de parto, quando da amniotomia, ou durante operação cesariana, independentemente da apresentação fetal e da quantidade identificada); uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, intercorrência durante o trabalho de parto, via de parto.

Puerpério*:* tipo de mamilo, trauma mamilar, dificuldade de amamentação e intercorrência durante o puerpério, dificuldades para cuidar do bebê.

Recém-nascido – RN*:* peso, estatura, APGAR, intercorrência no nascimento, internação, problemas de saúde apresentado após a alta, vacinas recebidas (que

posteriomente foi classificado de acordo com a idade da criança em completa ou incompleta); tipo de alimentação recebida (que foi classificada em adequada ou não adequada de acordo com a idade da criança), teste do pezinho.

4.5.3 Hábitos

Vícios*:* uso de álcool, fumo e drogas antes da gestação, durante a gestação e durante o puerpério e antecedentes familiares sobre os referidos vícios.
Lazer: tipo de atividade de lazer e a freqüência com que a mesma é realizada.

4.5.4 Dados psicossociais

Utilizamos questões abertas para classificarmos como as pacientes do nosso estudo eram apoiadas socialmente, para isso, questionamos sobre a importância do companheiro, se a mesma estava recebendo apoio emocional de alguém, se estava recebendo ajuda para cuidar da criança, dela própria e das atividades da casa e quem eram essas pessoas e, por último, questionamos se o sistema de saúde estava dando um suporte adequado.

4.5.5 Cuidados maternos

Refere ao tipo de cuidado prestado aos filhos tais como: amamentação, vacinação, levar ao pediatra, teste do pezinho, assadura.

4.6 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com 6 gestantes em situação semelhante as que participariam definitivamente da pesquisa, com a finalidade de treinamento para a pesquisadora, testes do questionário, compreensão das participantes em relação ao instrumento utilizado para coleta de dados e adequações necessárias ao desenvolvimento de todo o procedimento de coleta de dados.

Nesta fase da pesquisa identificamos a necessidade de alterar as etapas de procedimento de coleta de dados bem como pequenas adequações dos instrumentos que seriam utilizados.

A princípio, a fase de coleta de dados no puerpério iria ser feita por meio de visita domiciliar, como a grande parte das pacientes era de cidades do entorno, tornava-se inviável a visita domiciliar, e, se essas pacientes não participassem da pesquisa, teríamos uma grande perda de amostra, ficando assim definido que esse contato iria ser feito via telefone.

Outra mudança ocorrida foi no tempo de coleta de dados após o nascimento da criança, que era no 45º dia após o parto (no termo de consentimento e durante a primeira abordagem da paciente deixávamos o telefone de contato e pedíamos para elas entrarem em contato, falando do nascimento da criança, só que poucas pacientes entraram em contato), visto a inviabilidade de entrar em contato exatamente nesse dia, estabelecemos um período maior de tempo entre o 45º dia até 1 ano de vida da criança.

As pequenas mudanças ocorridas no questionário de coleta de dados constituíram-se em: antes de questionarmos sobre o estado civil, perguntamos se ela possuía um companheiro, pois muitas vezes a paciente tinha um companheiro que se configurava em um fator importante para a prevenção da depressão, como vem mostrando as pesquisas, e ser de estado civil solteira.

Outro dado que se fez necessário questionar foi sobre a história familiar de vícios, pois, na nossa proposta original, essa pergunta era relacionada apenas à paciente.

4.7 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por uma acadêmica de enfermagem devidamente treinada para esse fim

As gestantes que chegavam à consulta de pré-natal no ambulatório de pré-natal eram interrogadas sobre a sua idade gestacional, que eram confirmados pelos dados do cartão das gestantes, data da última mestruação (DUM) e ultrasonografia (USG), se as mesmas estivessem no terceiro trimestre de gestação, eram

convidadas a participar da pesquisa após a explicação do objetivo da mesma, as que concordavam em participar foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o consentimento em participar, as gestantes foram entrevistadas, por meio de um questionário contendo dados socioeconômicos, dados clínicos sobre os seus antecedentes pessoais, familiares e gestacionais bem como seus hábitos e seus suportes de apoio conforme referido anteriormente. Após a entrevista era fornecido à gestante o Inventário de Depressão de Beck, para auto-aplicação (após explicação da forma adequada de preenchimento pela pesquisadora). Após o término, lembrávamos as gestantes que entraríamos em contato com elas após o nascimento dos seus filhos.

No intervalo de tempo entre 45 dias e 1 ano de puerpério, entramos em contato via telefone com as mesmas pacientes que anteriormente eram gestantes e realizamos mais uma entrevista contendo dados sobre o puerpério, dados sobre o seu filho e seu suporte de apoio e, posteriormente, aplicávamos o EPDS, situação semelhante à pesquisa de Lee (2000), em que algumas pacientes não terminaram de preencher os questionários e a complementação foi realizada via telefone. Às pacientes que atingiam escore para depressão, aconselhávamos a procurar atendimento nos postos de saúde, visto que não tínhamos vínculo empregatício com nenhuma instituição de saúde.

Após a coleta de dados na gestação e no puerpério, buscamos dados sobre o trabalho de parto, do RN e do puerpério imediato no prontuário das pacientes.

4.8 Procedimento ético

Para garantir os princípios éticos da pesquisa, este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO B), conforme estabelecido pela portaria 196/96 (BRASIL,1996).

A cada sujeito da pesquisa foi solicitada sua colaboração, com esclarecimento dos objetivos da mesma, da forma de participação, do anonimato e liberdade de participação e, posteriormente, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.9 Procedimento de análise de dados

Para análise dos dados foi criado um banco de dados no Microsoft Office Access 2003, que possibilitou a descrição das informações.

Para análise estatística foi utilizado o modelo de regressão logística, segundo Homer e Lemeshow (2000), com o objetivo de quantificar a possível associação entre as variáveis: dados socioeconômicos, dados clínicos, hábitos e suporte social e a sua relação com depressão na gestação e no puerpério, apresentados em *odds ratios* (OR) brutos (variável resposta cruzada apenas com uma variável explicativa) e também *odds ratios* ajustados por todas as variáveis explicativas. Foi utilizado o software SAS/STAT 9.0 (2002) para a execução de tal procedimento.

Evidências de associação ao nível de 0,05 de significância podem ser observadas se o valor 1 não estiver contido nos intervalos de confiança.

As questões abertas foram lidas e agrupadas de acordo com as respostas semelhantes.

Para avaliar a influencia da depressão no trabalho de parto e parto e no RN foi utilizado o teste não-paramétrico para duas amostras independentes de Wilcoxon. Este teste tem como hipótese nula, que dois grupos foram extraídos da mesma população. Um pressuposto é que os dados apresentados sejam representados por uma variável contínua ou que atinja, pelo menos, um grau de mensuração ordinal. (SIEGEL, 1988).

Pelo fato do tamanho amostral ser pequeno, quando não houve empates entre as respostas, foi utilizada a versão exata do teste de Wilcoxon. Os resultados foram obtidos através do Software R (2005).

Para verificar evidências de associação entre os desfechos qualitativos e depressão na gestação foi utilizado o teste exato de Fisher.

4.10 Dificuldades encontradas

Encontramos algumas dificuldades para a realização dessa pesquisa, quanto à autorização para o desenvolvimento da mesma em alguns hospitais. Houve um longo prazo de espera para apreciação do projeto, em alguns deles, para depois uma resposta negativa e a contradição entre os responsáveis pelas questões éticas nesses hospitais e em ambulatórios específicos, inclusive, no sentido de

obedecerem às exigências para o encaminhamento final a um Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Enfim, foram vários os obstáculos encontrados até encontrarmos, finalmente, o hospital onde foi desenvolvido o estudo. Precisamos que responsáveis por locais com possibilidades de desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos recebam informações adequadas para soluções mais coerentes. Infelizmente, pesquisamos em um país com pouca tradição em pesquisa, e, particularmente a enfermagem, que tenta fazer pesquisas sérias nesses hospitais, com temáticas extremamente importantes, e têm dificuldades para sua aceitação, aparentando que a pesquisa vai ferir a instituição.

Por fim, a grande perda da nossa amostra se deve seja aos critérios de inclusão, às dificuldades gerais da própria questão logística, falta de recursos de um modo geral e, ainda, a nossa inexperiência enquanto pesquisadora, pois o Mestrado constitui no início de uma carreira de quem quer se dedicar a descobertas que possam ser traduzidas no bem estar e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil socioeconômico das mulheres sujeitos da pesquisa

Na tabela 1 apresentamos os dados socioeconômicos das gestantes participantes da pesquisa, obtidos através do questionário de informações gerais.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das mulheres sujeitos da pesquisa. Uberaba, 2007

Variáveis	[n]	(%)
Escolaridade		
Ensino fundamental completo e incompleto	26	55,32
> Ensino fundamental	21	44,6
Raça		
Branca	16	34,04
Outras raças (Parada e negra)	31	65,96
Religião		
Sim	43	91,49
Não	4	8,51
Companheiro(G)		
Sim	42	89,36
Não	5	10,64
Estado Civil		
Casada	15	31,91
Solteira	10	21,28
Amasiada	22	46,81
Classe		
B2 e C	30	63,83
D	17	36,17
Trabalha		
Sim	11	23,40
Não	36	76,60
Companheiro Trabalha		
Sem companheiro ou companheiro não trabalha	8	17,02
Sim	39	82,98

As participantes da pesquisa todas eram adultas ou seja tinham idade igual ou superior a 18 anos, mesmo assim ainda tivemos uma variação grande das idades apresentadas entre 18 e 41 anos, porém a média das idades foi de 26,60, com um desvio padrão de 7,11.

Com relação ao número de gestações tivemos uma variação de 1 a 8 gestações, sendo que a maioria eram primigestas com 38,30% da amostra, tendo uma média de 2,55 e um desvio padrão de 1,72, com uma média de 1,21 partos e um desvio padrão de 1,46 e a média de abortos apresentado pelas participantes foi de 0,34 e 0,76 de desvio padrão.

Como podemos ver na tabela 1 a maioria das participantes pertenciam a uma classe social mais baixa e com um nível de escolaridade baixa, o que confirma que a população atendida pela instituição de saúde tinha um nível socioeconômico baixo.

5.2 Prevalência da depressão

Os resultados obtidos através do BDI e do EPDS apontaram que das 47 pacientes participantes da pesquisa, 51,07% tiveram depressão em alguma fase do ciclo gravídico-puerperal, sendo que 42,55% apresentaram depressão na gestação e 29,79% no puerpério. Sua distribuição ao longo do ciclo gravídico-puerperal se deu conforme mostra a figura 1. Do total de pacientes 48,9% não apresentaram qualquer tipo de depressão ao longo da pesquisa, sendo que 21,3% apresentaram sinais de depressão só na gestação, 8,5% apresentou depressão só no puerpério e, 21,3 % apresentou depressão na gestação e no puerpério.

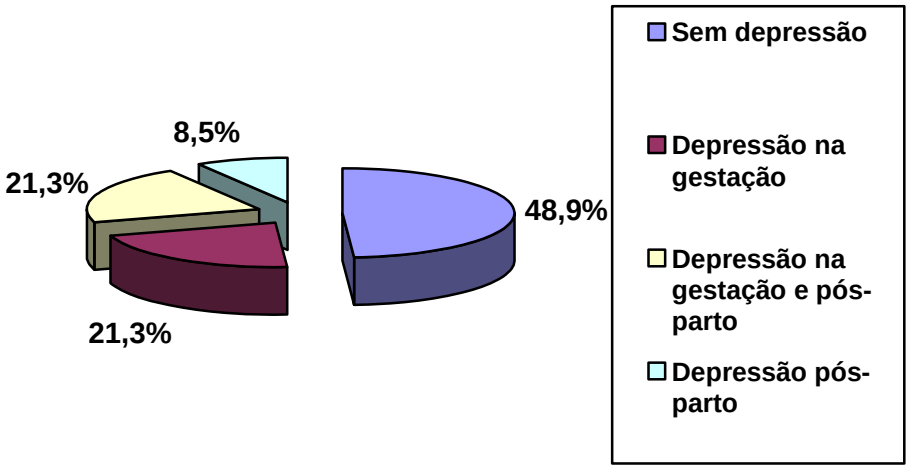

Figura 1 - Distribuição da Depressão no Ciclo gravídico-puerperal. Uberaba, 2007

Vale ressaltar que essa é uma população que não tinha diagnóstico anterior de depressão, então, podemos afirmar apenas que elas possuem sinais indicativos de depressão. No entanto, para facilitar a questão discursiva, decidimos utilizar a palavra depressão de maneira generalizada.

Segundo Rennó Jr. et al. (2006) esse tema tem sido cada vez mais pesquisado e ainda não há especificação para essa patologia na Classificação Internacional de Doenças, a não ser como diagnóstico de exclusão, no caso dos

transtornos relacionados ao puerpério, mostrando certo descaso relativo a depressão nessa fase da vida.

Como podemos ver, a depressão foi maior durante a gestação do que no puerpério, concordando com a afirmação de Vieira Filho (2006) e de Da Silva et al., (1998) que referem que as pesquisas recentes têm mostrado que a depressão no final da gestação é um pouco maior do que no puerpério. Porém, isso não é consenso, pois em um estudo realizado por Evans et al. (2001) mostrou que os sintomas depressivos são mais comuns ou mais severos após o parto do que durante a gestação.

Evidências sugerem que a depressão pós-parto pode ser parte ou continuação da depressão iniciada na gestação (RYAN; MILIS; MISRI, 2005).

Em um estudo realizado por Dayan et al. (2002), entre as gestantes pesquisadas 15% apresentaram sintomas sugestivos de depressão, resultado bem menor do que o encontrado em nossa pesquisa.

Em um estudo realizado por Baptista, Baptista e Torres (2006) com o objetivo de avaliar a associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, aplicando a escala de depressão de Edimburg, identificou-se que 29,5% delas apresentaram sintomatologia depressiva.

Dados próximos ao nosso apareceram em um estudo realizado por Mckee et al. (2001), que também utilizaram o Inventário de Depressão de Beck para identificar sinais de depressão em gestantes, essa pesquisa mostrou que 51% de sua amostra apresentava sinais sugestivos de depressão.

Com relação ao puerpério, em uma pesquisa realizada por Correia (2006) na cidade de João Pessoa, utilizando a Escala de Edimburgh, com um escore acima de 12 pontos identificou-se uma prevalência de 21,6 % de depressão pós-parto.

Outra pesquisa realizada por Saraiva (2007) no mesmo campo da pesquisa supracitada, utilizando também a Escala de Edimburg com escore igual ou superior a 11 pontos, identificou 32% das participantes com sintomatologia depressiva no pós-parto.

Moraes (2006) verificou uma taxa de 19,1% de depressão no pós-parto utilizando como instrumento de coleta de dados Escala de Hamilton (HAM-D). Da-Silva et al. (1998) identificou uma prevalência menor de 12% utilizando o EPDS.

Pesquisa realizada por Cox; Murray;Champman (1993), na Inglaterra, em uma população de 232 puerperas identificou 13,8% de casos depressivos no pós-

parto utilizando o EPDS. Já em um estudo realizado em Israel utilizando o mesmo instrumento identificou uma prevalência de 5,2% de depressão pós-parto (FISCH, 1997).

Segundo Vieira Filho (2006) a depressão no puerpério em países do primeiro mundo é em torno de 13% e nos países de terceiro mundo esse problema tende a ser bem mais freqüente, o que também foi mostrado no nosso estudo, visto que 29,79% tiveram sinais indicativos de depressão nessa fase da vida.

Dados diferentes do nosso foi encontrado em uma pesquisa realizada por Jadresic (1992) que verificou prospectivamente os transtornos emocionais na gravidez e no puerpério de 108 mulheres chilenas. Utilizando o Cuestionario de Selección de Depresión (CSD - 20) observou-se 35,2% de prevalência de transtorno emocionais na gestação e 48,1% quando investigados entre dois e três meses pós-parto.

Dados semelhantes ao de nossa pesquisa foram encontrados por (PATEL, 2002), que mostrou que 8% das mães que não tiveram a depressão pré-natal desenvolveram a depressão no período pós-parto, 22% apresentaram depressão na gestação e no puerpério e 23% apresentaram depressão apenas no puerpério.

A diferença entre as prevalências encontradas pode ser relacionada aos diferentes métodos de diagnósticos utilizados, nível econômico e cultural dos grupos estudados, ou seja, as diversas metodologias utilizadas.

5.3 Comparação entre mulheres com e sem depressão na gestação

5.3.1 Variáveis sociodemográficas

Podemos ver na tabela 2 que não foi encontrado nenhum dado sociodemográfico estatisticamente significativo, porém iremos discutir sinteticamente cada um dos tópicos.

Tabela 2 - Resultados da regressão logística das variáveis sociodemográficas em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Escolaridade						
Ensino fundamental completo e incompleto	14 (53,85)	12 (46,15)	0,58	1,39 (0,43;4,49)	0,32	2,69 (0,38;19,02)
> Ensino fundamental	13 (61,90)	8 (38,10)		Ref.		Ref.
Raça						
Branca	10 (62,50)	6 (37,50)	0,62	Ref.	0,49	Ref.
Outras raças (Parada e negra)	17 (54,84)	14 (45,16)		1,37 (0,40;4,72)		0,49 (0,07;3,65)
Religião						
Sim	25 (58,14)	18 (41,86)	0,75	Ref.	0,07	Ref.
Não	2 (50,00)	2 (50,00)		1,39 (0,18;10,80)		27,28 (0,77;971,77)
Companheiro						
Sim	26 (61,90)	16 (38,10)	0,11	Ref.	0,17	Ref.
Não	1 (20,00)	4 (80,00)		6,50 (0,67;63,42)		19,23 (0,28;>999,99)
Estado Civil						
Casada	9 (60,00)	6 (40,00)	0,87	Ref.	0,09	Ref.
Solteira	5 (50,00)	5 (50,00)		1,50 (0,30;7,53)		<0,01 (<0,01;0,60)
Amasiada	13 (59,09)	9 (40,91)		1,04 (0,27;3,96)		0,39 (0,06;2,52)
Classe						
B2 e C	18 (60,00)	12 (40,00)	0,64	Ref.	0,08	Ref.
D	9 (52,94)	8 (47,06)		1,33 (0,40;4,43)		7,17 (0,78;65,41)
Trabalha						
Sim	8 (72,73)	3 (27,27)	0,25	Ref.	0,11	Ref.
Não	19 (52,78)	17 (47,22)		2,39 (0,54;10,48)		8,28 (0,60;114,10)
Companheiro Trabalha						
Sem companheiro ou companheiro não trabalha	2 (25,00)	6 (75,00)	0,06	5,36 (0,95;30,18)	0,08	15,23 (0,76;307,26)
Sim	25 (64,10)	14 (35,90)		Ref.		Ref.

Quanto à escolaridade, podemos notar que as mulheres com menor escolaridade, ou seja, aquelas que tinham o ensino fundamental incompleto ou completo tiveram mais depressão, 46,15%, contra 38,10% daquelas que tinham pelo menos o ensino médio incompleto.

Alguns estudos também têm apontado a baixa escolaridade como fator de risco para o desenvolvimento da depressão (MARCUS et al., 2003; LOVISE et al., 2005; CHEN, 2005).

O acesso à educação exerce efeito direto sobre a saúde mental, pois aumenta a possibilidade de escolha na vida, melhorando a auto-estima e motivando atitude e comportamentos mais saudáveis (MURPHY et al., 1991).

No estudo realizado por Lovise et al. (2005), foi encontrado associação estatística significante entre a escolaridade e a depressão durante a gestação, o alto

nível de escolaridade, ensino médio e/ou universitário, mostrou-se protetor à saúde mental das gestantes.

Segundo Stuart e Laraia (2001) a saúde mental das mulheres negras é afetada por sua dupla condição de minoria, isto é, ser negra e ser mulher. Contudo, a incidência exata de depressão em mulheres negras não está clara e podemos somar a isso à questão de estar grávida, que pode contribuir ainda mais com esse aumento.

Ao relacionarmos a presença de sinais indicativos de depressão e raça, encontramos que 37,50% das gestantes brancas apresentaram depressão, para 45,16% de outras raças incluindo pardas e negras, o que mostra em nosso estudo que não pertencer à raça branca pode se constituir em fator de risco para a depressão, porém sem significância estatística.

Lovise et al. (2005), em um estudo com uma amostra de mulheres grávidas atendidas em um hospital público do Rio de janeiro, encontrou maior prevalência de depressão entre gestantes não-brancas (22,2%) quando comparadas às gestantes brancas (15,4%), porém também não foi um resultado estatisticamente significativo, como em nosso estudo.

Outros estudos também têm referido à questão de não pertencer à raça branca como fator de risco para depressão (Da SILVA et al., 1998; ZUCCHI, 1999; MCKEE; CUNNINGHAM; JANKOWSKI, 2001).

Pouco tem sido investigado sobre depressão na gestação e práticas religiosas. Encontramos apenas um artigo que mostrou maior prevalência de depressão entre as gestantes com alta religiosidade (JESSE et al., 2005). Dados diferentes do nosso, em que mulheres que tinham algum tipo de religião, 41,86%, apresentaram depressão, contra 50,00% das que não tinham práticas religiosas, destacando que no nosso estudo não utilizamos instrumentos para avaliar o grau de religiosidade, apenas foi questionado se elas tinham alguma religião.

Em um estudo realizado por Soeiro (2008) com o objetivo de determinar a prevalência de transtornos mentais em uma amostra de pacientes de um hospital geral e sua relação com a denominação religiosa e religiosidade, foi identificada a dimensão da intensidade da religiosidade, que se revelou modestamente associada à prevalência geral dos transtornos, especialmente ao transtorno bipolar. Ainda situações extremas (de muito ou reduzido envolvimento) relacionam-se a tal achado,

associando tanto a busca exacerbada quanto o afastamento da religiosidade com estados mentais alterados.

Concordamos com o trabalho supracitado, em que ter no que acreditar e confiar, tanto que seja de forma moderada, possa ser protetor para a saúde mental das pessoas.

Alguns estudos têm mostrado que não ter um companheiro na gestação é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (ZUCCHI, 1999; ANDERSON et al., 2004a), o que em nosso trabalho quase mostrou significância, visto que 80% das gestantes que não tinham companheiro apresentaram depressão contra 38,10% das que tinham companheiro. Porém ter um companheiro e não morar com ele também pode exercer um impacto negativo para a saúde mental da mulher (SEGUIN et al., 1995).

Felice et al. (2004) em seu estudo encontrou que ser solteira estava estatisticamente associado à depressão.

Lovise et. al. (2005) identificou maior prevalência de depressão entre as gestantes divorciadas ou viúvas, quando comparada com as gestantes casadas.

Em nossa pesquisa observamos que a depressão foi mais comum entre as gestantes solteiras já que 50% apresentaram depressão, sendo, portanto, menos comum entre as casadas (40%) e amasiadas (40,91%), como se observa na tabela 2, o que confirma os resultados das pesquisas citadas anteriormente.

Em um estudo realizado por Luo, Wilkins e Kramer (2004) com o objetivo de avaliar os riscos e as tendências de resultados adversos da gravidez entre mães amasiadas e casadas, concluiu-se que os resultados da gravidez de mães amasiadas são piores com relação às mães casadas, fator que está relacionado ao maior índice de nascimentos pré-termos, maior mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer, porém, esses resultados melhoram quando se comparam mãe amasiadas com relação às mães que vivem sozinhas.

Um dado importante que não foi avaliado em nosso estudo foi o suporte que essas mulheres recebiam de seus companheiros. Esse dado foi avaliado apenas no puerpério, visto que ele também é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, como mostra a pesquisa realizada por Mckee, Cunningham e Jankowski (2001) em que 51% de sua amostra apresentavam sinais sugestivos de depressão durante a gravidez, tendo sido utilizado como instrumento de coleta de dados o BDI, que mostrou que as mulheres grávidas deprimidas receberam menos

sustentação de seus companheiros do que as mulheres grávidas não-deprimidas.

Várias outras pesquisas têm mostrado que o apoio conjugal é um fator protetor para a saúde materna (SIMON et al., 1993; SEGUIN et al., 1995; MARCUS et al., 2000; PAJULO et al., 2001; FELICE et al., 2004).

Como mostra a tabela 2 as gestantes com uma menor renda, ou seja, pertencentes a uma classe social menos favorável foi fator de risco para depressão, visto que 47,6% que pertenciam à classe social D apresentaram depressão contra 40,00% das pertencentes a classe social B2 e C.

Esse resultado também é semelhante ao estudo realizado por Zucchi (1999), Pajulo et al. (2001), Meckee, Cunningham e Jankowski (2001), Lovise et al. (2005) e Chen et al. (2005) que apontam as dificuldades econômicas como sendo o fator de risco mais freqüentemente associado à depressão na gestação.

Seguin et al. (1995) mostrou que 46% das mulheres de baixo nível socioeconômico tiveram escores mais elevados no Inventário de Depressão de Beck quando comparado com 20% das gestantes pertencentes ao nível socioeconômico mais elevado.

Outros fatores que influenciam diretamente no poder de compra na classe social das pessoas são: se ela é empregada e se o seu companheiro possui emprego também.

Como podemos observar, não possuir emprego e o companheiro não ter emprego, constituiu em fatores de risco para o aparecimento de depressão em nosso estudo.

O mercado de trabalho protege as mulheres contra o isolamento, a monotonia do dia a dia, do baixo status, além de contribuir e aumentar o orçamento doméstico (WARR, 1987; BARTLEY; POPAY; PLEWIS, 1992; MACRAN, 1993).

Segundo Luís (1983) até meados do século XX os valores na mulher resumiam-se em casar, ter filhos, cuidar deles, dos maridos e dos afazeres de casa. Por uma série de circunstâncias, dentre elas os acontecimentos e situações provocadas pelas guerras mundiais, a mulher começou a perceber que era capaz de realizar outras tarefas e isso despertou nela outras necessidades, as quais deram origem a outros valores.

Dessa época em diante ela vem conquistando seu espaço na sociedade e no campo profissional ao lado do homem, e com isso ela obteve uma liberação afetiva e sexual que para suas antecessoras não era possível sequer imaginar, quanto mais colocá-las em prática.

Essas mulheres não conseguiram obter o “meio termo” nas suas ações impostas pelo desenvolvimento do contexto atual. Conscientes de suas dificuldades, ela sofre pela impossibilidade de conciliar inteiramente, e ao mesmo tempo, suas funções tradicionais e profissionais, sentindo-se culpadas frente ao marido, filhos e ambiente profissional, recriminando-se por sua incapacidade para conciliar todos os aspectos envolvidos nessa situação.

Frente ao acúmulo de tarefas a mulher está susceptível a uma série de crises internas podendo evoluir para um quadro depressivo.

Como podemos ver, essa questão referente ao emprego da mulher ainda não está bem esclarecido. Lee et al. (2004) em seu trabalho, não identificou associação estatística significante entre depressão e ocupação em gestantes. Já Lovise et al. (2005) encontrou uma maior prevalência de depressão entre as gestantes que trabalhavam eventualmente (25,90%) e entre as desempregadas (21,10%), quando comparada com as donas de casa (15,5%) e às que trabalhavam regularmente (20,6%), porém esses resultados não mostraram significância estatística.

5.3.2 Variáveis sobre dados clínicos obstétricos

Com relação às vaiáveis sobre dados clínicos obstétricos, apenas o número de gestação apresentou associação estatisticamente significante. A tabela 3 mostra esses dados.

Tabela 3 - Resultados da regressão logística das variáveis sobre dados clínicos em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Gestações						
<2	12 (44,44)	15 (55,56)	**0,04**	**3,75 (1,06;13,29)**	**<0,01**	**42,19 (2,88;618,09)**
>3	15 (75,00)	5 (25,00)		Ref.		Ref.
Doença						
Sim	8 (44,44)	10 (55,56)	0,16	2,38 (0,71;7,92)	0,07	4,21 (0,88;20,27)
Não	19 (65,52)	10 (34,48)		Ref.		Ref.

Continua

Continuação

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Doença psiquiátrica na Família						
Sim	5 (71,43)	2 (28,57)	0,42	Ref.	0,22	Ref.
Não	22 (55,00)	18 (45,00)		2,04 (0,35;11,81)		3,90 (0,44;34,57)
Uso de Medicação						
Sim	20 (60,61)	13 (39,39)	0,50	Ref.	0,15	Ref.
Não	7 (50,00)	7 (50,00)		1,54 (0,44;5,42)		3,30 (0,66;16,56)
Intercorrência na gestação						
Sim	13 (59,09)	9 (40,91)	0,83	Ref.	0,70	Ref.
Não	14 (56,00)	11 (44,00)		1,14 (0,36;3,62)		1,33 (0,32;5,57)

Em nosso estudo, como mostra a tabela 3, as pacientes que tiveram até duas gestações, apresentaram mais depressão na gestação quando comparada com as que tiveram 3 ou mais gestações.

É possível que os casos depressivos fossem mais freqüentes em pacientes com menor número de gestação pela dificuldade adaptativa ao novo papel de mãe e as novas exigências impostas a ela, ou seja, a falta da experiência precedente com maternidade.

Esse resultado é contrario ao estudo de Ryan, Milis e Misri, 2005, que afirmam que as mulheres que têm muitos filhos têm risco maior de apresentar depressão durante a gestação.

As gestantes foram questionadas ainda se tinham alguma doença, se tiveram alguma intercorrência e se tomavam alguma medicação. Essas variáveis foram analisadas juntas e destacamos que os dados obtidos foram considerados apenas pelas informações das mulheres, não sendo feitas buscas nesse sentido nos prontuários.

Consideramos como doença aquelas patologias pré-existentes antes da gestação e intercorrência, como algum problema materno ou fetal que ocorreu durante a gestação.

Com relação à doença, algumas mulheres referiram mais de uma, e a tabela que segue mostra as patologias referidas.

Tabela 4 - Distribuição das patologias pré-existentes a gestação, das mulheres sujeito da pesquisa. Uberaba, 2007

Tipo Doença (1)		
Nenhuma Doença	29	61,70
Luppus	1	2,13
Anemia	1	2,13
Hipertensão	2	4,26
Sinusite	4	8,51
HIV	2	4,26
Depressão	1	2,13
Sopro	1	2,13
Bronquite	2	4,26
Reumatismo	1	2,13
Toxoplasmose	1	2,13
Chaga	1	2,13
Hepatite B	1	2,13
Outra doença (2)		
Nenhuma doença ou nenhuma doença (2)	42	89,36
Gastrite	1	2,13
Depressão	2	4,26
Fobia	1	2,13
hipotireoidismo	1	2,13
Outra doença (3)		
Nenhuma doença ou nenhuma doença (3)	45	95,74
HIV	1	2,13
Sopro	1	2,13

Com relação às intercorrências, algumas mulheres também referiram mais de uma e a tabela que segue mostra as patologias referidas.

Tabela 5 - Distribuição das intercorrências apresentadas pelas mulheres sujeito da pesquisa durante a gestação. Uberaba, 2007

Variável	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)
Tipo Intercorrência		
Nenhuma intercorrência	25	53,19
Hidrocefalia	2	4,26
Infecção vaginal	1	2,13
Bolsa rota	1	2,13
Hipertensão gestacional	3	6,38
ITU	7	14,89
Descolamento de Placenta	1	2,13
Pré-eclampsia	2	4,26
Queda de bicicleta	1	2,13
Trabalho de parto pré-termo	2	4,26
Pancreatite aguda	1	2,13
Óbito de um dos fetos	1	2,13
Outra Intercorrência		
Uma intercorrência ou não tiveram intercorrência	43	91,49
Diabetes	1	2,13
CIUR	1	2,13
Miomatose	2	4,26

Quando cruzamos os dados sobre doença e depressão, percebemos que as pacientes que tiveram patologia apresentaram mais depressão com (55,56%) contra (34,48%) das que não apresentaram tal quadro.

Quando cruzamos os dados sobre intercorrência e depressão, percebemos que essa diferença foi bem menor e o inverso, visto que das pacientes que tiveram intercorrência, 40,91% apresentaram depressão contra 44,00% das que não apresentaram.

Tanto as patologias pré-existentes à gestação, quanto as que se desenvolveram ao longo dessa, podem tornar essa gestação de alto risco, acarretando tanto prejuízo para as mulheres quanto para o feto.

Como podemos ver na tabela 3, um fator que pode estar associado ao aumento da depressão nessa fase da vida são as gestações de alto risco. A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar disso, algumas gestantes, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentaram maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco", fazendo assim, parte desse grupo algumas patologias como trabalho de parto prematuro (TPP), placenta prévia, descolamento prematuro de placenta (DPP), amniorrexe prematura, diabetes gestacional e a hipertensão na gestação, dentre outras (BRASIL, 2000).

Esse é um achado um tanto óbvio, porque além das diversas mudanças fisiológicas, das alterações hormonais, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais, essas gestantes ainda são sujeitadas a vários procedimentos invasivos, internações, acompanhamentos mais freqüentes com os médicos, além da constante insegurança quanto ao futuro incerto da sua gestação.

Quanto às intercorrências na gestação, um questionamento surgiu: o que aparece primeiro, a depressão ou a intercorrência?

Então, em nossa busca na literatura, encontramos um estudo realizado por Kurki et al. (2000) que revelou a associação significativa entre depressão e eventos adversos na gravidez, tais como pré-eclampsia. Tal relação é explicada pelo fato de que a depressão e a ansiedade alteram a excreção de hormônios vasoativos ou de outros neurotransmissores, conduzindo assim a um risco aumentado para a hipertensão. Entretanto, os mecanismos bioquímicos precisos permanecem desconhecidos.

Em nossa pesquisa, 22 pessoas apresentaram intercorrência durante a gestação. Entretanto, não podemos afirmar quais apareceram primeiro, pelo fato de que o presente estudo foi realizado no terceiro trimestre de gestação, conforme seus propósitos, e não no primeiro trimestre, mais adequado caso se pretendesse detectar tais aspectos.

Tabela 6 – Distribuição das medicações utilizadas pelas gestantes. Uberaba, 2007

Variável	Freqüência Absoluta (n)	Freqüência Relativa (%)
Tipo Medicação		
Não está usando medicação	14	29,79
Corticóide	1	2,13
Sulfato ferroso	22	46,81
Polivitamínicos	2	4,26
Ácido fólico	1	2,13
Anti-hipertensivo	4	8,51
Antidepressivo	1	2,13
Anti-retovirais	1	2,13
Analgesico	1	2,13
Medicação 2		
Não estava utilizando medicação ou utilizava apenas uma	37	78,72
Sulfato ferroso	2	4,26
Polivitamínicos	1	2,13
Ácido fólico	2	4,26
Anti-hipertensivo	1	2,13
Anti-retroviarais	1	2,13
Hormônio tireoidiano	1	2,13
Broncodilatador	1	2,13
Antibiótico	1	2,13
Medicação 3		
Não estava utilizando medicação ou utilizava 1 ou 2	44	93,62
Antiácido	1	2,13
Antidepressivo	1	2,13
Insulina	1	2,13

Com relação à variável sobre uso de medicação e depressão, percebemos que 39,91% apresentaram depressão e 50,00% não apresentaram o quadro. A relação de medicamentos utilizados está apresentada na tabela 6. Um dado importante que percebemos é que nem todas as pacientes que referiram ter alguma doença, referiram à medicação utilizada. Além disso, podemos ver que entre as variáveis: doença, intercorrência e medicação, a variável doença foi a única que apresentou risco para a depressão. Isso pode ter acontecido pelo fato de que as pacientes que possuem depressão se vêem tão preocupadas com a sua saúde e,

assim, se consideram constantemente doentes, inclusive pelo cansaço físico e por toda a repercussão física que a depressão causa.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), Stuart e Laraia (2001), a hereditariedade constitui um fator significativo no desenvolvimento de um transtorno. Entretanto, o padrão de herança genética dá-se, evidentemente, através de mecanismos complexos, assim, não é possível excluir os efeitos psicossociais.

Em nossa pesquisa 7(14.89%) das gestantes afirmaram que em sua história familiar havia casos de pessoas com história de doença psiquiátrica.

Porém ao relacionarmos história familiar de doença psiquiátrica com presença de sinais indicativos de depressão, observamos que os dados de nossa pesquisa não houve associação, visto que apenas 2 das gestantes que tinham história familiar de doença psiquiátrica apresentaram sinais indicativos de depressão.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997) estudos têm revelado que a probabilidade de ter um transtorno do humor diminui à medida que se distância o grau de parentesco. O que pode ter acontecido no nosso trabalho, visto que não houve interrogação sobre o grau de parentesco das gestantes em relação aos parentes que tinham alguma história de doença psiquiátrica.

Outras hipóteses podem ser pelo suporte familiar e social dessas gestantes, visto que, além dos fatores genéticos, existem também os fatores psicossociais, influenciando no desenvolvimento de quadros depressivos e, também, pelo pequeno número de gestantes que tinham história familiar de doença psiquiátrica.

5.3.3 Variáveis sobre hábitos

Com relação às variáveis sobre os hábitos das gestantes e sua associação com a depressão, nenhum dado estatisticamente significante foi encontrado. A tabela 7 mostra esses resultados.

Tabela 7 - Resultados da regressão logística das variáveis sobre hábitos em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Lazer						
Sim	3 (37,50)	5 (62,50)	0,22	2,67 (0,56; 12,82)	0,08	5,60 (0,80; 39,08)
Não	24 (61,54)	15 (38,46)		Ref.		Ref.
Faz uso de Fumo						
Sim	5 (71,43)	2 (28,57)	0,42	Ref.	0,57	Ref.
Não	22 (55,00)	18 (45,00)		2,04 (0,35; 11,81)		1,91 (0,21; 17,57)
Faz uso de Álcool						
Sim	7 (63,64)	4 (36,36)	0,64	Ref.	0,80	Ref.
Não	20 (55,56)	16 (44,44)		1,40 (0,35; 5,64)		1,26 (0,20; 7,84)
História de Vício na Família						
Sim	18 (62,07)	11 (37,93)	0,42	Ref.	0,51	Ref.
Não	9 (50,00)	9 (50,00)		1,64 (0,50; 5,38)		1,60 (0,39; 6,56)

Alguns estudos têm relacionado o uso de álcool na gestação com problemas emocionais. Kelly, Zatzick e Anders (2001), em amostra de 186 gestantes, observaram que 70 (38%) delas tinham um diagnóstico psiquiátrico e/ou uso de substâncias psicoativas. Stewart, Psych e Streiner (1994), em uma amostra de 466 gestantes, encontraram que 106 (22,7%) tinham consumo regular semanal de álcool, com média de quase dois drinques e 38 (8,2%) apresentavam consumo de mais de sete drinques por semana. Dessas, 63,2% apresentaram morbidade psiquiátrica. Estudo realizado por Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) identificou a presença de diagnóstico de uso nocivo ou síndrome de dependência ao álcool e relacionou o fato à maior intensidade de sofrimento emocional das gestantes, ou seja, maior média de pontuação nas subescalas ansiedade, depressão e álcool.

Em uma pesquisa realizada por Andersson et al. (2004a), que avaliava os resultados da depressão e da ansiedade nos resultados obstétricos, identificou o fumo como, entre os fatores maternos associados com as desordens depressivas e/ou de ansiedade.

Segundo McCkee, Cunningham e Jankowski (2001), estar deprimido durante a gravidez coloca as mulheres em risco e aumenta a probabilidade de ficarem sujeitas a comportamentos adversos à saúde, como o uso do fumo.

Como mostra a tabela 8 podemos ver que uso de álcool e fumo em nosso estudo não foi fator de risco para a depressão, talvez pela pouca amostra existente e

pela pouca quantidade usada pelas gestantes. Vale ressaltar que nenhuma delas relatou o uso de drogas ilícitas.

Tabela 8 - Relação da quantidade de álcool e fumo usado pelas gestantes. Uberaba, 2007

Variável	Freqüência Absoluta (n)	Freqüência Relativa (%)
Quantidade de Fumo Gestação		
Não faz uso	43	91,49
20cig/dia	1	2,13
1cig/dia	1	2,13
3cig/dia	1	2,13
10cig./dia	1	2,13
Quantidade de Álcool Gestação		
Não faz uso	44	93,62
Socialmente	3	6,38

Bueno (1981) afirma que o lazer é uma necessidade social, cuja finalidade, dentre outras, é a de promover um relaxamento compensador do stress da sociedade e do desgaste físico e mental. No nosso estudo, apenas 8 (17,2%) das gestantes tinham alguma atividade de lazer. Destacamos que foram citadas como atividades de lazer ler livros, caminhada, ir ao cinema e passear com a família.

De acordo com Camargo e Bueno (2003) o lazer é compreendido como ocupação em que o indivíduo pode se entregar de livre e espontânea vontade, seja para repousar seja para se divertir, recrear e se entreter, ou, ainda, para cultivar o convívio social com os amigos e principalmente familiares, livrando-se das obrigações profissionais, familiares e/ou sociais.

De acordo com a nossa pesquisa, ter atividade de lazer e depressão não foi um dado significante. Não aparecendo como um dado protetor para a depressão na gestação. No entanto, uma pesquisa realizada por Araújo, Pinho e Almeida (2005) mostrou que as mulheres que não participavam de atividades regulares de lazer apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns (40.9%) do que aquelas que participaram regularmente de alguma atividade de lazer (31,6%).

5.3.4 Variáveis psicossociais

Em nosso estudo, as variáveis: gestação desejada e planejada foram analisadas separadamente, pois entendemos que possuem valores diferentes, visto

que a mulher pode não planejar a gestação, porém ao saber de sua gestação, ela passe a desejar o filho que virá. A tabela 9 apresenta esses dados.

Tabela 9 - Resultados da regressão logística das variáveis psicossociais em relação à depressão na gestação. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Gestação Planejada						
Sim	9 (60,00)	6 (40,00)	0,81	Ref.	0,84	Ref.
Não	18 (56,25)	14 (43,75)		1,17 (0,34; 4,06)		1,17 (0,26; 5,30)
Gestação Desejada						
Sim	27 (62,79)	16 (37,21)	**0,03**	-	-	-
Não	0 (0,00)	4 (100,00)		-		-

Pelo nosso estudo podemos constatar que ainda são poucas as pessoas que planejam a sua gestação, mesmo existindo inúmeros métodos contraceptivos, que muitas vezes são distribuídos nos postos de saúde de forma gratuita.

Em um estudo realizado por Messer et al. (2005) a depressão foi quatro vezes mais freqüente entre as gestantes que não planejaram a gestação. Todavia em nosso estudo, o não planejar a gestação não foi um fator de risco para depressão, e, a conseqüência do não planejar a gestação, tendo uma gestação indesejada foi fator de risco para depressão, visto que todas as pacientes que não desejaram a gestação apresentaram depressão.

Um outro estudo tentou encontrar uma relação entre a gravidez indesejada e o risco para depressão, mas os resultados foram pouco conclusivos (SCHMIEGE; RUSSO, 2005).

Nesse estudo, não interrogamos a gestante sobre o apoio que ela recebe durante a gestação, porém esse é um fator importante. É possível que pobreza e a falta da sustentação psicológica interagem sinergicamente influenciando a incidência da depressão no pré-natal.

5.3.5 Variáveis sobre dados clínicos no trabalho de parto

As Variáveis sobre dados clínicos no trabalho de parto são apresentados na tabela 10.

Tabela 10 - Contagem de depressão na gestação segundo diversos desfechos e teste exato de Fisher das variáveis sobre o trabalho de parto. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Semanas de gestação			
À termo	24 (88,89)	19 (95,00)	
Pré-termo	3 (11,11)	0 (0,00)	0,15
Pós-termo	0 (0,00)	1 (5,00)	
Admissão			
Indução	7 (25,93)	8 (40,00)	0,39
Trabalho de parto	12 (44,44)	8 (40,00)	
Expulsivo	0 (0,00)	1 (5,00)	
Resolução da gestação por via alta	8 (29,63)	3 (15,00)	
Bolsa rota à admissão			
Sim	8 (29,63)	8 (40,00)	0,54
Não	19 (70,37)	12 (60,00)	
Líquido amniótico meconiado			
Sim	1 (3,70)	2 (10,00)	0,57
Não	26 (96,30)	18 (90,00)	
Ocitocina			
Sim	13 (48,15)	15 (75,00)	0,08
Não	14 (51,85)	5 (25,00)	
Intercorrência no trabalho de parto			
Sim	2 (7,41)	7 (35,00)	**0,03**
Não	25 (92,59)	13 (65,00)	
Tipo de parto			
Normal	12 (44,44)	6 (30,00)	0,36
Fórceps	0 (0,00)	1 (5,00)	
Cesárea	15 (55,56)	13 (65,00)	

O termo da gestação é de 37 a 42 semanas (BRASIL, 2000), Como podemos ver na tabela 10 a maioria das gestantes que apresentaram sinais indicativos de depressão foram aquelas que estavam no termo da gestação, Cruz, Simões e Cry (2005) encontraram dados diferentes dos nossos, uma vez que observaram que a presença de depressão pós-parto foi mais comum nas pacientes que tiveram seu parto pós-termo (57,1%), quando comparadas com aquelas que deram a luz a termo (36,0%) ou pré-termo (36,4%).

Em um estudo realizado por Dayan et. al. (2002), das gestantes pesquisadas 15% apresentaram sintomas sugestivos de depressão e foi possível observar a associação entre depressão e ansiedade na gestação com trabalho pré-termo espontâneo.

Vários outros autores mencionam a associação entre depressão na gestação e trabalho de parto pré-termo (MONK et al., 1999; DA COSTA et al., 2000; PAJULO et al., 2001; CHUNG et al., 2001; FELICE et al., 2004; SÉGUIN et al., 1995).

Para Dayan et al. (2004), as desordens emocionais como a depressão envolvem o sistema límbico e desencadeia a ação de glicocorticóide que estimula a liberação de corticotropina responsável pela contração uterina e dilatação cervical. Essa hipótese é mantida pelo fato desse hormônio ser encontrado em grande quantidade no sangue materno e na placenta (HOBEL, 1999).

Segundo Neme (2000), ao se atingir o termo da gestação, surgem manifestações contraturais uterinas e outros sinais clínicos, que denunciam a instalação do parto (parto a termo). Durante o final da gestação, a mulher e o feto se prepararam para o processo de parto. O feto desenvolveu-se, preparando para a vida extra-uterina. A mulher submeteu-se a várias adaptações fisiológicas que a prepararam para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto representa o final da gestação e o começo da vida extra-uterina para o recém-nascido (LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

O início do verdadeiro trabalho de parto não deve ser atribuído a uma única causa, muitos fatores envolvidos, entre eles, as mudanças no útero, na cérvice e na hipófise da mãe. Os hormônios produzidos pelo hipotálamo e pelo córtex adrenal normal do feto podem contribuir para o início do trabalho de parto. A distensão uterina progressiva, a pressão uterina progressiva, a pressão intra-uterina aumentada e o envelhecimento da placenta parecem estar associados à crescente irritabilidade miometrial. É o resultado do aumento da concentração de estrogênio e de prostaglandinas e dos níveis diminuídos de progesterona. Os efeitos mutuamente coordenados desses fatores causam contrações uterinas fortes, regulares e rítmicas. Normalmente, o resultado do funcionamento conjunto desses fatores é o nascimento do feto e a expulsão da placenta (LOWDERMILK; FISHEL, 2002).

Segundo Camargo e Souza (2002), trabalho de parto é quando a gestante preenche um ou mais das seguintes condições:

- ⇒ Contrações uterinas rítmicas, não menos de 2 a cada 10 minutos e que se mantenha nesse ritmo por mais de 2h.
- ⇒ Colo uterino apagado e com mais de 3 cm de dilatação, acompanhada por uma atividade uterina similar à descrita a cima.
- ⇒ Associação entre ruptura de membranas e contratilidade uterina ativa.

Denomina-se indução do parto aquele que é iniciado mediante o uso de métodos artificiais. As induções podem ser classificadas em dois tipos: as terapêuticas e as eletivas. Na prática obstétrica, é comum a situação em que intercorrências maternas (síndrome hipertensiva, diabetes, gestação prolongada, corioamnionite, rotura prematura das membranas, entre outras) e fetais (restrição de crescimento fetal, malformações fetais, doença hemolítica perinatal e óbito fetal) sejam causas de induções de trabalho de parto. Essas são as denominadas induções terapêuticas. A indução eletiva, por sua vez, é aquela praticada por conveniência do obstetra e/ou da gestante. Porém, na nossa pesquisa, não houve induções eletivas, apenas terapêuticas, principalmente as por gestações prolongadas e rotura prematura das membranas.

No nosso estudo, foi denominado trabalho de parto expulsivo aqueles de parturientes que chegaram com dilatação total na maternidade e que foram encaminhadas diretas para o centro obstétrico.

Algumas das participantes foram encaminhadas do consultório direto para o centro obstétrico, para a resolução da gestação por via alto, pelo fato de o feto estar em sofrimento fetal ou o feto ser pélvico ou macrossômico.

A maioria das mulheres pesquisadas foi admitida em trabalho de parto (20 – 42,55%), seguida de 15 (31,91%) que foram admitidas para a indução do trabalho de parto devido à rotura prematura das membranas ou por idade gestacional de 42 semanas ou mais. Como mostrado na tabela 10.

Um fato bastante curioso encontrado em nossa pesquisa, foi que a única paciente que chegou em trabalho de parto expulsivo tinha sinais indicativos de depressão, como consta na tabela 10.

Segundo Falcone et al. (2005) as alterações do humor possivelmente dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-feto, o que dificulta a gestante perceber o desenvolvimento do feto e todas as suas reações frente aos estímulos sensoriais e afetivos. Talvez seja esse um dos motivos pelos quais a gestantes não foi capazes de identificar o início do seu trabalho de parto.

Vale lembrar que durante o trabalho de parto é de fundamental importância o controle rigoroso da freqüência cardíaca fetal (FCF), com o intuito de garantir o nascimento de uma criança em boas condições (BRASIL, 2003), sendo de grande importância o acompanhamento de todo o trabalho de parto por profissionais capacitados.

Em uma pesquisa realizada por Andersson et al. (2004a) que avaliava os resultados da depressão e da ansiedade nos resultados obstétricos, observou-se que as gestantes com sinais de depressão e ansiedade apresentaram como conseqüência aumento de cesáreas eletivas, analgesias epidural durante o trabalho de parto, trabalho de parto pré-termo e trabalho de parto mais prolongado, tendo assim uma associação entre desordens pré-natais depressivas e/ou de ansiedade e cuidados médicos aumentados.

O que também foi percebido em nosso trabalho, como mostram as tabelas 10 e 11 e o gráfico 1, as pacientes deprimidas utilizaram mais ocitocina e mais precocemente e ainda, tiveram uma duração do trabalho de parto maior e mais parto cesárea.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis sobre dilatação no momento da instalação da ocitocina, duração do trabalho de parto e sua relação com a depressão. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Não)			Depressão (Sim)			p-valor
	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3	
Dilatação quando foi instalado a ocitocina	0,00	0,00	2,50	1,00	0,00	3,00	0,47
Duração do trabalho de parto	2,00	0,00	3,50	3,00	2,00	6,25	0,19

Em nossa pesquisa, 28 das parturientes necessitaram de ocitocina, sendo que 19 delas não necessitaram do medicamento durante o trabalho de parto.

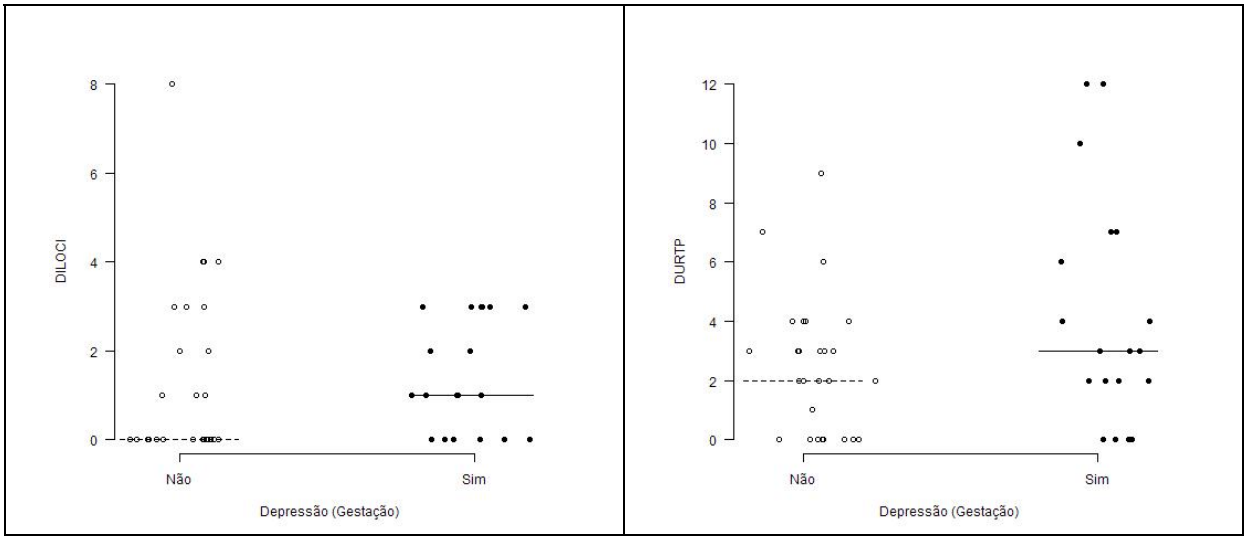

Gráfico 1 – Distribuição das variáveis sobre dilatação no momento da instalação da ocitocina, duração do trabalho de parto e sua relação com a depressão. Uberaba, 2007

Segundo Piotrowski (2002) a ocitocina pode ser utilizada tanto para a indução do trabalho de parto, quanto para reforçar aquele que evolui lentamente devido à inadequação das contrações uterinas. Relacionando a depressão com a utilização de ocitocina, verificamos que as parturientes que utilizaram tal droga foram as tinham mais sinais indicativos de depressão.

Na nossa planilha de coleta de dados, havia um tópico para preenchermos com respeito ao uso de analgesia, porém não é costume da referida maternidade fazer tal procedimento.

Dentre as várias técnicas de alívio da dor durante o trabalho de parto, a analgesia também tem a sua importância no sentido de bloquear as vias de condução da dor em diferentes níveis (CAMARGO; SOUZA, 2002).

O autor supracitado refere dois tipos de analgesia, a raquianestesia e a analgesia peridural. A raquianestesia, está indicada no final do primeiro período e durante o segundo período do trabalho de parto, pelo fato de que o relaxamento precoce da musculatura perineal, poderá retardar o trabalho de parto e prolongar muito o período expulsivo. A analgesia peridural contínua consiste da introdução de um cateter no espaço peridural para a administração intermitente de anestésicos locais ou opóceos. É, na maioria das vezes, a técnica de escolha, porque permite o

bloqueio seletivo das fibras dolorosas de acordo às diferentes fases do trabalho de parto, o que permite a colaboração da parturiente no período expulsivo.

Segundo Brasil (2003) a indicação para realização da analgesia de parto é a dor da parturiente. A dilatação é importante apenas para a escolha da droga e da dose a ser usada.

Outro dado que não foi possível avaliar foi a presença do acompanhante, pois onde foi realizado o trabalho é permitido a presença de um acompanhante, prática essa recomendada pela OMS (BRASIL, 2003) porém não havia registro sobre esse dado nos prontuários. Vale resaltar que o prontuário tem a função de contribuir com as pesquisas, sendo de fundamental importância que o mesmo tenha todos os dados relacionados à paciente, incluindo o acompanhante.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis sobre intercorrências no trabalho de parto. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Tipo de intercorrência no trabalho de parto			
Sem intercorrência	25 (92,59)	13 (65,00)	**0,01**
Sofrimento fetal	1 (3,70)	4 (20,00)	
Pré-eclampsia	0 (0,00)	3 (15,00)	
Rompimento de um vaso com grande perda de sangue	1 (3,70)	0 (0,00)	

A única variável que apresentou significância nos dados clínicos do trabalho de parto foi a intercorrência, sendo que, as gestantes que tiveram depressão, foram aquelas que apresentaram menor intercorrência durante o trabalho de parto. Isso pode ter acontecido pelo fato de que as gestantes depressivas, pelas suas constantes preocupações, podem ter procurado mais vezes o seu médico, identificando assim alguma alteração precocemente. As principais intercorrências constam dos dados apresentados na tabela 12.

5.3.6 Variáveis sobre dados clínicos do bebê

Quando pesquisamos nos prontuários se houve alguma intercorrência com o RN, observamos que 60% das pacientes que tinha depressão tiveram alguma intercorrência com seus recém-nascidos e, quando fizemos esse questionamento

para as mães, apenas 25% responderam positivamente, parecendo que elas se desligam de seus filhos, não se preocupando com eles e mostrando sua negligência com o bebê. A tabela 13 mostra esses dados.

Tabela 13 – Distribuição da Depressão na gestação com relação as variáveis sobre dados clínicos do bebê, segundo diversos desfechos e teste exato de Fisher. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
RN foi para a UCI			
Sim	1 (3,70)	1 (5,00)	0,99
Não	26 (96,30)	19 (95,00)	
Sexo			
Feminino	14 (51,85)	8 (40,00)	0,56
Masculino	13 (48,15)	12 (60,00)	
Intercorrência			
Sim	17 (62,96)	12 (60,00)	0,99
Não	10 (37,04)	8 (40,00)	
Nasceu Problema (respostas das mães)			
Sim	8 (29,63)	5 (25,00)	0,99
Não	19 (70,37)	15 (75,00)	
Internação			
Sim	7 (25,93)	2 (10,00)	0,27
Não	20 (74,07)	18 (90,00)	

Segundo Mckee, Cunningham e JankowskI (2001) estar deprimido durante a gravidez pode afetar indiretamente a sua prole.

Como podemos ver no nosso trabalho, a depressão durante a gestação esteve mais associada às intercorrências para o RN, quando comparada com aquelas que não tiveram depressão. As intercorrências mais freqüentes foram infecção, desconforto respiratório, cardiopatia, icterícia, vômitos freqüentes e ortolani positivo.

Estudo realizado por Andersson et al. (2004b) com a finalidade de avaliar os resultados e neonatais de gestantes com sinais de depressão e ansiedade mostrou que o resultado neonatal não se deteriorou apesar da saúde mental danificada das mulheres durante a gravidez.

Já Falcone et al. (2005) relata que alguns estudos recentes mostraram que a tensão da gestação estimula a produção de hormônios que atravessam a barreira placentária atingindo o organismo do feto e, alterando a própria composição placentária e do ambiente fetal, o que poderia ser a causa do aumento de intercorrências em RN.

Monk (1999) examinou os efeitos de respostas de estresse agudo e ansiedade materna na resposta fisiológica de batimento cardíaco fetal. As mulheres que foram submetidas à situação de estresse no terceiro trimestre de gravidez foram, posteriormente, divididas em dois grupos de acordo com o nível de ansiedade. O autor concluiu que, apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos de mães com baixo ou alto nível de ansiedade materna, os fetos das mães com alto nível de ansiedade tiveram altas taxas de batimentos cardíacos quando comparados aos fetos das mães de baixo nível de ansiedade durante a situação de estresse materno.

Tabela 14 – Distribuição da depressão na gestação com relação as variáveis peso, estatura e APGAR do primeiro e quinto minuto do recém-nascido. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Não)			Depressão (Sim)			p-valor
	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3	
Peso	2895,00	2725,00	3160,00	3365,00	3062,50	3646,25	**<0,01**
Estatura	49,00	47,00	50,00	50,00	49,00	51,00	**0,02**
APGAR1	9,00	8,00	9,00	9,00	8,00	9,00	0,82
APGAR5	9,00	9,00	10,00	10,00	9,00	10,00	0,40

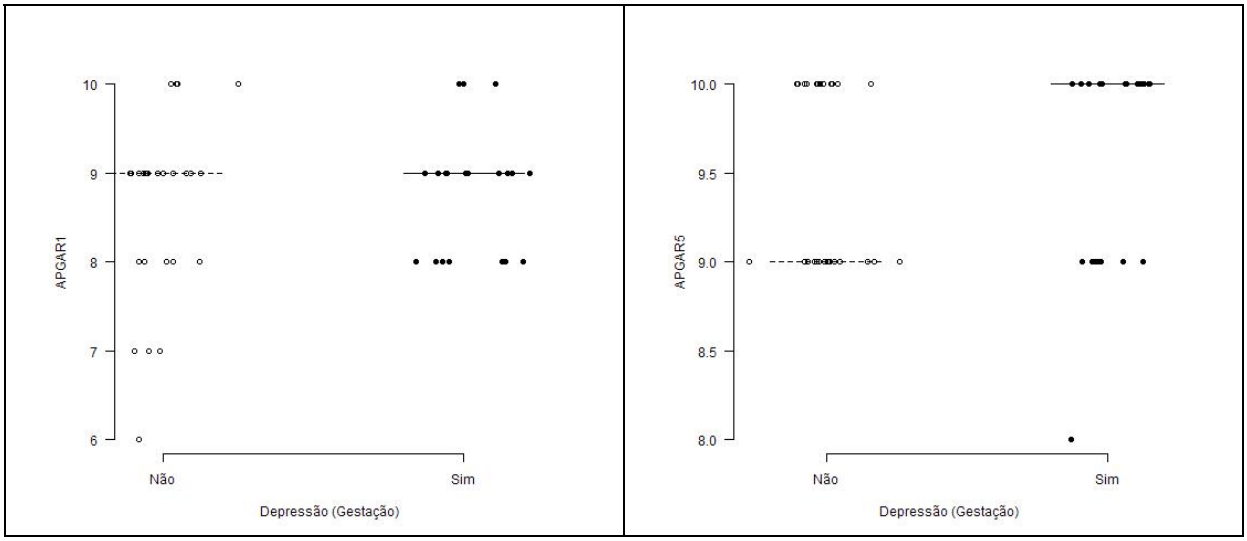

Gráfico 2. Distribuição da relação da depressão na gestação e o APGAR do primeiro e do quinto minuto do recém-nascido. Uberaba, 2007

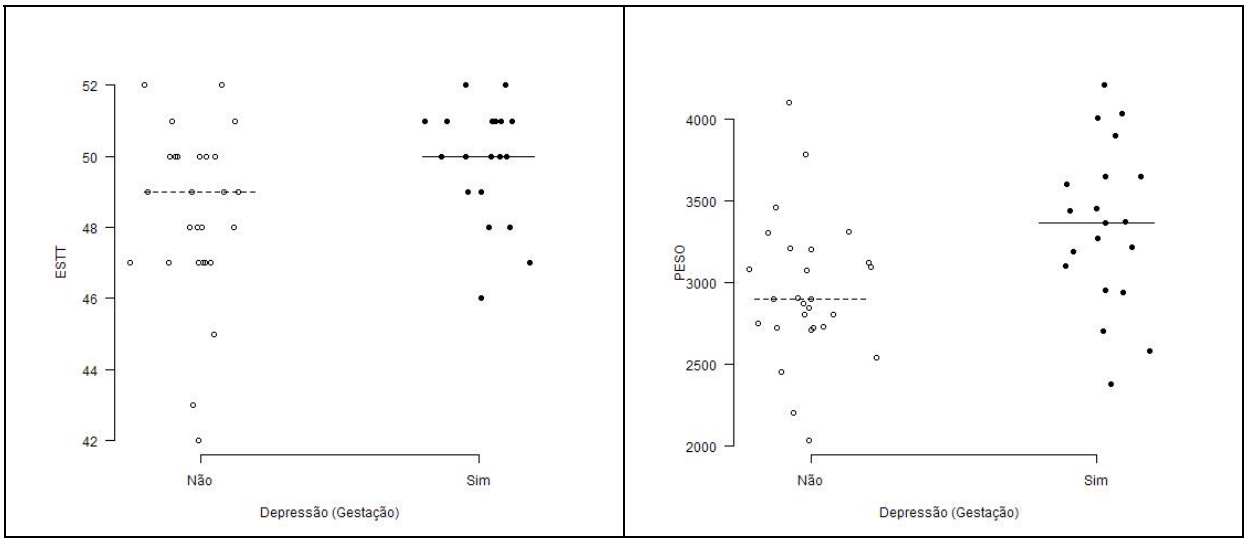

Gráfico 3. Distribuição da relação da depressão na gestação e estatura e o peso do recén-nascido. Uberaba, 2007

Segundo Hammond (2002) a avaliação inicial do neonato é feita ao nascer com a escala de Apgar, que permite uma rápida avaliação das necessidades de reanimação baseado em cinco sinais que indicam o estado físico do neonato, são eles: a freqüência cardíaca, a respiração, tono muscular, irritabilidade reflexa e cor.

Em uma pesquisa realizada por Cruz, Simões e Cry (2005), foi verificado que a presença de depressão pós-parto foi mais freqüente entre as mães de RN com Apgar menor que oito no primeiro minuto (60,0%), do que entre as mães cujos RN nasceram com Apgar maior que oito (33,3%).

Em outra pesquisa, realizada por Patel e Prince (2006), na Índia, foi concluído que as doenças psicológicas maternas estavam associadas com o baixo peso ao nascer.

Como podemos ver na tabela 14 e no gráfico 2, os RN de mulheres depressivas apresentaram melhores pesos, estaturas e Apgar, quando comparados aos RN das mulheres que não apresentaram depressão.

Em um estudo realizado por Ponirakis, Susman e Stifter (1998), com o objetivo de avaliar os resultados de medidas emocionais maternas (de traço e estado emocional), medidas biológicas e os resultados da reatividade do sistema nervoso autônomo do feto, particularmente, o tônus cardíaco, verificou-se que altos escores de emoções negativas, incluindo a ansiedade materna na 16º semana de gravidez, foram preditores de baixo tônus cardíaco do feto e de altos escores dos bebês no índice de Apgar medido ao 5º minuto. Esses achados contraditórios

mostram o efeito diferencial das emoções maternas na gravidez e no desenvolvimento do feto. Os autores levantaram a hipótese explicativa de que, embora a ansiedade se relacione ao baixo tônus cardíaco do feto no primeiro trimestre, ao mesmo tempo pode ser indicador de comportamento positivo materno relacionado à preocupação com a gravidez e decorrente de cuidados com a saúde, o que pode levar a melhores condições de nascimento do bebê, o que também pode ter ocorrido no nosso trabalho

5.3.7 Variáveis sobre dados no puerpério

A tabela 15 mostra os dados sobre as Variáveis sobre dados no puerpério.

Tabela 15 – Distribuição da relação da depressão na gestação e dados do puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Tipo de Mamilo			
Protuso	12 (44,44)	7 (35,00)	0,73
Semi-protuso	13 (48,15)	13 (65,00)	
Invertido	1 (3,70)	0 (0,00)	
Pseudo-invertido	1 (3,70)	0 (0,00)	
Trauma Mamilar (Durante a internação)			
HIV Positiva (não amamentou)	2 (7,41)	1 (5,00)	0,61
Sim	4 (14,81)	1 (5,00)	
Não	21 (77,78)	18 (90,00)	
Dificuldade de Amamentação (Durante a internação)			
HIV Positiva (não amamentou)	2 (7,41)	1 (5,00)	0,99
Sim	12 (44,44)	9 (45,00)	
Não	13 (48,15)	10 (50,00)	

Existem muitos fatores pelos quais a amamentação não é bem sucedida. De acordo com Brasil (2005) o medo de ficar eternamente ligada ao bebê, a preocupação com a estética da mama, o medo de não conseguir atender as necessidades do recém-nascido (RN) o medo do leite não ser bom o suficiente e as próprias incapacidades iniciais, como dificuldade de pegar o RN e condução da amamentação são os que mais aparecem.

A mulher passa por um longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho e como a gestação é um momento de preparo para que a mulher assuma uma nova responsabilidade, a de ser mãe, entende-se que o preparo para a amamentação deve ser iniciado ainda no período gestacional.

Brasil (2005) afirma que durante o pré-natal é importante conversar com a gestante sobre as vantagens da amamentação e sobre o seu manejo. Porém na nossa pesquisa não levantamos dados sobre informações sobre amamentação durante o pré-natal.

O sucesso do aleitamento materno também está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região do mamilo areolar.

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentadas ou em pé. O posicionamento deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe, assim facilitará a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

A pega correta do RN acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda a região mamilo areolar. Desse modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito capaz de proporcionar conforto para a mulher e adequado crescimento e desenvolvimento para a criança.

Como podemos ver em nosso estudo, as variáveis, trauma mamilar e depressão, não tiveram associação com a depressão na gestação.

Em um estudo realizado por Sousa, Pedrão e Clapis (2006) os RN das gestantes que tiveram sinais indicativos de depressão apresentaram mais dificuldades com a amamentação (40%) com relação às gestantes que não tiveram sinais de depressão (25%). E, nas puérperas que tiveram sinais indicativos de depressão durante a gestação, as dificuldades em amamentar estavam mais relacionadas com elas próprias, tais como o fato de não fazer a prega correta, enquanto as dificuldades nas mães que não tinham sinais indicativos de depressão durante a gestação, essas dificuldades estavam mais relacionadas com o RN, como sonolência e sucção débil.

Nosso estudo não foi capaz de avaliar esse dado, pois não havia registro no prontuário de qual era o tipo de dificuldade encontrada durante a amamentação.

5.4 Comparação entre mulheres com e sem depressão no puerpério

5.4.1 Variáveis sociodemográficas

Como podemos ver na tabela 16, sobre a distribuição das variáveis sociodemográficas em relação à depressão no puerpério, apenas as variáveis não ter religião e não ter o companheiro trabalhando foram significantes. Além disso, essa última variável foi significante apenas no OR Bruto.

Provavelmente tivemos pouca significância pela pequena amostra, porém, na tabela 16, podemos ver alguns dados, como menor escolaridade, a classe social mais baixa e não ter trabalho, como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão.

Como podemos ver, as condições menos favoráveis têm influenciado o aparecimento de sinais depressivos.

Dados semelhantes a esses foram encontrados na literatura, em que a menor escolaridade (INAND et al., 2002; CHAAYA et al., 2002; MORAES et al., 2006), a falta de emprego da puérpera (WARNER, 1996; INAND et al., 2002; CHAAYA et al., 2002), a falta de trabalho do companheiro (WARNER, 1996; PATEL, 2002) e o baixo poder econômico (INAND et al., 2002) foram fatores de risco para a depressão pós-parto (LEE et al., 2000; BECK, 2001; INAND et al. 2002; MORAES et al., 2006; PEREZ; CARRILLO; BARRA, 2007)

Certamente isso é um círculo vicioso onde menor escolaridade resulta em falta de trabalho e por sua vez resulta na classe social mais baixa. Isso pode gerar inquietações do tipo: como vou sustentar meu filho? Trazendo como conseqüência a ansiedade e depressão, por se sentir incapaz de sustentar a sua prole.

Porém, encontramos, em um trabalho realizado por Patel (2002), o emprego como fator de risco para a depressão no puerpério, atribuindo isso às inúmeras atividades ocupadas pela mulher, se sentindo assim atarefadas, com tantas atividades para serem administradas. Por esse motivo, independente do tipo de ocupação que ela assume, devemos questionar essa mulher, sobre quais são os seus sentimentos reais em relação ao seu estado empregatício e a criança que tem que cuidar.

Outros dados que se fazem importantes de serem analisados são os relativos à questão de não ser da raça branca, não ter companheiro e não ser casada, como

fatores de risco para Depressão Pós-Parto (DPP), mesmo não tendo significância estatística.

As questões referentes ao estado civil são bastante confusas. Alguns estudos apontam que ser casada é fator protetor para a depressão (BECK, 2001; TONNOUS, 2004), outros afirmam que é um fator de risco para a depressão (PEREZ; CARRILLO; BARRA, 2007).

Devemos, então, sempre questionar as mulheres no sentido de conhecer como elas se sentem com seus companheiros, pois, no nosso estudo, esse fator pode ter sido visto como um fator protetor, pelo fato dela ver no esposo uma relação estável, sendo um porto seguro, um sustento para ela e para o seu filho. Nos estudos em que ser casada constituiu um fator de risco, pode ser devido à violência doméstica, à agressividade e domínio do esposo sobre a mulher, entre outros problemas conjugais, sendo assim fatores que influenciaram favoravelmente no desenvolvimento de estados depressivos. É o que se vê no estudo realizado por Mattar et al. (2007), no qual a DPP estava estatisitcamente associada à violência doméstica sofrida após os 15 anos de idade. Mayor-Sotto e Piccinini (2005), Nayak e Al-yattama (1999) afirmam que problemas conjugais, um relacionamento conjugal pobre ou ausência de um confidente, estão fortemente associados com a depressão materna, sendo necessário avaliar a qualidade do relacionamento conjugal dessa mulher.

Na literatura, encontramos também a questão de não ser da raça branca como fator de risco para depressão (TONNOUS, 2004; Da SILVA et al., 1998). Como referimos anteriormente, não significa que a raça negra ou parda sejam mais expostas ao desenvolvimento de quadros depressivos, mas as questões impostas a esse grupo, como menores salários, menos oportunidades de emprego, racismos e preconceitos com relação a esse grupo, são fatores extremamente influentes.

Tabela 16 - Resultados da regressão logística das variáveis sociodemográficas em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Puerpério)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Escolaridade						
Ensino fundamental completo e incompleto	16 (61,54)	10 (38,46)	0,15	2,66 (0,69;10,20)	0,21	5,701 (0,38;86,28)
> Ensino fundamental	17 (80,95)	4 (19,05)		Ref.		Ref.
Raça						
Branca	12 (75,00)	4 (25,00)	0,61	Ref.	0,50	Ref.
Outras raças (Parada e negra)	21 (67,74)	10 (32,26)		1,43 (0,37;5,56)		0,42 (0,03;5,34)
Religião						
Sim	32 (74,42)	11 (25,58)	0,07	Ref.	**0,03**	Ref.
Não	1 (25,00)	3 (75,00)		8,73 (0,82;92,85)		92,75 (1,46;>999,99)
Companheiro(G)						
Sim	31 (73,81)	11 (26,19)	0,14	Ref.	0,55	Ref.
Não	2 (40,00)	3 (60,00)		4,23 (0,62;28,74)		0,21 (<0,01;32,81)
Companheiro (P)						
Sim	30 (75,00)	10 (25,00)	0,10	Ref.	0,10	Ref.
Não	3 (42,86)	4 (57,14)		4,00 (0,76;21,02)		16,98 (0,61;473,14)
Estado Civil						
Casada	12 (80,00)	3 (20,00)	0,28	Ref.	0,40	Ref.
Solteira	5 (50,00)	5 (50,00)		4,00 (0,68;23,51)		7,63 (0,06;>999,99)
Amasiada	16 (72,73)	6 (27,27)		1,50 (0,31;7,25)		5,70 (0,46;70,90)
Classe						
B2 e C	24 (80,00)	6 (20,00)	0,06	Ref.	0,12	Ref.
D	9 (52,94)	8 (47,06)		3,56 (0,96;13,13)		5,71 (0,62;52,94)
Trabalha						
Sim	9 (81,82)	2 (18,18)	0,34	Ref.	0,18	Ref.
Não	24 (66,67)	12 (33,33)		2,25 (0,42;12,09)		7,86 (0,40;155,56)
Companheiro Trabalha						
Sem companheiro ou companheiro não trabalha	3 (37,50)	5 (62,50)	**0,04**	**5,56 (1,11;27,89)**	0,054	44,16 (0,94;>999,99)
Sim	30 (76,92)	9 (23,08)		Ref.		Ref.

Vivemos em um país com uma grande religiosidade e crenças. O fato de ter algo a que se apegar e acreditar, incluindo, muitas vezes, os amigos que se encontram nas igrejas e nas comunidades, podem se constituir em fatores estimulantes de células que, por sua vez, vão estimular os neurotransmissores, como a serotonima, responsáveis pelo prazer e o bem-estar. Dessa forma, esses são fatores protetores para a depressão, visto que, no nosso estudo, ter religião foi

estatisticamente significante como proteção para a depressão, concordando, assim, com os dados do estudo realizado por Tonnous (2004).

5.4.2 Variáveis sobre dados clínicos obstétricos

Com relação às variáveis sobre dados clínicos obstétricos, apenas o fato de já ter tido depressão na gestação foi estatisticamente significativo, com risco de 5,75 vezes maior para aquelas mulheres que apresentaram depressão na gestação como podemos ver na tabela 17. Esses dados concordam com vários autores, como Forman (2000), Beck (2001), Lee et al. (2000), Patel et al. (2002) e Chaaya (2002), o que pode mostrar que a depressão no puerpério muitas vezes é uma continuação de uma depressão iniciada desde a gestação, sendo, assim, necessário uma tomada de providência o mais rápido possível para que essa não agrave mais ainda ou mesmo interfira na vida da criança, do pai e de toda a família.

Tabela 17 - Resultados da regressão logística das variáveis sobre dados clínicos obstétricos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Puerpério)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Gestações						
<2	21 (77,78)	6 (22,22)	0,19	Ref.	0,29	Ref.
>3	12 (60,00)	8 (40,00)		2,33 (0,65;8,34)		3,71 (0,34;40,97)
Doença						
Sim	11 (61,11)	7 (38,89)	0,29	2,00 (0,56;7,15)	0,72	0,69 (0,10;5,05)
Não	22 (75,86)	7 (24,14)		Ref.		Ref.
Doença psiquiátrica na Família						
Sim	5 (71,43)	2 (28,57)	0,94	Ref.	0,93	0,89 (0,08;10,18)
Não	28 (70,00)	12 (30,00)		1,07 (0,18;6,31)		Ref.
Uso de Medicação						
Sim	23 (69,70)	10 (30,30)	0,91	1,09 (0,27;4,31)	0,44	2,40 (0,26;22,08)
Não	10 (71,43)	4 (28,57)		Ref.		Ref.
Intercorrência na gestação						
Sim	16 (72,73)	6 (27,27)	0,72	Ref.	0,73	Ref.
Não	17 (68,00)	8 (32,00)		1,26 (0,36;4,42)		1,38 (0,22;8,57)
Depressão na gestação						
Não	23 (85,19)	4 (14,81)	**0,01**	Ref.	**0,02**	Ref.
Sim	10 (50,00)	10 (50,00)		5,75 (1,45;22,78)		**10,58 (1,49;74,98)**

Com relação ao número de gestações, observamos que as puérperas com mais do que duas gestações apresentaram maior risco de depressão, talvez pela preocupação da mãe em ter que cuidar de mais um filho, visto que todas não possuíam poder aquisitivo favorável e, a preocupação quanto o sustento e as inúmeras atividades, certamente geraram ansiedade de depressão. Estudos realizados por Forman (2000) e Perez, Carrillo e Barra (2007) mostraram que a paridade elevada foi fator de risco para a depressão, porém em outro trabalho realizado por Chaaya et al. (2002) esse dado não foi significante para a depressão. Porém, em um outro estudo realizado por Da Silva et al. (1998) foi identificada associação entre baixa paridade e depressão. Esse dado pode ter sido significante pelo fato da inexperiência gerar ansiedades e medos, levando a DPP.

Mulheres que tinham algum tipo de doença crônica antes de gestar apresentaram mais depressão quando comparadas àquelas que não tinham doença alguma. Isso se deu pelo fato de as condições precedentes relacionadas à saúde geral da mãe pode influenciar no aparecimento da DPP, pois as desordens médicas podem alterar ou interromper funções do neurotransmissor ou podem simplesmente atuar como um fator de força severo. Ambos os mecanismos podem predispor à depressão geral ou podem igualmente atuar na DPP.

Em um estudo realizado por Chaaya et al. (2002) observou-se também associação entre doença e depressão pós-parto**.**

Alguns estudos fizeram a associação entre DPP e história de depressão anterior à gestação (FORMAN, 2000; LEE et al., 2000; INAND et al., 2002; CHAAYA et al., 2002) porém no nosso estudo, esse fato não foi verificado, já que a única paciente que relatou ter história de depressão antes de gestar, não apresentou DPP.

Como uma das possíveis causas da depressão é a hereditariedade, questionamos sobre a história familiar de doença psiquiátrica, porém esse dado não foi significante, destacando que Inand et al. (2002) em seu trabalho encontrou significância.

Nosso estudo houve apenas uma pequena diferença entre mulheres que apresentaram intercorrência na gestação e aquelas que não tiveram depressão, resultado parecido com o estudo de Inand et al. (2002) em que problemas na gestação estavam relacionados à DPP.

5.4.3 Variáveis sobre hábitos

Essa variável também não mostrou nenhum dado estatisticamente significante, porém as pacientes que não tinham nenhuma atividade de lazer, que tinham história familiar de vício, que já fizeram uso de fumo e álcool ou que faziam (no presente) uso de álcool e fumo apresentaram maior índice de depressão. O uso de álcool não teve essa associação talvez pelo fato de que muitas delas falaram que faziam uso, mas socialmente, no máximo 1 copo de cerveja, nos finais de semana.

Um dado importante a ser ressaltado é que, durante a entrevista no puerpério, uma paciente foi questionada sobre o uso de fumo e respondeu que estava tão ansiosa no puerpério que aumentou o número de cigarros de uma para três cartelas por dia, mostrando que a ansiedade tende a preceder o uso do fumo, bem como o uso de álcool. As mulheres abusam de fumo e álcool para aliviar os sintomas de ansiedade, embora o caminho inverso possa ser verdadeiro, em que mulheres com abuso de vícios tendem a apresentar mais sintomas ansiosos (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Tabela 18 - Resultados da regressão logística das variáveis sobre hábitos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Lazer						
Sim	7 (87,50)	1 (12,50)	0,26	Ref.	0,11	Ref.
Não	26 (66,67)	13 (33,33)		3,50 (0,39;31,53)		8,38 (0,61;114,45)
Já fez uso de Fumo						
Sim	4 (57,14)	3 (42,86)	0,42	1,98 (0,38;10,30)	0,53	2,19 (0,19;24,86)
Não	29 (72,50)	11 (27,50)		Ref.		Ref.
Já fez uso de Álcool						
Sim	6 (54,55)	5 (45,45)	0,20	2,50 (0,61;10,20)	0,21	4,13 (0,45;38,04)
Não	27 (75,00)	9 (25,00)		Ref.		Ref.
História de Vício na Família						
Sim	20 (68,97)	9 (31,03)	0,81	1,17 (0,32;4,281)	0,66	1,52 (0,24;9,57)
Não	13 (72,22)	5 (27,78)		Ref.		Ref.
Faz uso de Fumo (Puerpério)						
Sim	3 (60,00)	2 (40,00)	0,60	1,67 (0,25;11,26)	0,16	27,46 (0,27;>999,99)
Não	30 (71,43)	12 (28,57)		Ref.		Ref.

Faz uso de Álcool (Puerpério)						
Sim	5 (83,33)	1 (16,67)	0,46	Ref.	0,44	Ref.
Não	28 (68,29)	13 (31,71)		2,32 (0,25;21,93)		3,50 (0,15;82,52)

5.4.4 Variáveis psicossociais

Podemos observar nessas variáveis alguns dados estatisticamente significativos, mostrados na tabela 19.

Interrogamos as puérperas no sentido do que achavam sobre a importância do companheiro e identificamos que apenas uma respondeu que o companheiro não era importante, sendo que essa não apresentou DPP.

Posteriormente, perguntamos porque o companheiro era ou não era importante, então, dividimos as respostas nas seguintes sentenças: importante para o filho; e importante para a mãe, e, podemos notar que, a maioria das respostas com dados significativos, referia que, para elas, o esposo era mais importante para ela do que para a criança, mostrando ser esse um período de muita fragilidade e de muita necessidade de um companheiro, não apenas que cuidasse do seu filho, mas, acima de tudo, que cuidasse dela.

Ilustramos com algumas falas das puérperas a necessidade que elas possuem de um companheiro:

> "Ajuda a mãe emocionalmente....."
> " é muito importante ter com quem dividir os sentimentos, a troca de afeto, é tão gostoso ter o companheiro por perto ....."
> ".... pra gente não ficar sozinha....."
> ".....nesse período a mulher precisa muito de apoio emocional".

E algumas falas, que mostram a importância para o filho:

> " ..... é uma referência para os filhos
> " ajuda a criança a presença do pai ...."

Tabela 19 - Distribuição da importância do companheiro para as puerperas. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Pruérpio)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Companheiro Importante			
Sim	32 (96,97)	14 (100,00)	0,99
Não	1 (3,03)	0 (0,00)	

A única paciente que respondeu que o companheiro não era importante referiu que, na visão dele, o esposo dá muito trabalho.

Tabela 20 - Resultados da regressão logística das variáveis psicossociais em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Gestação)		p-value	IC 95%	p-value	IC 95%
	Não [n(%)]	Sim [n(%)]		OR Bruto		OR Ajustado
Porque o companheiro é importante.						
Para a mãe	25 (65,79)	13 (34,21)	0,20	4,16 (0,47;36,92)	**0,04**	27,28 (1,17;633,74)
Para o filho	8 (88,89)	1 (11,11)		Ref.		Ref.
Gestação Planejada						
Sim	13 (86,67)	2 (13,33)	0,11	Ref.	0,24	Ref.
Não	20 (62,50)	12 (37,50)		3,90 (0,75;20,34)		3,31 (0,44;24,75)
Gestação Desejada						
Sim	32 (74,42)	11 (25,58)	0,07	Ref.	0,55	Ref.
Não	1 (25,00)	3 (75,00)		8,73 (0,82;92,85)		2,54 (0,12;52,77)
Recebe Apoio						
Sim	30 (76,92)	9 (23,08)	**0,04**	Ref.	0,56	Ref.
Não	3 (37,50)	5 (62,50)		**5,56 (1,11;27,89)**		0,24 (<0,01;28,74)
Apoio Esposo						
Sim	24 (80,00)	6 (20,00)	0,06	Ref.	0,11	Ref.
Não	9 (52,94)	8 (47,06)		3,56 (0,96;13,13)		19,77 (0,50;785,87)
Apoio Parentes						
Sim	22 (81,48)	5 (18,52)	0,06	Ref.	0,15	Ref.
Não	11 (55,00)	9 (45,00)		3,60 (0,97;13,36)		17,38 (0,35;869,42)
Apoio Amigos						
Sim	2 (66,67)	1 (33,33)	0,89	1,19 (0,10;14,33)	0,42	6,67 (0,07;644,09)
Não	31 (70,45)	13 (29,55)		Ref.		Ref.
Recebe Ajuda						
Sim	27 (79,41)	7 (20,59)	**0,03**	Ref.	0,32	Ref.
Não	6 (46,15)	7 (53,85)		4,50 (1,14;17,73)		13,003 (0,09;>999,99)
Ajuda Esposo						
Sim	18 (90,00)	2 (10,00)	**0,02**	Ref.	0,33	Ref.
Não	15 (55,56)	12 (44,44)		7,20 (1,39;37,35)		4,93 (0,20;124,22)
Ajuda Parentes						
Sim	13 (68,42)	6 (31,58)	0,82	1,15 (0,32;4,10)	0,20	26,86 (0,18;>999,99)
Não	20 (71,43)	8 (28,57)		Ref.		Ref.
Suporte SUS						
Sim	30 (71,43)	12 (28,57)	0,60	Ref.	**0,02**	Ref.
Não	3 (60,00)	2 (40,00)		1,67 (0,25;11,26)		**100,38 (2,11;>999,99)**

Como falamos anteriormente, as variáveis de gestação desejada e planejada foram analisadas separadamente, mas nenhuma delas apresentou significância para a depressão no puerpério, talvez pelo fato de que após ver o seu filho, passou a desejá-lo. Porém, podemos notar diferença entre mulheres que planejaram a

gestação com relação à depressão, visto que 37,50% das que não planejaram, tiveram sinais depressivos, contra 13,33 das que planejaram sua gestação. Quando nos referimos à gestação desejada e DPP, este número ainda é maior, como podemos ver na figura 2, o que mostra que cuidar do que não se deseja, pode gerar descontentamento e ser fator de risco para a depressão.

Alguns estudos analisaram essas variáveis juntas, como é o caso de Beck (2001) e mostrou associação entre essas vaiáveis e depressão no puerpério.

Outros estudos avaliaram apenas a variável gravidez planejada e mostraram associação entre o não-planejamento da gestação e a DPP (WARNER, 1996; PATEL et al., 2002; INAND et al., 2002)

Encontramos também no estudo realizado por Chaaya et al. (2002) que planejar a gestação e DPP não foi um dado significativo.

Correia (2006) fez uma análise parecida com o nosso trabalho, analisando separadamente gestação planejada e desejada, porém obteve resultados diferentes apenas onde a gestação não planejada teve influência estatisticamente significante para DPP e a gestação não desejada não apresentou influência estatisticamente significante para DPP.

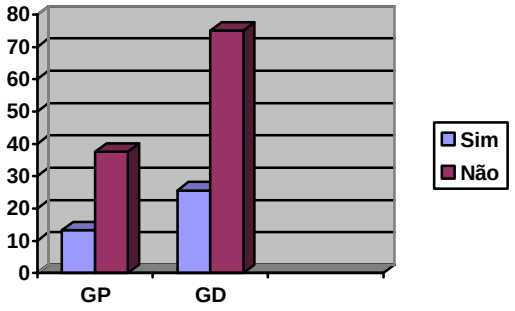

Figura 2. Diferença entre os grupos de mulheres que planejaram e que desejavam a gestação com a depressão pós-parto

Questionamos as puérperas se elas recebiam apoio e observamos que a maioria das puérperas respondeu que tinham companheiro e eles eram importantes para elas. Por outro lado ao responder a esse questionamento, percebemos que 8 pacientes responderam que não receberam apoio de ninguém. E esse foi um dado estatisticamente significativo, destacando, também, que as puérperas que não recebiam apoio tiveram maior probabilidade de desenvolver um quadro depressivo.

Após perguntar sobre se recebia apoio, questionávamos de quem elas recebiam esse apoio, que posteriormente foi dividido em apoio do esposo, dos parentes e dos amigos. Notamos que nenhum desses dados foi significante, mas merecem algumas considerações. Os amigos foram aqueles que menos deram apoio as puérperas, porém esse não foi um dado tão importante para o aparecimento de depressão. No entanto, os dados referentes ao apoio dos parentes e do esposo, foram bastante relevantes, mostrando que a família é uma peça chave para amenizar o sofrimento da mulher no puerpério, visto que 47,06% das puérperas que não tinham apoio do esposo apresentaram depressão e que 45,00% das puérperas que não tinham apoio da família apresentaram depressão.

Um estudo realizado por Moraes et al. (2006), observou que o apoio do pai foi um fator protetor para o aparecimento da depressão, dado semelhante ao nosso.

Questionamos também se as puérperas recebiam ajuda para cuidar da criança e dos afazeres domésticos. Com esses dados podemos notar que infelizmente esses afazeres continuam sendo de responsabilidade da mulher e esse acúmulo de atividades, como mãe, esposa, doméstica, é muita responsabilidade, podendo ser um fator contribuinte para o aparecimento de depressão, visto que aquelas mulheres que não tiveram ajuda, tiveram associação com a depressão.

Podemos notar também na tabela 20 o quanto a ajuda do esposo é importante, pois, aquelas puérperas que não tiveram ajuda dos seus esposos, tiveram associação com depressão.

Com esses dados notamos o quanto o suporte social é protetor para a depressão e a falta do mesmo é um risco para a depressão, concordando com os estudos realizados por (FORMAN, 2000; NAND et al., 2002).

Com relação ao suporte do SUS, podemos observar que aquelas que tiveram menor suporte tiveram maior probabilidade de adoecer, sendo um dado significante, ou seja, houve associação entre depressão e menor suporte do SUS. Em um estudo realizado por Inand et al. (2002), também foi identificada a falta de serviço de saúde como fator de risco para a depressão.

Depois perguntávamos o porquê de elas acharem que o SUS dava suporte ou não e, as respostas seguem, segundo suas próprias falas:

> "...Recebi muito apoio do médico..."
> "...Me trataram muito bem...."
> "...As enfermeiras esclareceram as minhas dúvidas..."

"...Não tenho do que reclamar, todos foram muito bom comigo..."

Outras reclamaram falando:

"...As consultas são muito rápidas..."
"...Tem muito tumulto..."
"...Tive um mal atendimento..."
"...Demora no atendimento..."

Devemos destacar que a maioria do suporte do SUS percebido pelas puérperas era a nível hospitalar, quando eram interrogadas sobre os Postos de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde, elas reclamavam muito, relatando que não havia profissional, que as marcações de consultas eram difíceis, tinha muita fila e quando as consultas eram marcadas iria demoravam muito tempo. A menor reclamação era em relação às consultas com o pediatra no "postinho".

Realmente esse problema ficou bem claro, pois inúmeras vezes as puérperas ligavam na minha casa querendo ter com quem conversar, pois estavam se sentindo muito tristes e sozinhas, mostrando realmente a falta de assistência. Durante as entrevistas, elas falavam: "só vocês mesmo para nos ouvir, porque não tem ninguém que faça isso".

5.4.5 Variáveis sobre dados no puerpério

Dados sobre as variáveis no puerpério são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 21 - Resultados das variáveis sobre dados no puerpério em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Pruérpio)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Tipo de mamilo			
Protuso	10 (30,30)	9 (64,29)	0,15
Semi-protuso	21 (63,64)	5 (35,71)	
Invertido	1 (3,03)	0 (0,00)	
Pseudo-invertido	1 (3,03)	0 (0,00)	
Trauma Mamilar			
HIV positiva (não amamentou)	1 (3,03)	2 (14,29)	0,08
Sim	8 (24,24)	6 (42,86)	
Não	24 (72,73)	6 (42,86)	
Apresentou Problema Saúde no puerpério			
Sim	15 (45,45)	8 (57,14)	0,53
Não	18 (54,55)	6 (42,86)	

Com relação às variáveis sobre dados no puerpério, observamos que nenhum dado foi significativo como mostra a tabela 21.

Porém quando analisamos o grupo de puérperas com depressão e puérperas sem depressão, observamos que aquelas que tinham sinais de depressão tiveram mais trauma mamilar com 42,86% contra 24,6% das que não tiveram depressão. Vale ressaltar que o tipo de mamilo das mulheres com depressão não era desfavorável, ou seja, não eram aqueles que dificultavam a amamentação e favorecem os traumas mamilares, visto que todas as puérperas depressivas tinham mamilos do tipo protuso e semi-protuso, como mostra a tabela 21.

Podemos notar também que as puérperas com depressão tiveram mais problemas de saúde, mesmo essa diferença sendo mínima, concordando com o trabalho realizado por Patel (2002), no qual se mostrou que as puérperas depressivas tiveram mais consultas médicas.

5.4.6 Variáveis sobre cuidados maternos

Levando em consideração que um dos sintomas da depressão pós-parto é o desanimo persistente, supomos que as atividades de cuidado com seu bebê, tais como vacinação e consulta ao pediatra, poderiam ser negligenciadas, porém no nosso estudo essa hipótese não se confirmou visto que todas as mães participantes levaram seus filhos para vacinar e ao pediatra, tinham feito o teste do pezinho, seus filhos não apresentaram mais assadura e também não apresentaram maior dificuldade para amamentar.

Mas um dado que chamou bastante atenção foi que a alimentação dos bebês das mães depressivas estava mais de acordo com a idade do bebê, visto que 78,57% das mães depressivas tinham uma alimentação adequada, contra 54,55% das que não eram depressivas. Esse dado se pode ter ocorrido pelo fato de que a ansiedade gerada pela depressão levou a mãe a uma preocupação maior, e, a única forma de atenuar sua ansiedade, foi cuidar mais vezes do seu filho.

Em um estudo realizado por Francisco et al. (2007), com o objetivo de criar um modelo explicativo do comportamento parental das mães deprimidas, verificou-se que as elas enfrentavam diariamente uma série de preocupações e dificuldades em virtude da depressão que sofreram, levando a que estas estabelecessem com a

criança uma relação de proximidade e exclusividade, de forma a conseguir resolver e atenuar as suas preocupações.

Os dados sobre cuidados, observados em outros estudos, não foram conclusivos de um modo geral e, em alguns, como nos dados de Da Silva et al. (1998) Chaaya et al. (2002) podemos ver que a amamentação não foi significante Já em outro estudo, a depressão teve associação com problemas relacionados a amamentação (PATEL et al., 2002).

Com relação aos cuidados do bebê, em um estudo realizado por Inand et al. (2002), mostrou-se que as mães depressivas tinham maior dificuldade para cuidar do bebê, dado este que não foi significativo em nosso trabalho.

Um estudo realizado por Medeiros e Furtado (2004), com o objetivo de avaliar a relação de DPP e cuidados maternos prestado ao bebê, identificou-se que as mães que já não amamentavam ao seio apresentaram escores mais elevados de depressão e que algumas variáveis relacionadas a eventos de saúde, tais como febre, assadura, cólica, acidentes e não dar remédio, foram mais freqüentes no grupo em que as mães apresentavam um escore mais elevado para a depressão.

Sabemos que nem os cuidados demasiados e nem a negligência do cuidado é benéfico para a saúde mental e física da criança. Seria importante levantarmos a partir de qual escore esses cuidados se tornam demasiados ou negligenciados. Como a nossa forma de análise e os trabalhos encontrados na literatura não fizeram análise a partir do escore de depressão e sim se tinham ou não depressão, não podemos tirar conclusões exatas, mas, podemos supor que escores mais leves de depressão cause o cuidado excessivo. Já nos escores mais elevados ou nas depressões mais graves, onde a mulher não tem mais forças para nenhuma atividade, esses cuidados sejam negligenciados.

Quando analisamos quais foram as crianças que apresentaram mais problemas de saúde após a alta hospitalar, percebemos que, quando comparamos o grupo que tinham depressão com os que não tinham, essa proporção era de 50,00% e de 30,00% respectivamente. Assim as crianças de mães depressivas tiveram mais problemas de saúde, concordando com o estudo realizado por Inand et al. (2002).

Tabela 22 - Resultados das variáveis sobre cuidados maternos em relação à depressão no puerpério. Uberaba, 2007

Variável	Depressão (Pruérpio)		p-value
	Não [n (%)]	Sim [n (%)]	
Dificuldade de Amamentação (Após a internação			
HIV positiva (não amamentou)	1 (3,03)	2 (14,29)	0,10
Sim	9 (27,27)	1 (7,14)	
Não	23 (69,70)	11 (78,57)	
Alimentação de acordo com a Idade do Bebê			
Sim	18 (54,55)	11 (78,57)	0,19
Não	15 (45,45)	3 (21,43)	
Dificuldade para cuidar do bebê			
Sim	3 (9,09)	1 (7,14)	0,99
Não	30 (90,91)	13 (92,86)	
Apresentou assadura			
Sim	6 (18,18)	4 (28,57)	0,46
Não	27 (81,82)	10 (71,43)	
Quem Levou pra Vacinar			
Mãe Sozinha	30 (90,91)	14 (100,00)	0,99
Mãe e Pai	2 (6,06)	0 (0,00)	
Irmã	1 (3,03)	0 (0,00)	
Quem Levou pra fazer o teste do pezinho			
Mãe Sozinha	24 (72,73)	14 (100,00)	0,46
Pai Sozinho	2 (6,06)	0 (0,00)	
Madrinha	4 (12,12)	0 (0,00)	
Feito no Hospital	1 (3,03)	0 (0,00)	
Mãe e Pai	2 (6,06)	0 (0,00)	
Quem levou ao pediatra			
Mãe	31 (93,94)	14 (100,00)	0,99
Pai e mãe	2 (6,06)	0 (0,00)	
Problema de saúde após a alta			
Sim	10 (30,30)	7 (50,00)	0,32
Não	23 (69,70)	7 (50,00)	

Quando questionamos as mães sobre quem levavam as crianças às consultas, para fazer o teste do pezinho e para vacinar, percebemos que as mães

que tinham depressão sempre realizavam essas atividades sozinhas, confirmando a nossa análise sobre as variáveis psicossociais em que as mulheres depressivas tinham menos suporte social.

6 CONCLUSÃO

Observamos que a depressão no ciclo gravídico-puerperal é uma realidade, visto que 51,07% das participantes tiveram depressão em alguma fase do ciclo, sendo que 42,55% apresentaram depressão na gestação e 29,79% no puerpério. Isto se constitui em um problema de saúde pública importante e relativamente significativo a muitos fatores sociais, econômicos e psicológicos, que podem ser usados para definir subgrupo de mulheres que estão em um substancial risco de desenvolver a depressão no ciclo gravídico-puerperal.

Na gestação, as variáveis que apresentaram associação significativa, tendo risco para a depressão, foram ter duas ou menos gestações e não desejar a gestação. Destacamos que as gestantes que apresentaram depressão tiveram menor intercorrência e seus filhos nasceram com melhores pesos e estaturas.

Outros dados mais expressivos entre as gestantes depressivas, porém sem significância estatística foram: menor escolaridade, raça não-branca, não ter religião, não ter companheiro, estado civil solteiro, classe social menos favorecida, não ter trabalho, companheiro desempregado, doença antes da gestação e não planejar a gestação.

As gestantes que apresentaram depressão na gestação fizeram mais uso de ocitocina, foram mais submetidas a parto cesária, tiveram uma maior duração do trabalho de parto e os bebês apresentaram maior intercorrência no nascimento.

Com relação à depressão no puerpério, os dados estatisticamente significantes, mostrando associação com a depressão foram não ter religião, companheiro desempregado, depressão na gestação, não receber apoio, não receber ajuda, não receber ajuda do companheiro, não receber suporte do Sistema Único de Saúde (SUS) e a importância do companheiro para elas, principalmente neste momento.

Outros dados que foram maiores entre as puérperas depressivas, porém sem significância estatística foram menor escolaridade, não pertencer à raça branca, não ter companheiro, ser solteira, pertencer à classe social menos favorecida e não trabalhar, ter doença prévia à gestação, estar em uso de medicação, não ter lazer, história pessoal de fumo e álcool, ter história familiar de vícios e fazer uso de fumo no puerpério.

Entre as mulheres depressivas no puerpério, foi mais comum o relato de doença nesse período. Outro dado importante a ser destacado foi que a alimentação dos bebês das mães depressivas estava mais de acordo com a idade do bebê.

Assim, frente aos dados significativos do presente estudo, concluímos que as variáveis que mais estavam associadas à depressão, foram aquelas relacionadas a questões psicossociais.

Frente ao que experimentamos no decorrer do presente estudo, sentimos a necessidade de deixar como sugestão o uso dessas escalas para a identificação precoce de quadros depressivos na gestação e no puerpério, para intervenções mais rápidas e precisas. Outra sugestão a ser colocada seria a construção de uma escala própria de identificação de depressão na gestação, visto que não existe escala psicométrica específica para a identificação de traços depressivos nesse período tão importante da mulher.

Trabalhos recentes vêm mostrando a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com depressão em serviços de atendimento primário (BUIST et al., 2002). A possibilidade de detecção de depressão com essas escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea, durante avaliações clínicas de rotina por médicos nesses serviços (FERGERSON; JAMIESON; LINDSAY, 2002). As escalas serviriam para alertar clínicos, obstetras e pediatras, para aquelas mulheres que possivelmente precisariam de avaliação mais detalhada, seguida de tratamento (BUIST et al., 2002; FERGERSON; JAMIESON; LINDSAY, 2002).

Este estudo se fez importante, pois nos mostra a necessidade da implementação de políticas de saúde no sentido de prevenção desses casos depressivos ou, até mesmo, no próprio tratamento, para que este não venha a se tornar um agravo maior tanto para a mulher, quanto para o seu filho e, ainda, a família e a sociedade.

Vimos que a maioria das perguntas feitas em nossa pesquisa, tais como número de filhos, classe social, estado marital e história psiquiátrica são obtidos rotineiramente, na maioria das vezes em nossas unidades, porém, essas informações não são usadas na prevenção do risco, particularmente de depressão, no ciclo gravídico-puerperal e, também, na criação de programas que assistam essas mulheres no sentido de prevenção desse transtorno. A não observação desses fatos pelo profissional é negligência, cabendo a ele e a todos os integrantes da equipe de saúde as punições previstas pelo seu código de ética profissional.

Sugerimos que estudos futuros pesquisem métodos no sentido de prevenção desses agravos, tais como os grupos de apoio e não apenas a terapia

medicamentosa, pois ela constitui uma forma terapêutica importante e indispensável para o tratamento da depressão na gestação. A psicoterapia também constitui um método de tratamento eficaz (SPINELLI; ENDICOTT, 2003) e complementar, como outras modalidades terapêuticas.

Algumas limitações metodológicas desse trabalho merecem considerações. Em primeiro lugar, o desenho transversal do presente estudo, possibilitou avaliação apenas da associação entre depressão na gestação e DPP com fatores de risco, mas não permitiu interferência sobre causalidade. Outra limitação encontrada foi que a pequena amostra estudada pode ter comprometido algumas possíveis associações estatísticas e, ainda, o estudo foi realizado com mulheres de classe econômica baixa, não avaliando esses resultados em mulheres de classes economicamente mais favorecidas.

A gestação é o momento primordial para a identificação, tratamento e prevenção da depressão para que, posteriormente, não se transforme em um “padecer no paraíso”.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, I. et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p.22-33, abr. 2003.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução a epidemiologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2006. 2008p.

ALMEIDA, O. P.; DRATCUE,L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual disorders - DSM-IV**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2003

ANDERSSON, L. et al. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 104, n.3, p. 467-476, sep. 2004.

ANDERSSON, L. et al. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. **Am J Epidemiol**., v. 159, n.9, p. 872-881, 2004.

ARAUJO, T. M.; PINHO, O. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comum em mulheres e sua relação com as características sociodemograficas e o trabalho domestico. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil***,* Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul/set. 2005.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.7,n.1, p. 39-48, jan/jun. 2006.

BARTLEY, M.; POPAY, J.; PLEWIS, L. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of Health & Illness,** London, v.14, n.3 p.313- 343, 1992

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the beck depression in inventory: twenty-five years of evolution. **Clínica Psychology Review**, New York, v.8,n.1, p. 77-100,1998.

BECK, C. T. Predictors of postpartum depression: na update. **Nursing Research**, New York, v.50, n. 5, p.275-85, sept. /oct. 2001.

BENNETT, H. A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 103, p. 698-709, 2004.

BERLE, J. O. et al. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trondelag HELTH STUDY (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. Archives of Women's Mental Health, New York, v.8, n.3, p.181-189, sept. 2005.

BLOCH, M.; DALY, R. C.; RUBINOW, D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive Psychiatry**, Orlando, v. 44, n.3, p. 234-246, 2003.

BRAGA, A. C. **Depressão em mulheres mastectomizadas.** 1996. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a saúde. Brasília: FEBRASGO, 2003. 93 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério***:* atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco***.* 3 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2000. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do CNS/MS**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: < http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/res19696.htm>. Acesso em: 08 set. 2005.

BRASILIANO, S.; BURARETCHI, H. A. Há uma psicologia da mulher? In: CORDÁS, T. A. ; SALZANO, F. T. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ateneu, 2006. p. 1-11.

BUENO, S. M. V. **Contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar***.*1981. 236f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

BUIST, A. E. et al. To screen or not to screen – That is the question in perinatal depression. **Med J Aust** , v.177, p.101-105, 2002.

BURVILL, P. M**.** Recent progress in the epidemiology major depression. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 17, p. 21-31, 1995

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-244, 1998.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clinica**, São Paulo, v. 33, n.2, p. 92-102, 2006.

CAMARGO R. A. A.; BUENO, S. M. V. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. **Revista Latino-America Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.4, p. 490-8, jul.-ago. 2003.

CAMARGO, L.; SOUZA, E. **Manual de orientação FEBRAGO**: assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: Ponto; 2002. 324p.

CANTILINO, A. et al. Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian portuguese. **Transcultural Psychiatry**, London, v. 44, n. 4, p. 672-684, 2007

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de janeiro: Zahar, 1980. 324 p.

CHAAYA, M. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. Archives of Women's Mental Health, New York, v. 5, n. 2, p. 65 -72, oct. 2002.

CHEN, Y. Y. Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 60, n.1, p. 49-60, jan. 2005.

CHUNG, T. K. H. et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 63, n.5, p. 830-834, 2001.

CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID) – 10. **Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 1997.

CONSONNI, E. B. et al. Aspectos psicológicos na gravidez e parto. **Femina**, Belo Horizonte, v. 31, n. 7, ago. 2003.

CORDÁS, T. A.; TAVEIRA, A. **Oxcarbazepina no transtorno bipolar do humor**. São Paulo: Lemos, 2003. 77p.

CORDÁS, TA. **Depressão**: da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica. São Paulo: Lemos, 2002. 103p.

CORREIA, A. L. V. **Prevalência e fatores de risco associados a depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa – Paraíba**. 2006.112p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

COSTA, M. F. L. ; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos:conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, p.189–201, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2artigo_tipos_estudos_epidemiologicos.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2008.

COSTA, R. et al. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v.34, n.4, p. 157-165, 2007.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry** , v.150, p. 782-786, 1987.

COX, J. L.; MURRAY, D.; CHAMPMAN, G. A. Controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. **The British Journal of Psychiatry**, London, v.163, p.27-31, 1993.

CRITÉRIO de classificação econômica do Brasil. Base de dados. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf . acesso em: 20 jun. 2007.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, L. S.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p.181-8, 2005.

DA COSTA, D. et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressesd mood. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.59, n.1, 2000.

DA-SILVA, V. A. et al . Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Brazilian Journal Medicine Biology Research** , Ribeirão Preto, v. 31, n. 6, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X1998000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2008.

DAYAN, J. et al. Role of anxiety and depression in the onset of sponaneous preterm labor. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v.155, n.4, p.293-300, 2002.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar**. Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, p. 7-14, 2005.

EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth**. BMJ**, London, v. 323, p. 257-260, 4 aug. 2001.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FATOYE, F. O.; ADEYEMI, A. B.; OLADIMEJI, B. Y. Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. **J Obstet Gynaecol.,** v. 24, n. 5, p. 504-9, aug. 2004

FELICE, E. et al. Prevalence rates and psychosocial characteristics associates with depression in pregnancy and postpartum in malteses women. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.82, p. 297-301, 2004.

FERGERSON, S. S.; JAMIESON, D. J.; LINDSAY, M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? **Am J Obstet Gynecol,** v. 186, n. 5, p.899-902, 2002.

FISCH, R. Z. et al. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in an Israeli sample. **Journal of obstetrics and gynaecology research**, Tokyo, v. 23, n.6, p.547-54, dec. 1997.

FORATTINI, O. P. **Epidemiologia geral**. São Paulo: EDUSP. 1976. 250p.

FORMAN, N. D. et al. Postpartum depression: identification of women at risk. **British journal of obstetrics and gynaecology**, London, v.108, n. 7, p.774-5, jul. 2000.

FRANCISCO, V. L. et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n.2, p. 229-239, abr. 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M. Infecção em Obstetrícia. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Ateneu, 2000. p. 646 - 656.

GORENSTEI, N. C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedade psicométricas da versão em português**. Revista de Psquiatria Clínica** , cidade, v. 25, n. 5, p. 245-250, set./out. 1998.

HAMMOND, B.B.; Cuidado Imediato do Recém-Nascido in: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M., **O cuidado em enfermagem materna**. Porto Alegre: Artmed.2002. p. 496-508.

HOBEL, C. J. et al. Maternal plasma corticotrophin: releasing hormone associated with stress at 20 weeks of gestation in pregnancies ending in preterm deliv ery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St. Louis, v.180, p. 257–63, 1999.

HOLCOMB Jr, W. L. et al. Sreening for depression in pregnancy: caracteristics of the Beck Depression inventory**. Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 88, n.6, p. 1021 – 1025, 1996.

HOSMER, Jr.; LEMESHOW, D. **Applied logistic regression**. 2 ed. New York: John Willey & Sons, 2000.

INANDI, T. et al. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. **International journal of epidemiology**, Oxford, v. 31, n. 6, p.1201-1207, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério de planejamento. **Censo demográfico**: características gerais da população.. Orçamento e gestão. Rio de Janeiro, 2000.

JABLENSKY, A. V. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schimzophrenia and major affective disorders. **Am J Psychiatry**, Washington, v. 162, n. 1, p. 79-91, 2005.

JADRESIC, V. E. et al. Transtornos emocionais en el embarazo y el puerperio: estudio pospectivo de 108 mujeres. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría**, Santiago, v. 30,n.2, p. 99-106, abr./jun. 1992.

JESSE, D. et al. Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy . **Journal of Midwifery & Women's Health** , v. 50 , n.5 , p.405 – 410, 2005

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiq. Clín.,** v. 33, n. *2*, p. *74-79,* 2006

KAPLAN, H. I. E.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria***:* ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: ARTMED, 1997.

KATON, W.; SULLIVAN, M. D. Depression and chronic medical illness. **Journal of clinical Psychiatry**, Memphis, v. 51, n.6 p. 3-14, 1990.

KELLY, R. H.; ZATZICK, D.; ANDERS, T. The detection and treatmentof psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. **American Journal Psychiatry**, Washington, v. 158, p. 213-9, 2001.

KROELINGER, C. D.; OTHS, K. S. Partner support and pregnancy wantedness. **Birth**, Berkeley, v. 27, n.2, p. 112-119, 2000.

KURKI, T. et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 95, p. 487-90, 2000.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAURETI, R. Uma questão de saúde e discriminação. **Jornal da USP**, São Paulo, 23 a 29 de out. 1999. p. 2

LEE, D. T. S. et al. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women **. Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 82, n.1, p. 93 – 99, oct. 2004.

LEE, D. T. S. et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. **Hong Kong Medical Journal**, Hong-Kong, v. 6, n. 4, p. 349-54, 2000.

LOVISE, G. M. et al. Poverty, violence and depression during pregnancy : a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. **Psychological Medicine**, London, v. 35, n.˙10, p.1485-1492, 2005.

LOWDERMILK, D. L.; FISHEL, A. H. Complicações pós-parto. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 746-774.

LUÍS, M. A. V. **Contribuição da assistência de enfermagem de saúde mental dirigida à população de gestantes em nível de prevenção primária**.1983. 120p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

LUIS, M. A. V; OLIVEIRA, E. R. Transtornos mentais na gravidez e parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto – SP – Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n. 4, p. 314-324, dez. 1998.

LUO, Z. C.; WILKINS, R.;. KRAMER, M. S. Disparities in Pregnancy Outcomes According to Marital and Cohabitation Status. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 103, n. 6, p.1300-1307, 2004.

MACKENZIE, C. A.; CANADAY, M. E. Comprehensive care during the postpartum period. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v.17, n.1, mar 1982.

MACRAN , S. **Role enhancement or role overload? A review of research on the health consequences of women's domestic and paid work**. London: Center for population studies, London school of Hygiene and Tropical Medicine, 1993.

MAGALHÃEs, P. V. S.Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 245-248, 2006.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARCOLAN, J. F. **Analise comparativa das escalas psicométricas de depressão***:* um subsídio para a avaliação clínica do enfermeiro psiquiátrico. 2002. 163p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARCUS, S. M. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. **Journal of women's health** , Larchmont, v. 12, n. 4, p. 373-80, may. 2003**.**

MARTINS, C. S. **Caracterização dos fatores de riscobiopsicossociaia à gestação e ao desenvolvimento fetal**. 2006. 138p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2006.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago. 2008.

MAYOR-SOTTO, I. M. B.; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna**. Psico, Porto Alegre**, v. 36, n.2, p.135-148, maio-ago. 2005.

MCKEE, D. M.; CUNNINGHAM, M; JANKOWSKI, K. R. B. Health-related functional status in pregnancy; relationship to depression and support in a multi-ethnic population. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v.97, n.6, p. 998-993, 2001.

MEDEIROS, P. P. V.; FURTADO, E. F. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. **J. bras. psiquiatr**., v. 53, n.4, p.227-234, jul.-ago. 2004.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Ateneu, 2006, 493p.

MELLO, A. R. ; NEME, B. Puerpério fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetricia**. São Paulo: Savier, 2000. p. 218-228.

MESSER, L. C. et al. Pregnant intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. **Maternal and child health journal**, New York, v. 9, n. 4, p. 403-12, dec. 2005.

MONK, C. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. **Journal of Child Psycholoy and Psychiatric**, Oxford, v. 38, n. 7, p. 67-77, 1999.

MORAES, I. G. da S. et al . Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2008.

MURPHY, J. M. et al. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 48, p. 223 – 229, mar. 1991.

MURRAY, D. et al. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. **The British Journal of Psychiatry**, London, v.166, p. 595-600, 1995.

NARDI, A. E. Depressão no ciclo da vida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n.3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2008.

NAYAK, M. B.; AL-YATTAMA, M. Assault Victim History as a factor in depression during pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, New York**,** v. 94,n. 2, p. 204-208, 1999.

NEME, B. Psicose puerperal. In: NEME, B. **Obstetricia**. São Paulo: Savier, 2000. p. 841-842.

NEME, B.; MAREVITTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetricia**. São Paulo: Savier, 2000. p. 3-255.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático – relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS/ SRF/MSM, 1996.

PAJULO, M. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 65, p. 9-17, 2001.

PASQUALI, L. (Org.). **Teoria e método em ciências comportamentais**: teoria e aplicação. Brasília: UNB, 1996.

PATEL, V. et al. Poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. . **The American Journal of Psychiatry,** Washington, v.159, p. 43-47, 2002.

PATEL, V.; PRINCE, M. Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. **British Journal Psychiatry**, London, v.188, p. 284-5, mar. 1996.

PEREZ, R. S.; CARRILLO, K.; BARRA, L. A. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo**. Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela,** Caracas, v. 67, n. 67, p.187-191, sep. 2007.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 4, 2005.

PIOTROWSKI, K. A, Cuidado de Enfermagem durante O Parto e o nascimento in: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M., **O cuidado em enfermagem materna.** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 356-411.

PONIRAKIS, A.; SUSMAN, E. J.; STIFTER, C. A. Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. **Developmental Psychobiology**, New York, v. 33, p.163 - 74, 1998.

QURAISHI, S.; FRANGOU, S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 72, p. 209-26, 2002.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2005. ISBN 3-900051-07-0, URL http://www.R-project.org.

RENNÓ Jr., J. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psquiatria Clinica**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 92-102, 2006.

REZENDE, J. (Org.). Doenças intercorrentes no ciclo gravídico-puerperal. In:_____. **Obstetrícia**. São Paulo: Guanabara Koogam, 1998.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.11, p.165-174, 1989.

ROZENTHAL, M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n. 2, p.204-212, maio/ago. 2004.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**, Don Mills, v.51, p.1087-1093, 2005.

SADOK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

SANTOS, L. P . **Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de *Diabetes Mellitus* gestacional**. 2003. 82p. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

SANTOS, M. F.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psquiatria Clinica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999.

SAS/STAT®. **User's Guide, version 9**. Cary, NC: SAS Institute, 2002-2003.

SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. Depression and unwanted first pregnancy: Longitudinal cohort study. **BMJ,** p. 01-05, 28 october 2005.

SEDLER, M. Falret´s discovery: the origin of the concept of bipolar affective Illness. . **The American Journal of Psychiatry,** Washington, v. 140, p.1127-1133, 1983.

SÉGUIN, L. et al. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. **Obstetric Gynecology,** New York, v. 85, n. 4, p. 583-9, apr. 1995.

SENG, J. S. et al. Postraumatic stress disorder and pregnancy complications. **Obstetric Gynecology**, New York, v. 97, n. 1, p.17-22, 2001.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences**, 2ª edição, McGraw-Hill College, 1988.

SILVIA, M. C. F. **Depressão pontos de vista e conhecimento dos enfermeiros da rede básica de saúde**. 2001. 94p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SIMONS, R. L. et al. Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. **Developmental Psychology**, Arlington, v.29, n.2, p.368-381, mar. 1993.

SIMPSON, S. W. et al. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**, New York, v.10, n. 5, p. 471-477, 2001.

SKAZUFKA, E. T. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados em mães que deram a luz em um hospital universitário do município de São Paulo**. 2000. 66p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOEIRO, R. E. et al . Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 aug. 2008.

SOUSA, V. F.; PEDRÃO, L. J. **Depressão na gestação no final da gestação**. 2005. 32p. Monografia (Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SOUSA, V. F.; PEDRÃO, L. J.; CLAPIS, M. J. **Resultados obstétricos e perinatais de gestantes submetidas à avaliação pelo inventário de depressão de Beck**. 2006. 33p. Monografia (Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SPINELLI, M. G.; ENDICOTT, J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. **Am J Psychiatry**, v.160, n. 3, p. 555-562, 2003.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: O que não sabemos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p. 41-2, 2005.

STEWART, D. E; PSYCH, D.; STREINER, D. Alcohol drinking in pregnancy. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 16, n. 6, p. 406-12, 1994.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SZERJER, M.; STEWART, R. **Nove meses da mulher**: uma abordagem psicanalista da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZIGETHY, E. M.; RUIZ, P. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. **The American Journal of Psychiatry,** Washington, v. 158, n.1, p.22-27, 2001.

TABARI, L. **A depressão e as doenças cardíacas**. 2004 .102p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem de Ribeirão de Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegra: Artes Médicas, 1992. 465p.

THE MARCÉ SOCIETY [homepage on the ineternet]. Lomdon: FCP Internet Ltd. 2001 . Disponível em: http://www.marcesociety.com/ . Acesso: 19 sep 2003.

TONNOUS, L**. Prevalência da depressão pós-parto e seus fatores de risco**. 2004. 167p Tese (Doutorado) - Universidade do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2004.

TOWNSEND, M. C. Distúrbios afetivos. In. TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceito de cuidados. Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2002. p. 390-428.

VIEIRA FILHO, A. H. G. Transtornos mentais na gestação e no puerpério. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde da mulher**. São Paulo: Ateneu, 2006. p. 41-47.

WANTANABE, E. K. Evolução cronológica do concepto: duração da Prenhez. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 66-69.

WARNER, R. et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. **The British Journal of Psychiatry***,* London, v. 168, p. 607-611, 1996.

WARR, P. **Work, unemployment, and mental health.** Oxford: Clarendon Press, 1987.

WILLIAMS, L.; WILKINS. Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ZACONETA, A. M.; MOTTA, L. D. C.; FRANÇA, P. S. Depresión postparto: prevalência de test de rastreo positivo em puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, Santiago, v. 69,n.3, p.2009-213, 2004.

ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos espitemológicos da investigação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, p. 89-97, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, portadora do R.G. nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada: "Depressão No Ciclo Gravídico–Puerperal De Mulheres Atendidas Em Um Ambulatório De Atendimento Pré Natal De Um Hospital Geral Universitário", que tem o objetivo de verificar a presença de quadros depressivos em gestantes e mulheres que já tiveram bebê. A pesquisa se dará em dois momentos. O primeiro na gestação, onde serão aplicados dois instrumentos para a coleta de dados, sendo um questionário contendo informações gerais e um questionário para saber sobre a presença de sintomas de depressão, que tem como nome - Inventário de Depressão de Beck, que será aplicada as gestantes com idade gestacional igual ou acima de 36 semanas no ambulatório de pré-natal, para identificar depressão na gestação e o segundo momento será no pós-parto na décima segunda semana pós-parto, em uma visita domiciliar, e será aplicado mais dois instrumento de coleta de dados, sendo um contendo informações sobre o parto e um outro questionário para saber sobre a presença de sintomas de depressão, que se chama – Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS), para identificar casos depressivos no pós-parto.

Estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados, que são:

1 A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros, relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido, a garantia também de não ter gastos com a referida pesquisa.
2 A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
3 A segurança de que não sei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4 O compromisso de que me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando da pesquisa.
5 O compromisso de que serei devidamente acompanhada e assistida durante todo o período de participação no projeto, bem como será garantida a continuidade do meu tratamento após a conclusão da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e declaro livremente minha vontade de participar da pesquisa

Uberaba, ____de _____de 2006.

_____

Assinatura da gestante participante da pesquisa

_____

Pesquisador responsável

Valéria Feitosa de Sousa
Rua Ozéias Gomes dos Santos, nº 147 apt. 304, Boa vista CEP: 38017-170 Uberaba - MG
Telefone para contato: 3312-3295 e-mail: valeriaobs@yahoo.com.br

APÊNDICE B
Questionário de Informações Gerais na Gestação

Pré-natal:
(___) Risco habitual
(___) Alto risco
Porque?_____

1. Qual a sua idade?_____

2. Qual a sua escolaridade?
(___) Ensino Fundamental Incompleto
(___) Ensino Fundamental Completo
(___) Ensino Médio Incompleto
(___) Ensino Médio Completo
(___) Ensino Superior Incompleto
(___) Ensino Superior Completo

3. Qual a sua cor?
(___) Branco (____) Negro
(___)Pardo (____) Amarelo

4. Qual o seu estado civil?
(___) Casada (___) Solteira
(___) Amasiada (___) Viúva
(___) Separada

5. Classe social (Anexo 3)?
(___) A1 (___) A2
(___) B1 (___) B2
(___) C (___) D (___) E

6. Você está trabalhando no momento?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual a ocupação?
_____

7. Seu companheiro está trabalhando no momento?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual a ocupação?
_____

8. Você tem algum tipo de doença (inclusive doenças psiquiátricas)?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual? _____

9. Na sua família tem algum caso de doença psiquiátrica?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual?_____

10. Você usa alguma medicação?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual?_____

11. A sua gestação foi planejada?
(___) Sim (___) Não

12. A sua gestação é desejada?
(___) Sim (___) Não

13. Você tem alguma atividade de lazer?
(___) Sim (___) Não
Se sim, qual?_____

Com que freqüência?_____

14. Você faz uso de álcool, fumo ou drogas?
(___) Sim (___) Não

Se respondeu sim, qual a quantidade e freqüência?_____
_____

15. Dados Clínicos:
DUM:____/_____/_____
DPP:_____/_____/_____
IG:TA:_____us:_____
Intercorrências durante a gestação:
_____

Exames feitos e os resultados: EXAMES DE ROTINA:		
Tipo Sanguineo	HbsAg:	Glicemia de Jejum
VDRL	VDRL:	
HIV	Hb: Ht:	Urina I:
TOXO: IgG: IgM:	IgG: IgM:	PARASIT: Fezes:
Outros Exames:_____		

APÊNDICE C
Questionário de Informações Gerais No Pós-Parto

1. Nome:_____
_____

2. G:_____P_____A_____

3. Data de nascimento:___/____/_____

4. Com quantas semanas de gestação o seu bebê nasceu?_____

5. Sexo: ( ) F ( )M

6. Qual foi o seu tipo de parto?
( ) PN ( ) PF ( ) PC
Por quê? _____

7. Seu bebê nasceu pesando quanto quilos?
_____

8. E qual era sua medida?_____

9. Qual fio o pagar?
Em 1 min:_____ Em 5min:_____

10. Que tipo de alimento você está oferecendo para o seu filho?
( ) Leite materno exclusivo
( ) Leite materno complementar
( ) Artificial

11. Qual o tipo de leite?_____
_____

12. Teve dificuldade para amamentar?
( ) Sim ( ) Não

13. Teve trauma mamilar?
( ) Sim ( ) Não

14. Seu filho nasceu com algum problema?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____

15. Ficou internado?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, por quê?_____
_____

16. Foi ao pediatra?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quem levou?_____

17. Após a alta hospitalar seu bebê apresentou algum problema de saúde?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? _____

18. Teve alguma dificuldade para cuidar do bebê (banho, trocar a fralda, curativo com o coto umbilical...)?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____

19. Vacina: ( ) Sim ( ) Não
Se sim quais:
( ) 1 dose de BCG
( ) 1 dose da Hep.B
( ) 1 dose da pólio
( ) 1 dose da tetra
( ) 2 doses da Hep.B
( ) 1 dose Rotavírus
( ) 2 doses da pólio
( ) 2 doses a tetra
( ) 2 doses Rotavírus
( ) 3 doses da pólio
( ) 3 doses da tetra
( ) 3 doses da Hep.B
Quem levou?_____

20. Teste do pezinho?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quem levou?
_____
_____

21. Apresentou assadura?
( ) Sim ( ) Não

22. Durante a Gestação você tinha algum companheiro?
( ) Sim ( ) Não

23. Religião?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____

24. No atual momento você tem algum companheiro?
( ) Sim ( ) Não

25. Você acha importante a presença de um companheiro na gestação e no peurpério?
Porquê?_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

26. Já fez uso de álcool e droga:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____
Com que freqüência?_____
Que quantidade?_____

Fez uso durante a gestação:

( ) Sim ( ) Não

27. Atualmente faz uso de álcool e droga?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____
Com que freqüência?_____
Que quantidade?_____

28. Há histórico familiar de uso de álcool e droga?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____
Quem?_____

29. Você considera que está recebendo apoio emocional neste período de alguma pessoa?
Se sim de quem?_____

30. Você recebe ajuda de alguém para cuidar de você e do RN? Se sim de quem?
_____

31. Depois do parto você teve algum problema?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____

32. Você considera ter tido suporte do sistema de saúde, para você e para seu filho?
Porque?_____
_____
_____

APÊNDICE D
Planilha para coleta de dados

1.
G_____P_____A_____

2. Semanais de gestação no nascimento:
_____

3. Chegou para/em:
( ) Indução
( ) Trabalho de parto
( ) Expulsivo
( ) Resolução da gestação PC

4. Bolsa rota a admissão?
( ) Sim ( ) Não

5. Analgesia:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, dilatação:_____

6. Se sim, ( ) Raqui ( ) Peri

7. Repique:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quantos:_____

8. Líquido amniótico meconiado:
( ) Sim ( ) Não

9. Uso de ocitona:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, dilatação:_____

10. Duração do trabalho de parto: _____
( ) Chegou em expulsivo
( ) Não entrou em trabalho de parto

11.Intercorrência no trabalho de parto:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual:
( ) Taquicardia fetal
( ) DIP I ( ) DIP II
( ) Pré-eclampsia
( ) Eclampsia
( ) Outra. Qual_____

12. Acompanhante: ( ) Sim ( ) Não
Se sim quem?
( ) Mãe ( ) Companheiro
( ) Sogra ( ) irmã
( ) Amiga ( ) Cunhada
( ) Outro (a). Quem?_____
( ) sem registro no prontuário
( ) Não registrou quem era o acompanhante
13. Tipo de parto:
( ) PN ( ) PF
( ) PC. Indicação do PC:_____

14. Peso ao nascer:_____
15: Estatura: _____
16: Apgar: 1min _____ 5min_____

17. Intercorrência com o RN:
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?
( ) Desconforto respiratório
( ) Infecção ( ) Hipoglicemia
( ) Desidratação ( ) Fototerapia
( )Cardiopatia ( ) Taquipnéia
( ) RCIU
( ) Outra, qual:_____

18. RN foi para UCI: ( ) Sim ( ) Não

19. Dificuldade na amamentação?
( ) Sim ( ) Não

20. Tipo de mamilo:

( ) Profuso
( ) Semi-profuso
( ) Invertido
( ) Pseudo-invertido
( ) Hipertrófico

Trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 032/2007

Ribeirão Preto, 26 de fevereiro de 2007

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2007.

Protocolo: nº 0742/2006

Projeto: DEPRESSÃO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE UM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Valéria Feitosa de Sousa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO 2

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha

1.0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	10. 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
3.0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do uma pessoa comum 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio	15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece	16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

ANEXO 2

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO 3

EDINBURGH POST-NATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

☐ Sim, todo o tempo.

☒ Sim, na maior parte do tempo.

☐ Não, nem sempre.

☐ Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Texto da EPDS conforme validação no Brasil

Nos últimos sete dias:

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.	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.
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia. ☐ Como sempre senti. ☐ Talvez menos do que antes. ☐ Com certeza menos. ☐ De jeito nenhum.	7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir. ☐ Sim, na maioria das vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Não muitas vezes. ☐ Não, nenhuma vez.
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.	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada. ☐ Sim, na maioria das vezes. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ Não muitas vezes.
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. ☐ Não, de maneira alguma. ☐ Pouquíssimas vezes. ☐ Sim, alguma s vezes. ☐ Sim, muitas vezes.	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado. ☐ Sim, quase todo o tempo. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ De vez em quando. ☐ Não, nenhuma vez.
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.	10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça. ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente. ☐ Algumas vezes nos últimos dias. ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente ☐ Nenhuma vez

ANEXO 4

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas.**

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginasial incompleto	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4