GABRIELA ANDRADE DA SILVA

Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Experimental
Orientadora: Profa. Titular Emma Otta

São Paulo
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.

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Silva, Gabriela Andrade da.
Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda / Gabriela Andrade da Silva; orientadora Emma Otta. -- São Paulo, 2008.
212 p.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Depressão pós-parto 2. Psicologia evolucionista 3. Fatores de risco 4. Facilitação social 5. Redes sociais 6. Puerpério 7. Famílias de baixa renda I. Título.

RC537

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gabriela Andrade da Silva
Depressão pós-parto em mães de baixa renda

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia
Área de concentração: Psicologia Experimental

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

DEDICATÓRIA

A meus pais, Rita e José, que sempre me incentivaram nas minhas conquistas acadêmicas.

A meu irmão Samuel, cuja admiração e carinho sempre renovam meu ânimo de seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

À professora Emma Otta, por sempre ter acreditado em meu potencial, introduzindo-me e guiando meus passos desde muito cedo no caminho da pesquisa científica.

A Lia Viegas, por acompanhar-me e auxiliar-me em todas as tarefas, desde a coleta de dados até a revisão dos relatórios finais e divulgação de resultados.

A Luiza Camargo, companheira nas coletas de dados e no desbravamento das ruas e UBSs da periferia do Butantã.

A Marina Cecchini e Renata de Felipe, colegas de projeto, pelo apoio mútuo que se tornou fundamental para o andamento do trabalho.

A Cibele Biondo, pelo auxílio na elaboração do projeto de pesquisa inicial.

A Ana Elisa Cestini, Aline Tafner, Fabiana Fonseca, Gabriela Rios, Martha Ramos e Priscila Jozala, pelo auxílio na coleta de dados.

Às enfermeiras do HU-USP Alda Soares, Chang Wei e Ilva Aragaki, cujo apoio foi imprescindível para a realização da pesquisa no Alojamento Conjunto do HU-USP.

Aos colegas do Projeto Temático: Briseida Resende, Carla Vicente, Filumena Gomes, Maria Helena Valente, Maria Salum, Maria Tereza Zulini, Marie Odile Chelini e Vera Regina Fonseca, entre tantos outros, pela oportunidade de compartilhar o tema de trabalho, levando-me ao crescimento científico a partir da convivência com a diversidade de áreas e de idéias.

Aos professores Maria Emília Yamamoto e Fernando Leite Ribeiro, por suas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À professora Vera Bussab, pelas idéias e pela constante disponibilidade, apoiando-me imediatamente, sempre que solicitado.

A Ana Patrícia Kamisaki e Hugo Vieira, pelo auxílio na organização da coleta de dados.

Aos terapeutas que se disponibilizaram a atender, voluntariamente, as mães que necessitaram de apoio.

A Altay Souza, pela desenvoltura e paciência com que me ensinou estatística e ajudou-me nas análises de dados.

A Rafael Zerbetto, pelo auxílio na revisão e formatação do trabalho final.

A Marina Monzani e Leandro Nascimento, pela insubstituível amizade, pelas risadas, pelo suporte social em todos os momentos.

Aos colegas de laboratório, pela oportunidade de compartilhar as discussões, os congressos, as festas, as conversas, as brincadeiras, as diversões e prazeres da ciência.

Às duzentas e quarenta e cinco mães anônimas que, com boa vontade, dedicaram-nos seu tempo e sua confiança, participando desta pesquisa.

Às Unidades Básicas de Saúde Engenheiro Guilherme H. P. Coelho, Jd. São Jorge e ao Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, assim como ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, por terem permitido a realização da pesquisa em suas unidades.

À Prefeitura do Município de São Paulo, por permitir a realização da pesquisa com usuárias do sistema de saúde municipal.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da Bolsa de Estudos para o Mestrado e pelo apoio financeiro indispensável para o desenvolvimento do projeto.

Ao projeto Insitutos do Milênio do CNPq: "*O moderno e o ancestral: a contribuição da psicologia evolucionista para a compreensão dos padrões reprodutivos e de investimento parental humano*", coordenado pela profa. Maria Emília Yamamoto, pelo auxílio financeiro ao projeto temático e à divulgação dos resultados em eventos científicos.

“E não há melhor resposta

que o espetáculo da vida:

vê-la desfiar seu fio,

que também se chama vida,

ver a fábrica que ela mesma,

teimosamente, se fabrica,

vê-la brotar como há pouco

em nova vida explodida;

mesmo quando é assim pequena

a explosão, como a ocorrida;

mesmo quando é uma explosão

como a de há pouco, franzina;

mesmo quando é a explosão

de uma vida severina.“

João Cabral de Melo Neto,

em “Morte e Vida Severina”

RESUMO

SILVA, G. A. **Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda**. 2008. 212 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

A depressão pós-parto (DPP) caracteriza-se por sintomas, no puerpério, como tristeza, falta de interesse ou prazer nas atividades, irritabilidade, choro freqüente e sensação de ser incapaz de lidar com novas situações. No Brasil, foram encontradas prevalências de 13,4% a 37,1% para o transtorno. Uma hipótese evolucionista prevê que os sintomas da DPP poderiam modelar a tomada de decisão da mãe sobre o investimento parental em situações relacionadas a custos para sua adaptação. Em caso de problemas de saúde da criança e/ou falta de suporte social, pode ser adaptativo reduzir o investimento parental, se esse comportamento motivar os indivíduos da rede social da mãe e do bebê (como o pai da criança e outros familiares) a aumentarem seu investimento. O presente estudo objetivou investigar, sob perspectiva evolucionista, prevalência e fatores de risco para a DPP em mães de baixa renda do distrito do Butantã, em São Paulo. Foram realizadas entrevistas estruturadas em três momentos: terceiro trimestre de gestação; 0-3 dias após o parto; e 2-4 meses após o parto. Participaram da primeira etapa 245 gestantes, usuárias do sistema público de saúde, que responderam a Escala de Apoio Social (EAS), a Escala de Apego Adulto de Colins (EAA) e outras questões estruturadas. Na última etapa, 138 das 245 participantes iniciais responderam a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), que avalia a intensidade de sintomas depressivos no puerpério, através de auto-relato. Análises fatoriais indicaram validade satisfatória da EDPE, da EAS e da EAA para a amostra estudada. Adotando-se ponto de corte 11/12 na EDPE, encontrou-se prevalência de DPP de 26,8%. Para verificar os fatores de risco, as mães foram classificadas em três grupos, por percentil, conforme sua pontuação na EDPE: baixa (0-4), média (5-10) e alta (11-29). O grupo de pontuação alta associou-se significativamente a: escolaridade até Ensino Fundamental completo; a mãe ter filhos com parceiros anteriores; número elevado de filhos, de crianças morando na casa e razão elevada entre o número de crianças e de adultos vivendo na casa; histórico prévio de depressão; relatar não desejar a gestação; relatar intercorrências na gestação; relatar baixo nível de afeto e preocupação e elevado nível de rejeição e punição provenientes dos próprios pais durante a infância; avaliar o ambiente familiar que teve na infância como estressante; relatar nível alto de conflito com o pai do bebê; perceber baixo suporte social; e padrões de apego com características de ansiedade nos relacionamentos e dificuldade de contar com a rede de apoio social. Uma Regressão Logística Múltipla resultou em um modelo preditivo para a intensidade dos sintomas depressivos após o parto no qual foram significativas as variáveis: fatores da EAA Ansiedade nos relacionamentos e Dificuldade de contar com a rede de apoio; Fator da EAS Suporte emocional e de informação; e se o pai do bebê estava empregado. A associação encontrada entre percepção de baixo apoio social na gestação e sintomas mais intensos de DPP está de acordo com a teoria evolucionista. Os fatores de risco encontrados podem orientar políticas públicas de prevenção e tratamento da DPP.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Psicologia evolucionista. Fatores de risco. Facilitação social. Redes sociais. Puerpério. Famílias de baixa renda.

ABSTRACT

SILVA, G. A. **Prospective study about prevalence and risk factors for postpartum depression in low-income mothers.** 2008. 212 f. Dissertation (Masters). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Postpartum depression (PPD) is characterized by symptoms, during the puerperium, like sadness, lack of interest and pleasure in activities, irritability, tearfulness, and the sensation of being unable to deal with new situations. In Brazil, studies report prevalences ranging from 13,4% to 37,1% for PPD. An evolutionary hypothesis predicts that the symptoms of PPD could influence the decision of the mother about her parental investment in situations related to costs to her adaptation. In case of child's health problem and/or lack of social support, it could be adaptive for the mother to reduce the parental investment, if this behavior could motivate individuals of the social net (e.g., the baby's father and other relatives) to increase their investment. This study aimed to investigate from an evolutionary framework the prevalence and risk factors for PPD in low-income mothers from the Butantã district, in São Paulo. Structured interviews were carried out in three moments: during the third trimester of pregnancy; 0-3 days after delivery; and 2-4 months after delivery. 245 pregnant women who used the Public Health System participated of the first part of the study answering the Social Support Scale (SSS), the Colins Adult Attachment Scale (AAS) and other structured questions. In the last part of the study, 138 of the 245 mothers answered the Edinbourgh Postnatal Depression Scale (EPDS). This scale evaluates the intensity of depressive symptoms during the puerperium using self-report. Factor analyses indicated that the EPDS, the EAS and the EAA had satisfactory reliability. Using the cut-point of 11/12 in the EPDS, the prevalence of PPD was 26.8%. To find out the risk factors, the mothers were classified in three groups according to their scores on the EPDS: low (0-4), medium (5-10) and high (11-29). The high score group was associated with studying until the end of the primary school; mothers having sons and/or daughters with previous partners; having a great number of sons and/or daughters, a great number of sons and/or daughters living in the home and a large number of adults : number of children living in the home ratio; previous history of depression; reporting not wanting the pregnancy; reporting pregnancy intercurrences; reporting low levels of affect and worry and high levels of rejection and punishment from the parents during childhood; evaluating the familiar environment during childhood as stressful; reporting high level of conflict in the relationship with the baby's father; perceiving low social support; and patterns of attachment characterized by anxiety in relationships and difficulty in counting on the social net. A Multiple Logistic Regression resulted in a predictive model to the intensity of the depressive symptoms after delivery. The significant variables were: the factors of AAS Anxiety in relationships and Dificulty in counting on the social net; the factor Emotional and information support of the SSS; and whether the baby's father is employed or not. The association between perception of low social support during pregnancy and high levels of PPD symptoms is in accordance with the evolutionary theory. The risk factors found on this research could guide the Public Health Programs in the prevention and treatment of PPD.

Keywords: Postpartum depression. Evolutionary psychology. Risk factors. Social facilitation. Social network. Puerperium.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Representação esquemática dos três transtornos puerperais mais comuns (melancolia pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto) como parte de um *continuum* de sintomas e prevalência 25

Figura 8.1 – Mapa Perceptual envolvendo as variáveis: UBS, presença de acompanhante no trabalho de parto, se a gestação foi desejada ou não, paridade e se a mãe trabalha ou não. 113

Figura 8.2 – Distribuição das mães por pontuação na EDPE. 119

Figura 8.3 – Representação esquemática das correlações entre percepção do ambiente familiar durante a infância, pontuação nos fatores da Escala de Apego Adulto de Colins (EAA) e pontuação na Escala de Apoio Social (EAS). 152

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Resumo de estudos brasileiros e internacionais sobre prevalência de depressão pós-parto. 30

Tabela 6.1 – Tempo transcorrido, em dias, entre as três entrevistas realizadas e a data do parto. 73

Tabela 6.2 – Distribuição das participantes por grupos, segundo a pontuação na EDPE. 80

Tabela 7.1 – Cargas fatoriais dos itens da EDPE em cada fator, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,0 e rotação Varimax. 84

Tabela 7.2 – Resultado da análise fatorial da EAS, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,00 e rotação Varimax. 86

Tabela 7.3 – Resultado da análise fatorial da EAS, fixando em cinco o número de fatores a serem extraídos e usando rotação Varimax. 88

Tabela 7.4 – Resultado da análise fatorial da EAA, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,00 e rotação Varimax 92

Tabela 7.5 – Resultado da análise fatorial da EAA, fixando em três o número de fatores a serem extraídos e usando rotação Varimax. 95

Tabela 8.1 – Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e tamanho da amostra) das variáveis contínuas pesquisadas. 99

Tabela 8.2 – Estatísticas descritivas (freqüência absoluta, freqüência relativa e tamanho da amostra) das variáveis discretas pesquisadas. 102

Tabela 8.3 – Comparação das amostras das UBSs quanto à ocupação das mães. 110

Tabela 8.4 – Comparação das amostras das UBSs quanto à paridade. 111

Tabela 8.5 – Comparação das amostras das UBSs quanto a desejar a gestação, conforme relatado no terceiro trimestre de gravidez. 111

Tabela 8.6 – Comparação das amostras das UBSs quanto à presença de acompanhante no trabalho de parto. 112

Tabela 8.7 – Freqüência de participantes, por UBS, que realizaram apenas a primeira entrevista, que chegaram à segunda entrevista e que completaram o estudo. 115

Tabela 8.8 – Relação entre escolaridade e entrevistas completadas. 116

Tabela 8.9 – Relação entre tipo de parto e entrevistas completadas. 116

Tabela 8.10 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à escolaridade. 122

Tabela 8.11 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à ocupação dos pais dos bebês. 124

Tabela 8.12 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de filhos de relacionamentos anteriores das mães. 125

Tabela 8.13 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de filhos de relacionamentos anteriores das mães, considerando-se apenas as participantes multíparas. 126

Tabela 8.14 – Comparação de médias de moradores da casa, por Grupo de Pontuação na EDPE. Consta o p-valor entre parêntesis para as variáveis que apresentaram diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA. 129

Tabela 8.15 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de histórico de depressão não relacionada a gestação. 130

Tabela 8.16 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto a desejar ou não desejar a gestação. 132

Tabela 8.17 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de relato de intercorrências na gestação. 135

Tabela 8.18 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à paridade. 136

Tabela 8.19 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à avaliação do relacionamento com os próprios pais durante a infância. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA. 137

Tabela 8.20 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à avaliação do ambiente familiar na infância. 138

Tabela 8.21 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto ao relato de conflito com o companheiro. 139

Tabela 8.22 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à pontuação total e em cada fator da Escala de Apoio Social. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA. 141

Tabela 8.23 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à pontuação em cada fator da Escala de Apego Adulto de Colins. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA. 144

Tabela 8.24 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à presença de acompanhante no trabalho de parto. 146

Tabela 8.25 – Correlações significativas entre as escalas de avaliação do ambiente familiar na infância, os fatores da Escala de Apego Adulto de Colins e os fatores da Escala de Suporte Social. 150

Tabela 8.26 – Comparação das categorias de avaliação do ambiente familiar na infância quanto à média da pontuação total e em cada fator da EAS. 155

Tabela 8.27 – Comparação das categorias de avaliação do ambiente familiar na infância quanto à média da pontuação em cada fator da EAA. 157

Tabela 8.28 – Variáveis que entraram nos modelos iniciais da Regressão Logística, especificando-se-se o tipo (discreta ou contínua), o tamanho do efeito (TE, apenas para variáveis contínuas) e o p-valor no teste de qui-quadrado (para discretas) ou de ANOVA (para contínuas)..... 160

Tabela 8.29 – Resultados dos modelos preliminares I e II para a regressão logística, ambos tendo a categoria Baixa como referência. Estão destacadas em negrito as variáveis que foram significativas em cada modelo, sendo, portanto, incluídas na construção do modelo final. 162

Tabela 8.30 – Variáveis que compuseram o modelo final da Regressão Logística Múltipla, com os respectivos valores do coeficiente B, Exponencial de B, Wald e do p-valor..... 163

Tabela 8.31 – Qualidade da previsão gerada pelo modelo de regressão logística. Comparamos a classificação das mães pela EDPE com a classificação prevista pelo modelo..... 165

Tabela 8.32 – Comparação do Grupo de Pontuação na EDPE das participantes da amostra *Hold Out* com a categoria prevista pelo modelo..... 168

SUMÁRIO

1. Preâmbulo **16**

2. Caracterização da depressão pós-parto **19**
2.1. Diagnóstico 19
2.2. Diagnóstico diferencial 24
2.3. Comparação da depressão pós-parto com outros tipos de depressão 26
2.4. Prevalência 29
2.5. Fatores de risco e de proteção para a depressão pós-parto... 32

3. Abordagem evolucionista da depressão pós-parto: principais hipóteses **39**
3.1 A depressão pós-parto é adaptativa? 39
3.2 Apego..... 42

4. Busca de suporte social: atribuição de semelhança física entre o bebê e seus pais **48**

5. Objetivos e hipóteses **53**
5.1. Objetivos 53
5.2. Hipóteses 54

6. Método **65**
6.1 Participantes 65
6.2 Material 66
6.3 Procedimentos 72
6.4 Análise estatística 78

7. Verificação da validade dos instrumentos **81**
7.1 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) 81
7.2 Escala de Apoio Social (EAS) 84
7.3 Escala de Apego Adulto de Colins (EAA) 89

8. Resultados e discussão **98**
8.1. Características da amostra 98
8.2. Comparação entre as sub-amostras das três Unidades ..... E 109
8.3. Comparação entre as sub-amostras por número de entrevistas..... 113
8.4. Prevalência 117
8.5. Variáveis relacionadas com a depressão pós-parto..... 121
8.6. Relação entre avaliação do ambiente familiar na infância, padrões de apego e percepção do suporte social..... 149
8.7. Modelo multivariado para detecção de fatores de risco e proteção para depressão pós-parto 159

9. Conclusões **169**
9.1. Possibilidade de prever e prevenir precocemente a depressão pós-parto 169
9.2. Validade dos instrumentos de pesquisa..... 171
9.3. Prevalência 172
9.4. Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto 174
9.5. Discussão das hipóteses evolucionistas 175
9.6. O que fazer? 180

Referências bibliográficas **184**

Anexos **189**

1. Preâmbulo

Costuma-se esperar, pelo senso comum, que as mães apresentem, necessariamente, sentimentos positivos em relação à chegada de novos filhos. Algumas expressões de uso corrente, como por exemplo, “instinto materno”, remetem à idéia de que as mulheres estariam pré-programadas para serem mães e para dedicarem-se e cuidarem dos filhos que viessem a ter. Assim, o fato de uma mãe sentir-se deprimida poucas semanas após o nascimento de seu filho ainda causa alguma estranheza, sobretudo no público leigo.

A ciência, no entanto, já reconhece a existência de transtornos mentais no puerpério desde, pelo menos, 300 a. C., época em que o médico grego Hipócrates descreveu pacientes com esse tipo de transtorno (Santos, 1995; Skazufka, 2000; Zaconeta, 2004), afirmando que as depressões do parto eram causadas por um dos três seguintes fatores: acúmulo de sangue nos seios, nascimento de gêmeos ou ilegitimidade. Concepções parecidas continuaram a vigorar pelos séculos seguintes: segundo Santos (1995), Sennert atribuía, em 1600, as depressões do parto aos vapores do útero que atingiam o cérebro; Prichard, no século XIX, defendia, semelhantemente a Hipócrates, que os distúrbios mentais do puerpério eram causados por um refluxo da circulação sangüínea do útero para os seios, ocorrido nos primeiros dias após o parto. No século XX, um grande número de pesquisadores interessou-se pelo tema, conforme se nota pelo grande volume de publicações. Esse interesse culminou na criação, em 1982, da *Marcé Society*, instituição internacional que objetiva estimular a pesquisa e a comunicação no campo dos distúrbios mentais do puerpério (Santos, 1995).

Do ponto de vista da psicologia evolucionista, um transtorno como a depressão pós-parto, que interfere nas primeiras relações entre a mãe e o recém-

nascido, merece um estudo cuidadoso, visto que os cuidados que os indivíduos adultos dispensam para garantir sua sobrevivência e futura reprodução provavelmente estão permeados por mecanismos diversos que foram modelados ao longo do tempo pela seleção natural. Qualquer comportamento que aumente a chance de sobrevivência da prole aumenta, também, o sucesso reprodutivo de seus pais.

A depressão pós-parto caracteriza-se pela manifestação de diversos sintomas nos primeiros meses após o nascimento do bebê que, potencialmente, diminuem a capacidade da mãe de cuidar do bebê. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono e sensação de ser incapaz de lidar com novas situações (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Muitos estudos (Ex.: Santos, 1995; Righetti-Veltema, Conne-Perre´ard, Bousquet & Manzano, 2002; Schwengber & Piccinini, 2003) têm mostrado que a ocorrência da depressão pós-parto, por se dar justamente no período inicial de contato entre a mãe e o bebê, pode prejudicar o vínculo entre a díade e trazer conseqüências negativas, a longo prazo, para a criança.

Assim, é necessário compreender, a partir da abordagem evolucionista, como um transtorno que, aparentemente, prejudica a adaptação ainda ocorre nos dias atuais. Seria ele, em alguma medida, adaptativo? Se não for, por que ainda não foi eliminado pelo mecanismo da seleção natural?

Antes de nos determos na perspectiva evolucionista, é preciso conhecer como a depressão pós-parto se manifesta. A seguir, o primeiro capítulo abordará: as formas de diagnóstico da depressão pós-parto; a diferença entre depressão pós-parto e outros transtornos do puerpério, como melancolia pós-parto e psicose pós-

parto; o conceito de depressão pós-parto e a divergência entre autores a respeito de sua classificação como um quadro comum de Transtorno Depressivo Maior ou a separação como um transtorno diferenciado; a prevalência do transtorno em diversos estudos; e os fatores de risco e de proteção para a depressão pós-parto. O capítulo 3 apresentará algumas abordagens da psicologia evolucionista para a depressão pós-parto. No capítulo 4, será discutida a possível relação entre a depressão pós-parto e teorias que hipotetizam que a atribuição de semelhança física do bebê pode ser uma estratégia humana para assegurar a paternidade, aumentando a probabilidade do investimento parental. Os objetivos e hipóteses do presente trabalho serão apresentados no capítulo 5; o método utilizado, no capítulo 6; o capítulo 7 tratará da verificação da validade de algumas escalas usadas para amostra do presente estudo; os resultados e discussão serão apresentados no capítulo 8; e, por fim, as conclusões no capítulo 9.

2. Caracterização da depressão pós-parto

2.1. Diagnóstico

Os critérios adotados oficialmente para o diagnóstico da depressão pós-parto, segundo os manuais de diagnóstico internacionalmente reconhecidos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV – APA, 1994) e a Classificação Internacional de Doenças (Classificacao Estatistica Internacional de Doencas e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10; OMS, 1997) não diferem daqueles adotados para qualquer episódio depressivo em qualidade, intensidade ou duração dos sintomas, mas somente no período em que o episódio tem início, que é imediatamente posterior ao parto.

O uso de critérios diagnósticos definidos pelos manuais traz a vantagem de usar uma convenção internacionalmente aceita, indicando com maior clareza os casos que constituem um transtorno psicológico maior com necessidade de tratamento. Esse método de diagnóstico é restritivo e pode ser, em alguns aspectos, insensível, visto que para atingir os critérios diagnósticos para depressão o paciente deve apresentar os sintomas por um período determinado de tempo e deve haver evidente prejuízo de funcionamento (O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990). Além disso, esses critérios não levam em consideração a intensidade dos sintomas, deixando de identificar indivíduos que os apresentem de modo mais brando, embora estes também possuam algum grau de sofrimento e possam precisar de apoio profissional. Outra desvantagem apresentada por essa forma de diagnóstico é a dificuldade de aplicação, exigindo que seja realizada entrevista clínica com profissionais da área de saúde mental devidamente treinados.

Para facilitar o rastreamento de pacientes com chances altas de apresentar depressão, foram desenvolvidas escalas de auto-avaliação. Embora não sejam suficientes para estabelecer um diagnóstico, permitem identificar, baseadas no relato dos próprios indivíduos, aqueles que apresentam um grau relativamente elevado de sintomas depressivos, de maneira que possam ser encaminhados para profissionais de saúde mental. A *Edinbourgh Postnatal Depression Scale* (Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo), desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) é um desses instrumentos, especialmente voltado à identificação da Depressão Pós-Parto.

A seguir, serão examinados, de forma mais detalhada, os métodos de diagnóstico para a depressão pós-parto mais usados atualmente.

2.1.1. DSM-IV

Segundo os critérios classificatórios do DSM-IV (APA, 1994), Episódios Depressivos Maiores freqüentemente ocorrem após a vivência de estressores psicossociais (por exemplo, morte de um ente querido ou divórcio), dentre os quais o parto está incluído. O especificador “com início no pós-parto” é acrescentado ao diagnóstico de Episódio Depressivo Maior quando o seu início ocorre dentro de quatro semanas após o parto.

A depressão é classificada internacionalmente como um transtorno de humor, de grau moderado a severo, com os seguintes sintomas:

1. Humor deprimido
2. Perda de interesse e/ou prazer em quase todas as atividades;
3. Alterações do sono

4. Alterações de apetite e peso

5. Sensação de diminuição da energia

6. Agitação ou retardo psicomotor.

7. Sentimentos de culpa

8. Ideação suicida, podendo incluir planos e tentativas

9. Dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões;

Para que a depressão pós-parto seja diagnosticada, precisam estar presentes, no mínimo, cinco dos sintomas citados, sendo que pelo menos um deles deve ser tristeza ou diminuição do interesse e/ou prazer em quase todas as atividades. Também é necessário, para a caracterização do diagnóstico, que os sintomas permaneçam por pelo menos duas semanas e que causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

2.1.2. CID-10

Em 1993, foi publicada a revisão número 10 do CID, manual da Organização Mundial de Saúde. A partir de então, passou a haver compatibilidade entre o CID-10 e o DSM (que estava, então, na sua terceira edição, revisada), no que diz respeito à classificação dos transtornos mentais. Ou seja, os sintomas para que se classifique um transtorno mental como depressão são os mesmos em ambos os manuais.

O CID-10 especifica que os transtornos associados ao puerpério que aparecem antes de seis semanas após o parto devem ser classificados como “F53 - Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério”, desde que não satisfaçam critérios para serem classificados em outro transtorno, seja porque as

informações disponíveis são insuficientes, seja porque elas apresentam características clínicas suplementares especiais que não permitem a sua classificação em outra parte de modo apropriado.

2.1.3. Escalas de auto-avaliação

Considerando-se que os sintomas de depressão pós-parto são os mesmos que caracterizam todo episódio depressivo, qualquer escala de auto-preenchimento para rastreamento de depressão pode ser usada. Assim, há estudos que usam, por exemplo, o Inventário de Beck (Gorestein & Andrade, 1998) para a identificação da depressão pós-parto.

Deve-se, porém, ter cuidado para que as alterações de rotina características do puerpério não sejam confundidas com sintomas depressivos. Por exemplo, muitas das escalas de auto-preenchimento que são usadas para rastreamento de depressão incluem questões sobre dificuldade de dormir, procurando acessar o sintoma de insônia. No entanto, as mães de bebês pequenos costumam ter alterações no comportamento de sono, devido à necessidade de amamentar o bebê de madrugada, e isso não deve ser confundido com insônia.

Para minimizar esse tipo de problema no rastreamento da depressão pós-parto, Cox, Holden e Sagovsky (1987) desenvolveram a *Edinbourgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), chamada, em português, de Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE). Trata-se de um inventário auto-administrado de dez itens, nos quais a mãe deve sublinhar, dentre quatro possibilidades que indicam a intensidade dos sintomas, a que se aproxima mais da forma como ela se sentiu ao longo da última semana.

No desenvolvimento da escala, Cox, Holden e Sagovsky (1987) procuraram evitar as questões relativas a sintomas somáticos, como alterações no apetite e fadiga, que poderiam ser confundidos com as alterações comuns associadas ao puerpério. Em relação ao sono, o item incluído (número 7: “Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir”) procura verificar se há dificuldade de dormir associada a tristeza, não considerando como um sintoma a dificuldade provocada pelos cuidados rotineiros com o bebê durante a noite.

A EDPE não substitui a avaliação clínica realizada por um profissional de saúde mental, mas pode ser usada por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais para rastrear as mães que têm maior chance de apresentar sintomas depressivos e encaminhá-las para avaliação e, se necessário, tratamento.

Estudos indicaram que o instrumento apresenta validade satisfatória e é sensível às mudanças na severidade da depressão ao longo do tempo (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Santos, 1995; Santos, Martins & Pasquali, 1999). Esse inventário, embora não estabeleça um diagnóstico formal, tem a vantagem de ser de fácil administração e permitir a identificação de mães com maiores chances de apresentarem depressão pós-parto, de forma que estas possam ser encaminhadas para atendimento. Além disso, tem a vantagem de tornar possível a comparação entre a intensidade dos sintomas depressivos, tanto entre diferentes pacientes quanto entre diferentes momentos no tempo. A EDPE tem sido amplamente usada em pesquisas, como pode ser observado na Tabela 2.1. Mais informações sobre a EDPE podem ser obtidas na seção 6.2 (Material) do presente trabalho.

2.2. Diagnóstico diferencial

É importante distinguir a depressão pós-parto de outros transtornos de humor relacionados ao período do puerpério, como a melancolia pós-parto (*postpartum blues*) e a psicose pós-parto. Em verdade, esses transtornos não são especificados nos manuais oficiais de diagnóstico (DSM-IV e CID-10), mas essa classificação tem sido muito usada pelos estudiosos do assunto, obedecendo a um critério de qualidade e intensidade dos sintomas.

É possível dizer que a melancolia pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto formam um espectro (Murray & Cooper, 1997), no qual o primeiro transtorno é o menos intenso e mais prevalente, o segundo tem intensidade e prevalência intermediárias e o terceiro, de prevalência mais baixa, tem sintomas mais intensos e graves, exigindo até mesmo hospitalização.

A Figura 2.1 representa esquematicamente a melancolia pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto como divisões didáticas que nomeiam partes de um *continuum* em que variam a intensidade dos sintomas e a prevalência do transtorno.

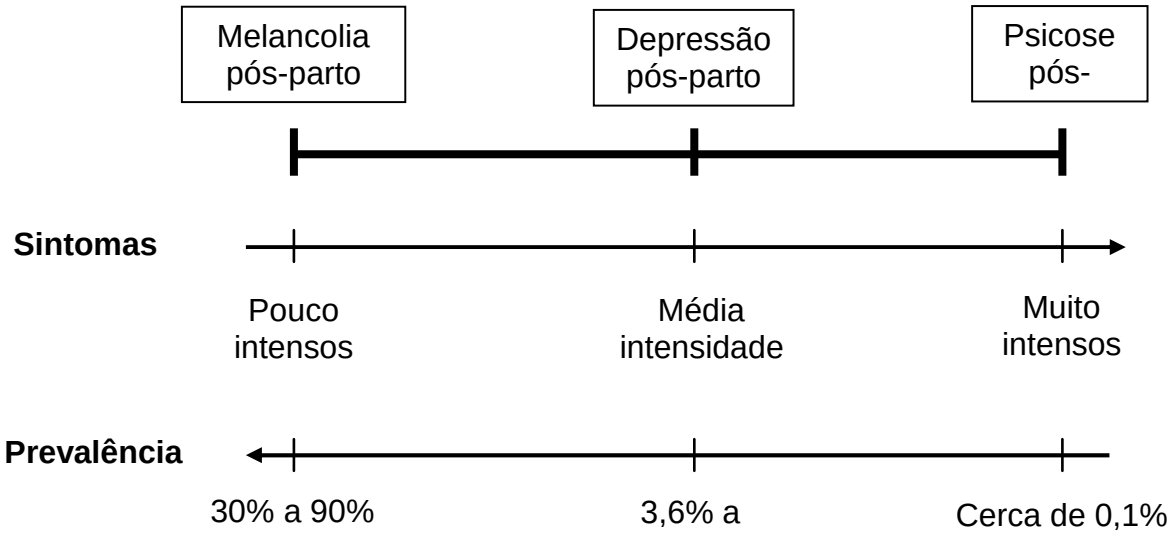

Figura 2.1 – Representação esquemática dos três transtornos puerperais mais comuns (melancolia pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto) como parte de um *continuum* de sintomas e prevalência.

2.2.1. Melancolia pós-parto

A melancolia pós-parto é um transtorno caracterizado por disforia, labilidade de humor, humor deprimido, choro, ansiedade, insônia, redução do apetite, irritabilidade e confusão (O'Hara et al. 1990; Murray & Cooper, 1997), tendo início entre o segundo e o quinto dias após o nascimento da criança. Diferentemente da depressão pós-parto, há remissão espontânea dos sintomas da melancolia pós-parto em poucos dias (Schimidt, Piccoloto & Muller, 2005), trazendo aparentemente pouca ou nenhuma conseqüência desfavorável para a mãe e para o bebê a longo prazo (Murray & Cooper, 1997). A prevalência desse transtorno é relativamente alta, sendo estimada entre 30% a 90% das mães (Najman, Andersen, Bor, O'Callaghan & Williams, 2000). Em alguns casos, no entanto, a melancolia pós-parto pode permanecer e tornar-se mais severa, caracterizando a depressão pós-parto; em outros, observa-se um período de bem-estar após o nascimento da criança, seguido

por um início gradual da depressão pós-parto (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004).

2.2.2. Psicose pós-parto

A psicose pós-parto, por sua vez, é um transtorno mais severo do que a depressão pós-parto, com sintomas incluindo alucinações, delírios e extremo prejuízo de funcionamento (Murray & Cooper, 1997). A mãe pode ter pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco aumentado de danos ao mesmo. Pode, ainda, sofrer alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê, o que, em casos extremos, está associado ao infanticídio (Schimidt et al., 2005). A prevalência da psicose pós-parto tem sido estimada em cerca de 0,1% (Robertson et al., 2004). O tratamento intensivo e a hospitalização são freqüentemente necessários nesse tipo de transtorno (Murray & Cooper, 1997; Schimidt et al., 2005).

2.3 Comparação da depressão pós-parto com outros tipos de depressão

A existência da depressão pós-parto como um transtorno distinto dos transtornos depressivos já conhecidos tem sido questionada com base em estudos empíricos. O'Hara et al. (1990) realizaram um estudo longitudinal comparando gestantes (acompanhadas desde o segundo trimestre de gestação até nove semanas após o parto) com outras mulheres, não gestantes, que constituíram um grupo controle. Pediu-se às gestantes que aceitaram participar da pesquisa que indicassem cinco nomes de conhecidas que apresentassem similaridade em relação

a idade, estado civil, ocupação (definida por duas categorias: mulheres que trabalhavam fora ou que não trabalhavam) e número de filhos. A mulher indicada que apresentasse maior similaridade com a gestante nesses critérios foi convidada a participar do estudo. Nos casos em que não aceitou, foi convidada a próxima da lista que apresentasse maior grau de similaridade. As participantes de ambos os grupos responderam questionários em diversos períodos determinados pela gravidez e o parto das gestantes, indo desde o segundo trimestre de gestação até nove semanas após o parto. O procedimento garantiu que cada vez que uma gestante completava um questionário, a mulher do grupo controle que estava pareada com ela também completava o mesmo questionário, no mesmo momento. Os resultados do estudo indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de mulheres do grupo experimental e do grupo controle que apresentaram depressão durante a gestação ou após o parto: no segundo trimestre de gestação, 7,7% das gestantes apresentaram depressão segundo os critérios RDC (Research Diagnostic Criteria – World Health Organization, 1993), enquanto entre as não gestantes essa taxa foi de 5,6%; nove semanas após o parto, 10,4% das puérperas apresentaram depressão, enquanto entre as mulheres do grupo controle essa taxa foi de 7,8%. No entanto, houve diferença na intensidade dos sintomas: as mulheres do grupo experimental, quando comparadas ao grupo controle, vivenciaram sintomas de depressão significativamente mais intensos. O ajuste social também se mostrou mais pobre para as mulheres do grupo experimental durante o final da gravidez e o início do puerpério.

Regmi, Sligl, Carter, Grut e Seear (2002) também realizaram um estudo incluindo 100 mulheres no período entre dois e três meses após o parto e um grupo controle constituído por 40 mulheres que não haviam dado à luz recentemente. Essa

pesquisa não foi realizada com os mesmos cuidados de pareamento da anterior: o grupo controle foi composto por uma amostra de conveniência em que predominavam enfermeiras e suas amigas. Foram encontradas taxas de depressão de 12,0% para mulheres em período pós-parto e de 12,5% para as participantes do grupo controle, não havendo diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos.

Apesar da semelhança entre a incidência de depressão em mulheres que estão no período pós-parto e as que não se encontram em tal período, o interesse em estudar a depressão pós-parto tem sido freqüente por parte dos pesquisadores, conforme se pode notar pelo grande número de trabalhos publicados sobre o assunto, sobretudo nas duas últimas décadas. O'Hara et al. (1990) sugeriram que o interesse no estudo da depressão pós-parto tem sido estimulado por diversos fatores, incluindo (a) o que parece ser uma prevalência relativamente alta, (b) a duração freqüentemente longa da depressão, (c) suas conseqüências nocivas para a criança e (d) o estabelecimento de grupos de suporte (*advocacy groups*) para mulheres que sofrem de depressão pós-parto, os quais estimulariam a pesquisa sobre esse tema.

No entanto, há evidências de que apesar da prevalência geral de depressão não ser, aparentemente, maior após o parto do que em outros momentos da vida da mulher, episódios depressivos sérios que requerem hospitalização são claramente mais prevalentes no puerpério (Robertson et al., 2004). Além disso, é possível que haja diferenças no conteúdo dos sintomas da depressão pós-parto quando se consideram as mulheres no puerpério ou em outros períodos da vida, com as primeiras focalizando-se no parto ou no bebê. Na falta de um tratamento adequado, a ocorrência de transtornos depressivos em seguida ao nascimento da criança pode

ser prejudicial à mãe, à sua relação conjugal e ao bebê, podendo ter, inclusive, efeitos adversos a longo prazo para a criança, que pode apresentar problemas emocionais, comportamentais, cognitivos e interpessoais. Assim, é de grande importância que sejam realizados o diagnóstico e as intervenções precoces dos transtornos psiquiátricos no puerpério, garantindo a saúde e o bem-estar da mãe e da criança.

2.4. Prevalência

A Tabela 2.1 mostra um resumo de estudos sobre prevalência de depressão pós-parto em cidades brasileiras e do exterior. Podem ser encontrados valores diferentes para as prevalências, que variam de 3,6% (Ballestrem, Strauß & Kächele, 2005) a 37,1% (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005). Alguns autores (Alvarado, Rojas, Monardes, Perucca, Neves, Olea & Vera, 2000; Huang & Mathers, 2001; O'Hara et al., 1990) afirmaram que a diferença de prevalência entre estudos pode dever-se ao uso de diferentes métodos para avaliar a depressão pós-parto.

Tabela 2.1 - Resumo de estudos brasileiros e internacionais sobre prevalência de depressão pós-parto. (Continua)

Autores e ano de publicação	Local	N	Instrumentos	Ponto de corte[1]	Período de aplicação	Prevalência
			Brasil			
Santos, Martins e Pasquali, 1999	Brasília	236	EDPE	11/12	6 a 24 semanas após o parto	13,4%
Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes e Zugaib, 2004	São Paulo	113	BDI (Beck Depression Inventory)	15/16	10 dias após o parto	15,9%
Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa e Faria, 2006	Pelotas	410	HAM-D (Escala de hamilton)	17/18	30 a 45 dias após o parto	19,1%
Zaconeta, 2004	Brasília	117	EDPE	11/12	8 a 12 semanas pós-parto	22,2%
Skazufka, 2000	São Paulo	114	EDPE	11/12	3 a 6 meses após o parto	36,8%
Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005	São Paulo	70	EDPE	11/12	12 a 16 semanas após o parto	37,1%
			Outros países			
Ballestrem, Strauß e Kächele, 2005	Stuttgart (Alemanha)	772	EDPE HAM-D (Escala de Hamilton)	EDPE: 9/10 HAM-D: não mencionou	6 a 8 semanas após o parto (EDPE) e, para altos escores, 9 a 12 semanas após o parto (EDPE e HAM-D)	17% (EDPE: 1ª aplicação) ; 3,6% (EDPE: 2ª aplicação e HAM-D.

[1] O valor antes da barra indica a pontuação máxima em que se considera que a mulher não apresenta depressão pós-parto; o valor após a barra apresenta a pontuação mínima em que se considera que a mulher apresenta depressão pós-parto.

Tabela 2.1 – Conclusão

Autores e ano de publicação	Local	N	Instrumentos	Ponto de corte	Período de aplicação	Prevalência
O'Hara et al., 1990	Estados Unidos (Iowa)	182	BDI *Depression subscale* do SCL-90-R, RDC (*Research Diagnosis Criteria*)		Várias datas durante a gestação e até 9 semanas após o parto	10,4%
Georgiopoulos, Bryan, Yawn, Houston e Rummans, 1999	Olmsted County (EUA)	104	EDPE	11/12	Sexta semana após o parto	11,4%
Regmi et al., 2002	Kathmandu (Nepal)	100	EDPE	12/13	2 a 3 meses após o parto	12,0%
Josefsson, Angelssiöö, Berg, Ekström, Gunnervik, Nordin e Sydsjö, 2002	Suécia	1489	EDPE	9/10	6 a 8 semanas após o parto e 6 meses após o parto	13,0%
Ghubash e Abou-Saleh, 1997	Dubai (Emirados Árabes Unidos)	102	EDPE	12/13	7 dias após o parto	17,8%
Huang e Mathers, 2001	Sheffield (Reino Unido) e Keelung (Taiwan)	sheffield: 50 Keelung: 101	EDPE	12/13	3 meses após o parto	Sheffield: 18% Keelung: 19%
Alvarado et al., 2000	Codegua (Chile)	125	Avaliação por psiquiatra usando DSM-III	–	2 primeiros meses após o parto	22,4%
Aydin, Inandi e Karabulut, 2005	Turquia	728	EDPE	12/13	Não mencionou	34,6%

Alvarado et al. (2000) chama atenção para a diferença de instrumentos usados nas pesquisas: enquanto alguns autores trabalharam com questionários

auto-administrados, outros usaram entrevistas clínicas e os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994). Huang e Mathers (2001) afirmaram que as diferenças podem depender dos instrumentos de medida usados, das pessoas que os usam, dos critérios para diagnóstico e do período após o parto em que a depressão é avaliada. O'Hara et al. (1990) também questionaram a comparabilidade de diferentes estudos sobre prevalência de depressão pós-parto, dado que foram realizados em períodos diferentes, com propósitos diferentes e que critérios diagnósticos ligeiramente diferentes foram usados entre os estudos. Podemos observar, na Tabela 2.1, que mesmo os estudos que usaram a EDPE como instrumento apresentaram pontos de corte diferentes. Além das diferenças metodológicas, deve-se levar em consideração a presença de fatores ambientais, culturais e sócio-econômicos, entre outros, que variaram entre as amostras e podem ter exercido efeito sobre prevalência do transtorno.

2.5. Fatores de risco e de proteção para a depressão pós-parto

Algumas hipóteses têm norteado a realização de trabalhos relativos aos fatores de risco para a depressão pós-parto, incluindo fatores ambientais, biológicos (variações hormonais), ginecológicos e obstétricos e psicológicos (eventos de vida estressantes, relação marital, conflitos parentais, suporte social e características de personalidade, por exemplo).

Uma dificuldade freqüentemente encontrada ao estudar fatores de risco relacionados com a depressão pós-parto é como diferenciar causas e conseqüências. A maior parte das análises mostra quais variáveis estão associadas com a ocorrência e intensidade da depressão pós-parto, mas não indica se essas variáveis causaram o transtorno, se são conseqüências do mesmo ou se estão

relacionadas com ele de maneira indireta, por meio de uma outra variável intermediária.

A seguir, serão apresentados, brevemente, alguns estudos que abordaram os fatores associados com a depressão pós-parto.

2.5.1. Estudos brasileiros sobre fatores de risco para depressão pós-parto

Alguns estudos (Ex.: Skazufka, 2000; Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Moraes et al., 2006) já foram realizados para investigar os fatores de risco para a depressão pós-parto em populações brasileiras.

Na cidade de São Paulo, Skazufka (2000) realizou um estudo usando o mesmo universo populacional e metodologia semelhante à do presente trabalho. A EDPE foi aplicada em 114 mães que deram à luz no Hospital Universitário da USP (HU-USP), no período entre três e seis meses após o parto. Seus resultados apontaram que as seguintes características estiveram relacionadas à ocorrência de depressão pós-parto: ocupação (mulheres que não trabalhavam apresentaram depressão com maior freqüência), escolaridade (baixa escolaridade esteve associada a maiores taxas de depressão), número de menores de 16 anos na casa (maior número de menores de 16 anos esteve associado com maior freqüência de depressão), densidade demográfica da casa (maior densidade demográfica esteve associada a maiores taxas de depressão), número de partos anteriores (mulheres com quatro ou mais partos anteriores apresentaram depressão com maior freqüência), pré-natal inadequado (associação entre a realização de menos de seis consultas no pré-natal[2] e maior freqüência de depressão), consumo de álcool por

[2] O Ministério da Saúde considera adequada a realização de, pelo menos, seis consultas durante o pré-natal (Skazufka, 2000).

semana (associação positiva entre doses consumidas e taxa de depressão) e número de consultas ao pediatra após o nascimento da criança (correlação negativa entre consultas ao pediatra e freqüência de depressão). Não foi encontrada relação entre a ocorrência de depressão pós-parto e outros fatores investigados, como por exemplo: idade, residir com o companheiro, residir com a família, renda *per-capita*, ser adolescente em primeira gestação, planejamento da gravidez, sexo e peso do recém-nascido.

Faisal-Cury et al. (2004) também pesquisaram depressão pós-parto em São Paulo, com uma população atendida pela Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas da USP. As mães foram entrevistadas durante o período de internação, até 48 horas após o parto. No décimo dia após o parto, foram classificadas quanto à presença ou ausência de depressão através da pontuação obtida na Escala de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI), usando-se o ponto de corte 15/16. Estiveram relacionados com a presença de depressão pós-parto as seguintes variáveis: menos de oito anos de educação, três ou mais crianças em casa, ser multípara e estar casada há seis ou mais anos. Também foi investigada a relação entre estilos de enfrentamento (*coping patterns*) e depressão pós-parto, tendo-se encontrado que pontuações altas nas dimensões de distanciamento, fuga e evitação, auto-controle e confrontação tiveram relação com a presença de depressão pós-parto. Outras variáveis foram investigadas e não foram encontradas relações: as outras dimensões de enfrentamento, idade, religião, emprego, renda pessoal e familiar, histórico psiquiátrico prévio, abortos, idade gestacional, sexo e peso do bebê, entre outras.

Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) também investigaram fatores associados com a depressão pós-parto na cidade de São Paulo, nos bairros Fazenda da Juta II

e Jardim Sinhá, tendo participado da pesquisa 70 puérperas. A única relação significativa foi encontrada entre a ocorrência de depressão pós-parto e a presença de suporte do marido: mulheres que não contavam com esse suporte apresentaram depressão com maior freqüência. A relação com a presença de suporte de outras pessoas não foi significativa. Também não foram observadas relações estatisticamente significativas entre a ocorrência de depressão pós-parto e as seguintes características: idade, cor, escolaridade, renda *per-capita*, ocupação, número de gestações prévias, história de abortamento ou prematuridade, risco obstétrico, nascimento dos bebês a termo ou pré-termo, Apgar e aleitamento.

Em Brasília, Zaconeta (2004) testou a associação entre as variáveis paridade, antecedente de aborto, tipo de parto e não programação da gravidez com o grau de sintomas de depressão pós-parto. Nenhuma das variáveis testadas apresentou associação significativa com a pontuação das mães na EDPE.

Moraes et al. (2006) entrevistaram 410 mães em Pelotas, usando a Escala de Hamilton para identificação de sintomas depressivos. A escala de Hamilton, ao contrário da EDPE e da BDI, usada nos outros trabalhos brasileiros anteriormente mencionados, não é um instrumento de auto-avaliação, de forma que os sintomas são avaliados por um profissional de saúde mental, geralmente, psiquiatra. Foram encontradas maiores taxas de depressão pós-parto entre as mães com nível socioeconômico e escolaridade mais baixos; menor número de consultas no pré-natal; preferência manifesta pelo sexo da criança (principalmente quando havia preferência pelo sexo masculino); pouco apoio do pai do bebê; e ter pensado em interromper a gravidez. O modelo final encontrado pelas análises multivariadas realizadas de forma hierárquica incluiu como primeira variável a renda familiar,

seguida por ter pensado em interromper a gestação e, por último, a preferência pelo sexo da criança.

2.5.2. Suporte Social

Um dos fatores de risco freqüentemente citados nos estudos sobre depressão pós-parto é o suporte social, que pode ser entendido como um conjunto de fatores sócio-ambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidar de forma mais apropriada com estressores ambientais (Lima, 1999). Dessen e Braz (2000) definiram rede social como o conjunto de pessoas, suas atividades e situações que oferecem apoio instrumental (ajuda financeira, divisão de responsabilidades e informações prestadas) e emocional (afeição, aprovação, simpatia e preocupação, bem como ações que levam a um sentimento de pertencimento a um grupo) ao indivíduo em diferentes necessidades. O apoio social pode ser fornecido por diversas pessoas, como membros da família (o pai ou a mãe, por exemplo), parentes da família mais extensa (como tios e avós), amigos, vizinhos ou colegas de trabalho (Dessen & Braz, 2000).

A rede social é considerada fundamental por Dessen e Braz (2000) em processos de transição como o ocorrido devido ao nascimento de uma criança, em que são exigidas da família estratégias, adaptações e habilidades para receber um novo membro na família e administrar as necessidades que surgirão a partir de sua chegada. Nessa situação, as mães apontam o suporte social do pai da criança como o mais importante, seguido pelo suporte de suas próprias mães. Alguns estudos têm encontrado relação negativa entre a presença e intensidade dos sintomas da

depressão pós-parto e a existência de alto suporte social (Coutinho, Baptista & Morais, 2002; Robertson et al., 2004; Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005).

Diversas escalas têm sido desenvolvidas para a mensuração do apoio social. Entre elas, pode-se citar a Escala de Apoio Social de Shrebourne e Stewart (1991, *apud* Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2003), que faz parte do Medical Outcomes Study (MOS). Essa escala se propõe a avaliar cinco dimensões do apoio social: material, afetivo, emocional, informação e interação positiva. A escala será descrita mais detalhadamente na seção 6.2 (Método) do presente trabalho. Silva e Coutinho (2005) aplicaram a Escala de Apoio Social em uma população de 65 gestantes, realizando análise de confiabilidade teste-reteste. A escala foi considerada um instrumento capaz de medir de maneira replicável o apoio social na população estudada. Foi sugerida a realização de outros estudos com o objetivo de validar a escala para mensuração do apoio social numa população de gestantes de baixa renda.

2.5.3. Meta-análise

A meta-análise é uma forma de revisar a literatura sintetizando quantitativamente os resultados de diversos estudos, através do uso de técnicas estatísticas.

Robertson et al. (2004) realizaram uma meta-análise dos estudos publicados em inglês entre 1990 e 2002 sobre fatores de risco para depressão pós-parto, o que incluiu cerca de dez mil participantes. Os resultados indicaram que ocorrência de depressão ou ansiedade durante a gravidez, histórico prévio de doença psiquiátrica, eventos de vida estressantes (como a morte da pessoa amada, rompimento de

relacionamento ou divórcio, perda de emprego ou mudança de casa) e ausência de suporte social adequado atuaram como fatores fortes a moderados para a ocorrência de depressão pós-parto; neuroticismo e experiência de relação marital problemática durante a gestação apareceram como fatores moderados; fatores obstétricos, como complicações na gravidez (exemplos: eclâmpsia, hiperemese, trabalho de parto prematuro) e no parto (como cesariana, parto prematuro e sangramento excessivo) e fatores socioeconômicos (indicadores de privação socioeconômica como desemprego, baixa renda e baixo nível de escolaridade) atuaram como fatores de risco fracos, mas significativos estatisticamente.

3. Abordagem evolucionista da depressão pós-parto: Principais hipóteses

3.1. A depressão pós-parto é adaptativa?

É contra-intuitivo pensar que possa ser adaptativo, para uma mãe, apresentar sentimentos de tristeza e irritabilidade diante do nascimento de um filho. Ainda assim, a prevalência de mulheres que apresentam melancolia pós-parto é bastante elevada, como foi apresentado na seção 2.2.1, e também a depressão pós-parto, conforme pudemos verificar em diversos estudos publicados (ver Tabela 2.1), atinge uma proporção considerável de mães. Assim, torna-se necessário indagar por que esses transtornos aparentemente não adaptativos ocorrem com tanta freqüência. Na presente seção, serão apresentadas algumas hipóteses que consideram a depressão pós-parto do ponto de vista da psicologia evolucionista.

Primeiramente, será apresentada a teoria de Hagen (1999, 2002), que hipotetizou que os sintomas aparentemente patológicos da depressão seriam uma forma de informar à mãe que ela está vivenciando (ou vivenciou recentemente) circunstâncias que estiveram relacionadas com custos para a sua adaptação, modelando sua tomada de decisão em relação ao investimento parental. O custo envolvido em gerar um filho é alto e os recursos energéticos disponíveis são finitos. Portanto, segundo a teoria do Investimento Parental, o indivíduo é forçado a decidir entre investir em esforço somático (sobrevivência, crescimento e desenvolvimento) ou em esforço reprodutivo. Este último, por sua vez, pode ocorrer em duas direções: esforço parental (investimento na prole) ou esforço de acasalamento (localizar parceiros e procurar copular com eles). Primatas humanos têm bebês bastante custosos, visto que são completamente dependentes dos cuidados de indivíduos

adultos para sua sobrevivência. No caso das mães humanas, devido ao dispêndio de energia na gestação e na amamentação e à limitação do número de filhos (geralmente, apenas um por gravidez), os custos do esforço parental são ainda maiores do que para os pais. Assim, a decisão da mãe em investir ou não na prole torna-se fundamental. Há ao menos duas situações que podem aumentar muito os custos do investimento: problemas de saúde da criança e falta de suporte social do pai e/ou da família (os quais também seriam beneficiados pelo crescimento da criança, visto que seus genes teriam chance de ser passados a uma nova geração). Portanto, mesmo nas crianças saudáveis, pode ser adaptativo para a mãe reduzir o investimento parental, se esse comportamento motivar os indivíduos da rede social da mãe e do bebê (como o pai da criança e outros familiares) a aumentarem o seu investimento, caracterizando aumento do suporte social.

A hipótese de Hagen (2002) está de acordo com a visão de Hrdy (2001) a respeito do infanticídio e do abandono de bebês recém-nascidos. A autora traçou uma perspectiva histórica mostrando que esses comportamentos estiveram presentes em amplas proporções em diversos momentos e culturas e não seriam, como normalmente se acredita em nossa sociedade, anti-naturais, mas estratégias adaptativas de escolha do momento oportuno de reprodução. Nas sociedades modernas, há uma proporção muito elevada de mulheres demasiadamente jovens e com baixo suporte social que, na ausência de outras formas de controle de natalidade, concebem e dão fim a bebês sem possibilidade de vingar.

Hagen (2002) procurou verificar experimentalmente sua hipótese, aplicando questionários auto-administrados a 129 famílias (tanto o pai quanto a mãe foram chamados a participar) com crianças entre três e trinta e duas semanas de vida. Os resultados mostraram que níveis altos de depressão pós-parto em um dos membros

do casal correlacionaram-se significativamente com aumento do investimento relatado pelo outro membro do casal, o que está de acordo com a hipótese de que os sintomas depressivos podem eliciar maior suporte social.

Numa meta-análise, Robertson et al. (2004) verificou que o suporte social relacionou-se negativamente com a ocorrência de depressão pós-parto, tendo sido um fator de intensidade forte a moderada (magnitude do efeito = -0,64), o que também fornece evidências para a teoria de Hagen (1999, 2002).

Existem outras hipóteses que procuram explicar a ocorrência de transtornos puerperais com base em teorias evolucionistas. A seguir, serão apresentadas três hipóteses mencionadas por Hrdy (2001), as quais não se excluem mutuamente.

A primeira baseia-se nos mecanismos neuroquímicos que ocorrem em fêmeas mamíferas durante a gravidez e o parto, que teriam sido selecionados por garantir a proximidade mãe-bebê. Os procedimentos modernos em relação ao parto e ao puerpério têm feito com que mães e bebês passem menos tempo juntos, o que poderia causar a depressão pós-parto como uma reação patológica a essa situação de afastamento, ou simplesmente como um subproduto da mesma.

A segunda, que, conforme Hrdy (2001), é defendida por Stephen Pinker, também se baseia em um mecanismo que teria sido selecionado ao longo do tempo, mas que entraria em conflito com o ambiente moderno. Trata-se da tendência que as mães apresentariam para eliminarem os filhos que nascessem com baixa viabilidade, ou em uma situação em que o pai da criança não estivesse presente para auxiliá-las na criação do mesmo. Atualmente, existem regras sociais e culturais que dificultam o infanticídio, o que poderia fazer com que as mesmas situações que motivariam as mães a praticá-lo levem-nas a apresentar os sintomas da depressão pós-parto. Essa hipótese, semelhante à de Hagen (1999, 2002), considera que os

transtornos puerperais têm origem especificamente humana, motivada pelo conflito entre a predisposição e a cultura. Hagen (2002) encontrou um resultado que dá suporte a essa teoria: as mães que, em seu estudo, perceberam que haveria prejuízo às suas relações conjugais, caso realizassem um aborto, tiveram maiores pontuações na EDPE.

A terceira hipótese que Hrdy (2001) menciona relaciona-se ao que se denomina agressividade lactacional vestigial. Estudos mostraram que a prolactina, hormônio responsável pela produção do leite (e, portanto, que apresenta níveis elevados após o parto), leva fêmeas mamíferas a apresentarem irritabilidade e hostilidade em relação a quem se aproximar, o que provavelmente foi adaptativo, no ambiente ancestral, para proteger a prole de ataques de predadores ou de infanticídio realizado por membros de sua própria espécie. Os comportamentos agressivos relacionados com esses sentimentos de irritação e hostilidade são, normalmente, julgados por nossa sociedade como inadequados para uma mulher, o que faria com que sejam reconhecidos como sintomas depressivos. Segundo essa teoria, quanto mais precária a situação em que a mãe se encontra e quanto mais esta se sentir ameaçada, mais defensiva ela tenderá a mostrar-se.

3.2. Apego

Fuchs (1987) descreve um interessante experimento não-premeditado realizado em Paris nos anos de 1830 a 1869. Nesse período, o hospital *La Maternité*, que admitia cerca de 2000 a 4000 mulheres de baixa renda (que não poderiam arcar com os custos de uma parteira) por ano, ficava em frente ao *Hospice des Enfants Assistés*, o único local em Paris no qual as crianças não desejadas

podiam ser abandonadas legalmente por suas mães. Estima-se que 45% das crianças ilegítimas eram abandonadas nesse local, por volta de 1830. Das mães que davam à luz no *La Maternité*, cerca de dois terços abandonavam seus bebês no *Hospice des Enfants Assistes*, normalmente logo após deixar a maternidade. Muitas mães nem chegavam a levar as crianças consigo ao receber alta no *La Maternité*, de modo que os próprios funcionários do hospital tinham de se encarregar de deixá-las no *Hospice des Enfants Assistés*. Para reduzir o número de bebês abandonados, instituiu-se um regime de prevenção ao abandono e o *La Maternité* passou a admitir apenas as mães que concordassem em cuidar de seus filhos durante o período de internação, que durava até oito dias, e levar seus filhos com elas quando deixassem o hospital. Como resultado dessa mudança de procedimento, a proporção de mães que abandonaram seus bebês caiu de 60%, em 1830, para 31%, em 1852 e, por fim, para uma média de 5% ao ano entre 1855 e 1900. Considerando-se que a permanência com o filho não havia mudado a situação econômica ou os conceitos culturais das mães sobre os bebês, Hrdy (2001) sugeriu que a alteração se deu no grau com que as mães haviam se apegado às crianças que amamentavam, como se a decisão de abandonar o bebê e o apego a ele operassem em diferentes sistemas.

Klaus, Kennel e Klaus (2000) relataram outras experiências em que o estímulo do contato precoce entre a mãe e o bebê evitou o abandono: na Tailândia, local em que a cada 33 bebês nascidos, um era abandonado, a adoção da prática de alojamento conjunto (manter a mãe e o bebê juntos, ocupando o mesmo quarto na maternidade) e a estimulação de contato entre mães e seus recém-nascidos diminuiu significativamente a freqüência de abandono. O mesmo ocorreu com a introdução do alojamento conjunto e da estimulação à amamentação precoce nas Filipinas e na Costa Rica.

O comportamento de apego pode ser definido como a busca e a manutenção da proximidade com outro indivíduo (Bowlby, 1984, 1988). O apego das mães em relação aos filhos, que possivelmente atuou impedindo que elas os abandonassem, conforme evidenciaram os resultados descritos por Fuchs (1987), parece ter resultado da experiência de interação, cuidados e contato físico. Este último é apontado como fundamental por Montagu (1988), que afirma que as mães apresentam necessidades de contato após o parto que podem exceder as do próprio bebê. Especialmente em mães humanas, essa necessidade parece ser maior que a dos demais mamíferos e serve a importantes funções não apenas psicológicas, mas também fisiológicas, como a interrupção da hemorragia pós-parto, a contração do útero, o desligamento da placenta e melhoras na circulação. Faz parte do repertório de comportamentos de cuidado materno aqueles chamados por Bowlby (1984) “comportamentos de recuperação”, termo que se refere às atividades da mãe com o objetivo de reduzir a distância mãe-bebê, retendo-o em estreito contato físico com ela. Entre os primatas, o comportamento de recuperação pode consistir em pegar e manter o bebê nos braços. A eliciação da recuperação pode ter várias causas próximas, como, por exemplo, os níveis hormonais da mãe, o local em que o bebê se encontra e o comportamento do bebê.

Para o bebê, o contato físico também é fundamental, conforme mostraram os clássicos experimentos de Harlow (1958), no qual filhotes recém-nascidos de macacos *Rhesus* foram separados de suas mães e expostos a uma situação em que podiam escolher entre dois tipos de mães substitutas: uma mãe feita de arame ou outra revestida por pano felpudo e dotada de uma lâmpada com função de aquecimento. Os filhotes foram divididos em dois grupos: em um deles, a mãe de pano continha mamadeira para aleitamento; no outro, a mamadeira estava na mãe

de arame. O tempo despendido pelo filhote junto a cada uma das mães substitutas foi computado automaticamente e, como resultado, verificou-se que, em ambos os grupos, os filhotes passaram significativamente mais tempo com as mães de pano, ou seja: o contato físico foi uma variável mais importante no desenvolvimento do apego dos filhotes do que o aleitamento.

Bowlby (1984), a partir da análise dos comportamentos de apego de diversos primatas, notou que as mães empenhavam grande esforço para manter os filhotes próximos de si e, simultaneamente, estes também não pareciam estar dispostos a distanciarem-se demasiadamente de suas mães.

Montagu (1988) afirma que o contato físico é imprescindível para o crescimento e para o desenvolvimento do bebê. Este, desde o nascimento, apresenta respostas ao toque. Klaus, Kennel e Klaus (2000) sugerem que o comportamento de sugar o dedo, que ocorre desde a vigésima quarta semana de gestação, pode ser explicado pelo grande número de receptores táteis nas mãos e na boca. Outra evidência de habilidade precoce para o contato físico e a formação do apego é a capacidade do bebê recém-nascido de encontrar o mamilo da mãe e sugá-lo, quando é colocado em contato pele a pele com o ventre materno.

Nota-se, portanto, que tanto da parte do bebê quanto da parte da mãe, há uma predisposição, provavelmente de ordem biológica, para o contato físico e a formação do apego. A predisposição da mãe e da criança para a vinculação afetiva provavelmente foi selecionada por proteger a prole de ataques de predadores, o que pode ser evidenciado, segundo Bowlby (1984), por três fatos principais: as probabilidades de um animal ser atacado e capturado por um predador são maiores em indivíduos isolados do que entre aqueles que se mantêm junto aos membros de sua espécie; o comportamento de apego é eliciado mais facilmente e com maior

intensidade entre os animais em situação mais vulnerável a predadores, como filhotes, fêmeas grávidas e animais doentes; e o comportamento de apego é eliciado com alta intensidade em situações de alarma.

A partir da interação estabelecida entre a mãe e o bebê, este pode desenvolver o apego com padrões diferentes. Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) e Ainsworth (1979) (ver também: Bowlby, 2004) desenvolveram um procedimento para classificar o estilo de apego, a partir das reações de crianças a uma situação estranha, envolvendo separação e reunião com a figura de apego (normalmente, a mãe). Um grupo de crianças de um ano de idade foi observado enquanto explorava brinquedos em uma sala. A mãe estava presente na situação inicial, mas em seguida ausentava-se e retornava pouco tempo depois. As crianças foram classificadas em três grupos, conforme a reação apresentada nesse contexto: (a) Crianças com apego seguro, que usavam a mãe como base segura de apego para explorar a sala, apresentando diminuição da exploração e choro durante a separação e busca de contato e interação no retorno da mãe; (b) Crianças com apego ansioso ou ambivalente, que demonstravam sinais de ansiedade mesmo quando em contato com a mãe, choro e estresse acentuados (mais intensos que no grupo das crianças com apego seguro) durante a separação e ambivalência no retorno da mãe, procurando contato e interação, ao mesmo tempo em que resistiam a essas situações; e (c) crianças com apego evitativo, que raramente choravam nos episódios de separação e que evitavam a mãe nos episódios de reunião, ignorando-a. Foi observado, em outros estudos, que o estilo de apego observado em crianças com um ano de idade tendeu a se manter constante quando as crianças foram reexaminadas aos seis anos de idade (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Acredita-se que o estilo de apego desenvolvido na infância tenha efeitos a longo prazo,

tendendo a permanecer até a fase adulta, com padrões que se repetem inclusive nos relacionamentos amorosos dos indivíduos.

O presente trabalho usou um instrumento (Escala de Apego Adulto de Colins – ver Anexo A) para verificar o estilo de apego das mães. Hipotetizou-se que as que apresentassem um estilo de apego mais seguro teriam menores chances de desenvolver sintomas depressivos após o parto. As mães com apego ansioso, por sua vez, tenderiam a perceber menor suporte social e, portanto, teriam maior propensão ao desenvolvimento de depressão pós-parto.

4. Busca de suporte social: Atribuição de semelhança física entre o bebê e seus pais

A presença de suporte social fornecido pelas pessoas relacionadas à mãe (como os seus familiares e o pai da criança) é um importante fator para que os custos do investimento na prole não excedam os benefícios (Hagen, 1999; 2002). Assim, pode-se esperar que a mãe apresente comportamentos que aumentem a probabilidade de investimento paterno na prole. Segundo a hipótese evolucionista, o esforço parental por parte do pai só é adaptativo caso este tenha segurança de que o filho realmente é dele. No caso dos mamíferos, no entanto, a incerteza da paternidade é comum, o que provocaria a baixa motivação do pai para o cuidado com a prole. Um comportamento materno que poderia assegurar o investimento do companheiro na criança, portanto, é a atribuição de sua semelhança física ao pai, o que indicaria que a relação de paternidade alegada teria maiores chances de ser verdadeira. Essa hipótese tem sido sustentada por diversos estudos, incluindo modelos teóricos (Pagel, 1997; Bressan, 2002) e dados experimentais (McLain, Setters, Moulton & Pratt, 2000), que indicaram que as mães, de fato, tendem a relatar que acham seus filhos parecidos fisicamente com o pai.

Pagel (1997) criou um modelo teórico segundo o qual aparentar semelhança com o pai seria uma estratégia adaptativa para os bebês. No entanto, se essa hipótese estiver correta, os custos para a criança gerada em uma relação adulterina seriam altos, podendo tender ao abuso e ao infanticídio. Assim, o anonimato (ou seja, a não semelhança com o pai ou com a mãe) poderia ser mais adaptativo, pois não prejudicaria a criança nascida em um lar em que o pai doméstico não é o pai biológico. Ao mesmo tempo, segundo esse autor, seria adaptativo que a criança não se parecesse com a mãe, considerando-se que: (a) a certeza da maternidade é

previamente estabelecida, não precisando ser reafirmada pela semelhança física; (b) os bebês que lembrassem os traços maternos teriam, provavelmente, traços mais adultos; (c) caso esses traços adultos lembrassem algum homem da comunidade, isso provocaria a insegurança da paternidade. Assim, o mais adaptativo para os bebês seria ter traços próprios de bebês, que não lembrassem nenhum de seus pais. Nesse modelo, o que determinaria se o bebê se assemelha ao pai ou tende ao anonimato é a proporção de casamentos promíscuos em relação aos casamentos em que o pai biológico é também o pai doméstico.

A partir de outro modelo teórico, Bressan (2002) afirmou que o anonimato do bebê beneficiaria não apenas a mãe e a criança, mas também o pai. Isso ocorreria porque, como o investimento dos machos no ato da cópula é relativamente baixo, estes seriam selecionados por investir, simultaneamente, em 1) ajudar a criar os filhos de uma das fêmeas com as quais tivessem copulado e 2) procurar copular e ter filhos com outras fêmeas, as quais não receberiam ajuda. Sendo assim, com o anonimato infantil, os machos poderiam sofrer o custo de criarem filhos que não seriam deles, porém os seus próprios filhos também teriam mais chance de sobreviver, pois não seriam reconhecidos pelos machos que mantivessem um relacionamento estável com outras fêmeas com as quais copularam.

O modelo de Bressan (2002) prevê, no entanto, que uma vez que o anonimato estivesse estabelecido, todos os bebês pagariam o custo da incerteza da paternidade, ou seja, todos sofreriam com a redução do investimento paterno. Assim, teriam se desenvolvido estratégias maternas para diminuir a incerteza dos pais, na forma de comentários atribuindo semelhança do recém-nascido ao pai doméstico.

Para verificar se os bebês humanos realmente se parecem com os pais ou se são anônimos (embora atribuídos aos pais pelas mães), McLain et al. (2000) realizaram um experimento em que compararam a opinião dos pais a respeito dos bebês com a opinião de juizes que não conheciam a família. Para isso, abordaram famílias de 160 recém-nascidos (de um a três dias) em três maternidades, fazendo-os pensar que estava sendo realizado um estudo genético sobre estruturas faciais. Após uma breve entrevista, tiravam fotos, separadamente, do bebê, da mãe e, quando presente, do pai. Quando estava de saída, o pesquisador perguntava, dando a entender que era uma mera curiosidade, com quem cada um achava que o recém-nascido se parecia. A opinião do pai e a da mãe eram anotadas fora do quarto. Em seguida, os pesquisadores montaram pranchas de estímulos, cada qual contendo a foto do bebê no centro e, ao lado, em colunas, três fotos de pais e três fotos de mães. As pranchas continham uma foto correta do pai e outra da mãe, e mais duas fotos de falsos pais e duas de falsas mães. Esses estímulos foram apresentados para estudantes universitários, 100 mulheres e 60 homens, não aparentados com a criança, os quais serviram como juizes. Pediu-se a eles que indicassem, na prancha, uma mãe e um pai que correspondessem aos pais do bebê apresentado no centro.

A análise de dados do experimento de McLain et al. (2000) mostrou que, dos 60 casais em que a mãe e o pai estavam presentes, foi observado que as mães atribuíram a semelhança de seus filhos significativamente ($p<0,001$) com maior freqüência aos pais (60%) que a elas mesmas (40%). Já os pais não apresentaram diferença significativa nas opiniões, atribuindo a semelhança dos bebês a si mesmos em 51,4% das vezes e à mãe em 48,6% das vezes. Comparando essas 60 observações com as outras 100 em que apenas a mãe foi entrevistada, observou-se que as mães apresentaram maior tendência de atribuir a semelhança do bebê ao pai

quando este estava presente ($p = 0,006$), situação em que 87,5% disseram que o filho parecia o pai, enquanto 12,5% disseram que parecia consigo mesma. Quanto aos juizes não aparentados, observou-se que indicaram corretamente os pais do bebê na prancha em um número de observações um pouco mais elevado do que seria esperado ao acaso (acerto de 1,10 a 1,23 vezes maior do que o que se esperaria ao acaso, $p < 0,001$ para as mães e $p < 0,025$ para os pais). Houve maior acerto de fotos das mães do que dos pais ($p < 0,05$), indicando que os bebês, provavelmente, têm mais semelhança com a figura materna. Esse resultado contrasta com o modelo teórico de Pagel (1997), que previa que o bebê não se pareceria com a mãe.

Algumas críticas podem ser feitas aos experimentos usando fotos e juizes não aparentados. Uma delas, levantada por McLain et al. (2000), é que as fotos são estímulos pobres em comparação com a visão das pessoas em si, podendo fazer com que os juizes não percebessem alguns traços importantes que denotariam semelhança. Bressan e Martello (2002), por sua vez, argumentaram que há uma diferença fundamental entre uma pessoa ver uma família junta e ver fotos separadas da mãe, do pai e da criança, porque no primeiro caso, há razões para que se pense que os indivíduos são aparentados, enquanto no segundo, não há. Poderia haver uma tendência para que as pessoas afirmem haver semelhança quando acreditam que os indivíduos são aparentados. Para verificar se isso ocorre, as autoras realizaram experimentos em que os juizes viam fotos de crianças e seus supostos pais (alguns verdadeiros e outros falsos) nas seguintes situações: a) sendo informados de que os adultos nas fotos eram os pais da criança; b) sendo informados de que os adultos nas fotos não eram os pais da criança e c) não recebendo informação sobre a presença ou ausência de parentesco entre a criança

e os adultos nas fotos. A partir dos resultados, concluiu-se que, tal qual ocorreu no experimento de McLain et al. (2000), o efeito dos laços genéticos entre os indivíduos foi pequeno na atribuição de semelhança pelos juizes não aparentados. No entanto, foi constatado que, quando informados de que havia parentesco entre os indivíduos mostrados nas fotos, os juizes consideraram haver maior semelhança entre os adultos e as crianças, tanto quando os pais eram verdadeiros, quanto quando eram falsos. As autoras afirmaram que seus resultados foram consistentes com a idéia de que as alegações de semelhança entre parentes podem representar o resultado de um viés cognitivo direcionado a assegurar a paternidade aos pais.

Se a atribuição de semelhança física do bebê ao pai é uma forma de assegurar o investimento paterno nos filhos, pode-se considerar que é um mecanismo através do qual a mãe aumenta a chance de obtenção de suporte social. Assim, estabelece-se uma relação com as teorias relativas à depressão pós-parto e pode-se hipotetizar que as mães que desenvolvem sintomas depressivos no puerpério teriam maior tendência de relatar que seu filho é parecido fisicamente com o pai.

5. Objetivos e hipóteses

5.1. Objetivos

O presente trabalho é parte do Projeto Temático da FAPESP *Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas conseqüências*, coordenado por Emma Otta e Vera Sílvia Raad Bussab, Professoras Titulares da Universidade de São Paulo, e pela Professora Doutora Maria Teresa Zulini da Costa, pediatra. Além disso, é também parte de uma das linhas de pesquisa do Projeto Institutos do Milênio do CNPq "*O moderno e o ancestral: a contribuição da psicologia evolucionista para a compreensão dos padrões reprodutivos e de investimento parental humano*", coordenado pela Profa. Dra. Maria Emília Yamamoto, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar a depressão pós-parto, seus fatores de risco e indicadores de vinculação entre a mãe e o bebê desde o momento do nascimento, relacionando-os com a abordagem da psicologia evolucionista. De forma mais específica, objetivou-se investigar, à luz dos conceitos da psicologia evolucionista:

(1) A prevalência da depressão pós-parto em mães atendidas pela rede pública de saúde do distrito do Butantã, no município de São Paulo.

(2) Fatores de risco e de proteção associados à ocorrência e à intensidade dos sintomas de depressão pós-parto.

(3) Se há relação entre a ocorrência de depressão pós-parto e a atribuição da semelhança física da criança a pessoas da família.

5.2. Hipóteses

Considerando a teoria de Hagen (1999, 2002), podemos supor que a depressão pós-parto esteja associada a situações de precariedade de recursos para criar a prole, que resultaria na necessidade de angariar suporte social, principalmente vindo do pai do bebê. Desta maneira, o presente estudo foi norteado pelas seguintes hipóteses:

5.2.1. Prevalência

Espera-se que a prevalência de depressão pós-parto na população estudada esteja em torno de 35%, valor encontrado em outros estudos realizados com população de baixa renda na cidade de São Paulo (Skazufka, 2000; Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005).

5.2.2. Fatores de risco e proteção

5.2.2.1. Idade da mãe e do pai do bebê

a) Idade da mãe do bebê: espera-se que os sintomas de depressão pós-parto sejam mais intensos em mães mais jovens, pois estas estão no início de suas vidas reprodutivas, tendo, portanto, maior probabilidade de engravidarem novamente no futuro. Assim, pode ser vantajoso reduzir o investimento no bebê atual, aguardando para investir nos filhos que tiver futuramente, quando a situação pode ser mais favorável à sua criação. Já

para as mulheres mais velhas, a possibilidade de que engravidem novamente é menor, de forma que o bebê atual assume maior importância para o seu sucesso reprodutivo, principalmente se a mãe for primípara. Assim, a mãe seria levada a aumentar o seu investimento na criança.

b) Idade do pai do bebê: espera-se que não tenha influência sobre a intensidade de sintomas depressivos relatados pelas mães após o parto.

5.2.2.2. Escolaridade da mãe e do pai do bebê

Considerando-se que a escolaridade está fortemente associada à renda e, portanto, à disponibilidade de recursos materiais que podem ser direcionados para a criação da prole, espera-se que níveis de escolaridade mais baixos de ambos os membros do casal atuem como um fator de risco para a depressão pós-parto, ou seja, que a escolaridade baixa da mãe e/ou do pai estejam relacionados com maiores probabilidades de ocorrência da depressão pós-parto.

5.2.2.3. Ocupação da mãe e do pai do bebê

a) Ocupação da mãe do bebê: espera-se que as mães que realizam atividades fora do lar (trabalham ou estudam) relatem sintomas mais intensos de depressão pós-parto, pois teriam menos tempo para dedicar-se aos cuidados com o bebê, havendo maior necessidade de angariar suporte social.

b) Ocupação do pai do bebê: inversamente, espera-se que nos casos em que o pai do bebê trabalha fora, as mães relatem sintomas menos

intensos de depressão pós-parto, porque os parceiros provavelmente terão mais condições de proverem recursos materiais para o sustento da prole. Nos casos em que o pai do bebê estuda, também se espera menor freqüência de depressão pós-parto, visto que o aumento da escolaridade também está relacionado a um provável aumento da renda.

5.2.2.4. Informações sobre a família

São considerados membros da família, no presente estudo, as pessoas que moram na mesma casa que a participante. Espera-se que o tipo de família tenha relação com a intensidade dos sintomas depressivos após o parto, conforme será detalhado a seguir.

a) Presença do pai do bebê: espera-se que as mães que relataram não morar com o pai do bebê e/ou não conviver com ele apresentem sintomas depressivos menos intensos após o parto, devido à maior probabilidade de que o companheiro forneça suporte.
b) Composição familiar: esperam-se sintomas mais intensos de depressão pós-parto nos tipos de família em que a mãe tem menos possibilidade de suporte, ou seja, na família mononuclear (a mãe não tem companheiro nem familiares morando na mesma casa), seguida pela mononuclear estendida (a mãe não tem companheiro, mas tem familiares vivendo na mesma casa) e pela nuclear (a mãe tem companheiro, mas não tem familiares vivendo na mesma casa) e, por fim, pela nuclear estendida (a mãe tem companheiro e familiares vivendo na mesma casa).

c) Mãe do bebê ter filhos de outros relacionamentos: espera-se que as mães que têm filhos de relacionamentos anteriores apresentem sintomas depressivos mais intensos. Em muitas espécies, quando um macho se une a uma fêmea que já tem filhotes de outro parceiro, ele mata esses filhotes, para garantir que a fêmea dedicará o investimento parental, exclusivamente, à prole proveniente do relacionamento atual, que contribuirá para o sucesso reprodutivo do macho em questão (Hrdy, 2001). Na espécie humana, isso não costuma ocorrer, mas tem sido observado que os casos de agressão e abuso de crianças são mais comuns por parte dos padrastos do que por parte dos pais biológicos. Assim, as mães que têm filhos de outros relacionamentos podem apresentar preocupações mais intensas não apenas com o bebê atual, como também com os outros filhos, o que as levaria a apresentar sintomas depressivos mais intensos no puerpério.

d) Pai do bebê ter filhos de outros relacionamentos: é esperado que essa variável esteja relacionada com sintomas mais intensos de depressão pós-parto, pois o(s) filho(s) de relacionamento(s) anterior(es) do pai e o bebê atual competiriam pelo investimento paterno. A(s) criança(s) de relacionamento(s) anterior(es) contribuem para o sucesso reprodutivo do pai, mas não da mãe do bebê atual. Assim, a mãe do bebê atual também disputaria o investimento parental de seu companheiro com a(s) mãe(s) do(s) filho(s) anterior(es), e a depressão pós-parto poderia ser uma estratégia não-consciente que atuaria nesse sentido.

e) Número de pessoas na casa: considerando-se que as casas das mães do presente estudo eram, em sua maioria, pequenas (o que foi constatado nas visitas domiciliares, e que também pode ser inferido se consideramos que,

conforme já foi mencionado, a maior parte das mães morava em favelas e habitações populares), a presença de muitos habitantes na casa provavelmente causará desconforto e estará relacionada com condições econômicas precárias, que obrigam à convivência em família estendida, ou seja, famílias em que diversas gerações – e, em alguns casos, também indivíduos não aparentados – residem no mesmo espaço, geralmente devido à falta de recursos para que cada família tenha sua casa. Assim, espera-se que o número alto de habitantes na casa esteja relacionado com o relato de sintomas mais intensos de depressão pós-parto.

f) Número de filhos vivos: a mulher que já tem filhos sobreviventes está, provavelmente, mais próxima de atingir o sucesso reprodutivo com as crianças mais velhas, nas quais já houve um investimento anterior, que com o bebê atual. Em caso de escassez de recursos, pode ser mais proveitoso, em termos de adaptação, continuar investindo nos filhos mais velhos do que começar o investimento em um novo bebê. Assim, espera-se que as mães com maior número de filhos vivos apresentem sintomas mais intensos de depressão pós-parto, o que faria com que, reduzindo o investimento no bebê, fosse angariado suporte social para criar toda a prole.

g) Número de crianças na casa: devido à existência de muitas famílias estendidas, nem sempre o número de crianças na casa é igual ao número de filhos vivos. Há residências em que a mãe convive não apenas com seus próprios filhos, mas também, por exemplo, com sobrinhos, irmãos mais novos e filhos de outro casamento do marido. Quanto maior for o número de crianças na casa, maior é a competição por investimento parental dos adultos que moram na mesma residência. Assim, espera-se que as mães que têm um

maior número de crianças morando em sua residência apresente sintomas depressivos mais intensos no puerpério.

h) Razão entre crianças e adultos na casa: seguindo a linha de raciocínio anterior, quanto menos adultos na casa, menos pessoas estariam disponíveis para prover suporte para cuidar das crianças. Assim, espera-se que quando há mais crianças por adultos, os sintomas depressivos no puerpério sejam mais intensos.

5.2.2.5. Histórico psiquiátrico

Trabalhos anteriores (Robertson et al., 2004) têm mostrado que a depressão pós-parto é mais freqüente em mulheres que já têm histórico de depressão ou de outros transtornos psiquiátricos. Assim, espera-se que, na presente pesquisa, o histórico de depressão anterior, não relacionada a ocorrência de gestação, esteja relacionado com sintomas depressivos mais intensos após o parto.

5.2.2.6. Características da gestação

a) Planejamento, desejo e aceitação da gravidez: espera-se que sintomas de depressão pós-parto mais intensos estejam presentes nos casos de gravidez não planejada, não desejada e/ou não aceita, o que indicaria que o ambiente, naquele momento, não é oportuno para a reprodução.

b) Intercorrências: espera-se que a presença de intercorrências na gestação esteja relacionada com maior intensidade de sintomas depressivos após o parto, pois as intercorrências podem estar relacionadas com saúde mais

precária do bebê, o que indicaria que o investimento parental seria mais custoso.

c) Paridade: as mães primíparas, ou seja, que estão na primeira gestação, poderiam sentir mais ansiedade devido às novidades representadas pela gravidez, o parto e os cuidados com o bebê. No entanto, a paridade tem estreita relação com a Hipótese 5.2.2.4-f, a respeito do número de filhos vivos. Acredita-se, assim, que as mães multíparas terão mais chance de apresentar depressão pós-parto, devido à condição mais custosa que se impõe quando é necessário criar dois ou mais filhos, e não apenas um.

5.2.2.7. Avaliação das relações afetivas

a) Avaliação do ambiente familiar na infância: espera-se que as mães que avaliarem seu ambiente familiar durante a infância como mais estressante, tendo sido alvos de menos afeto e preocupação por parte dos pais, e de mais rejeição e punição, terão sintomas depressivos mais intensos após o parto.

b) Avaliação do conflito na relação com o companheiro atual: a presença de conflito entre o casal provavelmente diminui o auxílio que o pai do bebê presta à mãe, além de aumentar a possibilidade de uma separação, o que resultaria em possibilidades de investimento ainda menores por parte do pai. Assim, espera-se que quanto maior o conflito relatado com o pai da criança, maior seja o grau de sintomas de depressão pós-parto relatados pela mãe.

5.2.2.8. Suporte social: espera-se que as mães que perceberem menor apoio social, em todas as dimensões, terão sintomas depressivos mais intensos após o parto.

5.2.2.9. Padrões de apego: espera-se que as mães que apresentarem padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e falta de confiança na rede social terão sintomas depressivos mais intensos após o parto.

5.2.2.10. Características do parto

a) Tipo de parto: a necessidade de cesárea indica maior probabilidade de problemas de saúde da mãe e/ou do bebê, de forma que o investimento na criança seria mais custoso. Assim, espera-se maior freqüência de ocorrência da depressão pós-parto quando foi realizada cesárea.
b) Acompanhante no trabalho de parto e no parto: o HU-USP permite que a mãe tenha um acompanhante por ela indicado durante o trabalho de parto e durante o parto, se ela desejar. Espera-se que a presença de acompanhante esteja relacionada com menor chance de ocorrência de depressão pós-parto, pois é um indicativo de suporte social.

5.2.2.11. Características do recém-nascido

a) Sexo do bebê: o sexo do bebê poderia ter efeito sobre a probabilidade de ocorrência de depressão pós-parto caso tivesse relação com a expectativa de sobrevivência da criança. Nesse caso, o sexo com menores chances de sobreviver provavelmente estaria mais relacionado à ocorrência de depressão pós-parto na mãe, pois ela precisaria de mais suporte para criar o(a) filho(a). Não temos evidências, no entanto, de que na população estudada algum

sexo tenha probabilidade de sobrevivência maior que a do outro sexo, de forma que não esperamos encontrar efeito dessa variável sobre a depressão pós-parto.

b) Peso e altura do bebê, tempo de gestação: essas três variáveis estão relacionadas com a saúde do bebê. Espera-se que as mães precisem de maior suporte para criar um bebê com menor probabilidade de sobrevivência, o que poderia ser indicado por peso e altura mais baixos e/ou por tempo de gestação mais curto do que se considera normal (atualmente, considera-se normal a gestação com duração entre 38 e 42 semanas). Assim, espera-se que a depressão pós-parto ocorra com maior freqüência em mães que tiveram bebês de peso e altura mais baixos e com gestação mais curta.

5.2.2.12. Avaliação do ambiente familiar na infância, padrões de apego e percepção de suporte social

Espera-se que o ambiente familiar na infância, os padrões de apego e a percepção de suporte social estejam relacionados entre si e com a ocorrência de depressão pós-parto.

As teorias a respeito do apego afirmam que seus padrões são construídos a partir dos relacionamentos que a pessoa mantém durante a infância, e que costumam se manter até a fase adulta, orientando os relacionamentos amorosos e também com outras pessoas de seu convívio. Assim, espera-se que a forma como a participante avalia o seu ambiente familiar e suas relações com os cuidadores durante a infância esteja associada com os padrões de apego que se mostrarão através da EAA.

A percepção de suporte social, por sua vez, pode influenciar e ser influenciada pelas relações que são estabelecidas com a rede social. Pessoas com padrão de apego mais inseguro podem demandar mais suporte do que o que é oferecido pela rede, enquanto, ao mesmo tempo, a ausência de suporte pode fazer com que as pessoas confiem menos na rede e se tornem mais inseguras e ansiosas. Assim, também se espera encontrar associação entre alta percepção de suporte social e pontuações baixas nos fatores de apego que indiquem insegurança, ansiedade e pouca confiança nos relacionamentos.

Se a hipótese de que a presença de maior suporte social estaria relacionada com sintomas de depressão pós-parto mais amenos for confirmada, então podemos esperar, também, que haja associação entre depressão pós-parto e insegurança e ansiedade nos relacionamentos, e também com a avaliação do ambiente familiar durante a infância como mais hostil (menos afetuoso, com menos preocupação por parte dos pais, com mais castigos e rejeições).

Em síntese, espera-se que:

a) As mães que apresentarem padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e dificuldade de confiar na rede social apresentarão, também, avaliação do ambiente familiar durante a infância como mais estressante, tendo sido alvos de menos afeto e preocupação por parte dos pais, e de mais rejeição e punição.
b) As mães que apresentarem padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e dificuldade de confiar na rede social apresentarão, também, percepção de menor disponibilidade de suporte social.

c) As mães que avaliarem seu ambiente familiar durante a infância como mais estressante, tendo sido alvos de menos afeto e preocupação por parte dos pais, e de mais rejeição e punição, perceberão menor suporte social.

5.3. Atribuição de semelhança física

Afirmar que o bebê se parece com o pai, conforme discutido no capítulo 4, pode ser uma estratégia materna para obter suporte social do companheiro, através da indicação de que o bebê é, de fato, seu descendente.

Considerando-se que as mães com níveis mais elevados de sintomas depressivos seriam, conforme a teoria de Hagen (1999, 2000), aquelas que necessitam de maior suporte social, espera-se que essas mães atribuirão a semelhança física de seus bebês à figura paterna com maior freqüência que as mães com sintomas depressivos inexistentes ou mais amenos.

6. Método

6.1. Participantes

A presente pesquisa contou com a participação de mães que, entre novembro de 2006 e outubro de 2008, estavam no terceiro trimestre de gestação e realizavam o pré-natal em uma das seguintes unidades públicas de atenção primária em saúde do distrito do Butantã, no município de São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (CSEB - 140 mães), Unidade Básica de Saúde (UBS) Jd. São Jorge (60 mães) e UBS Engenheiro Guilherme H. P. Coelho, também conhecida como Vila Dalva (45 mães), totalizando 245 mães. Todas participaram da primeira etapa da pesquisa. Desta amostra inicial, 181 mães participaram da segunda etapa e 138 chegaram à terceira etapa.

Houve, portanto, 26% de perda da primeira para a segunda etapa, e 44% de perda da primeira para a terceira etapa. Os índices de perda foram altos, o que se deveu a diversos fatores: desistências; impossibilidade de encontrar a participante, pois esta havia mudado de casa e/ou telefone; mudança de cidade; faltas repetidas e não justificadas nas entrevistas agendadas.

No início de todas as entrevistas, o endereço e o telefone das participantes era recolhido ou atualizado, de modo a possibilitar o futuro contato para o seguimento do estudo longitudinal. No entanto, muitas mães não tinham telefone e, algumas vezes, o endereço não era fixo, situações que resultaram em dificuldades para localizar as participantes.

Análises estatísticas mostraram que houve poucas diferenças significativas entre as amostras de mães das três UBSs, bem como entre as amostras de mães

que participaram da primeira, da segunda e da terceira entrevistas. As diferenças que foram significativas serão mencionadas nas descrições de resultados (ver capítulo 8 – Resultados e discussão).

6.2. Material

Para a realização do presente trabalho, foram elaborados três roteiros de entrevista estruturada (ver Anexos A - C[3]), os quais continham questões elaboradas pelos pesquisadores do Projeto Temático visando à obtenção de informações sobre características familiares, ginecológicas e obstétricas, escolaridade, relacionamento com o pai da criança, informações sobre o parto, a saúde da criança, as preocupações e cansaço no período de puerpério, questões sobre atribuição da semelhança física do bebê a familiares e os motivos para a escolha do nome da criança, entre outras.

As questões foram divididas entre as três entrevistas, a primeira aplicada ainda durante o período de gestação, a segunda após o parto (preferencialmente, até dois dias depois de nascido o bebê) e a terceira, preferencialmente, de nove a 12 semanas após o parto.

Além das questões elaboradas pelos pesquisadores, os roteiros de entrevista continham os seguintes instrumentos:

[3] Nos anexos A - C, os instrumentos estão completos, tais como foram aplicados nas entrevistas realizadas. No entanto, visto tratar-se de Projeto Temático, o questionário também continha questões referentes a outras pesquisas, de forma que nem todas as questões foram analisadas no presente trabalho.

6.2.1 – Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EDPE)

A EDPE foi desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) para identificar e mensurar depressão pós-parto, em centros de saúde em Livingston e Edimburgo. Os autores, na elaboração do instrumento, levaram em consideração que ele deveria ser bem aceito pelas mulheres e pela equipe de saúde, simples de ser respondido, não requerer que o entrevistador tivesse conhecimentos em psiquiatria e ter validade satisfatória.

A escala consiste em dez declarações, para as quais a mãe deve escolher uma das quatro possibilidades de intensidade de sintomas que se aproxima mais da forma como ela se sentiu ao longo da última semana. Cada item avalia um sintoma depressivo, recebendo uma pontuação de zero a três, conforme a resposta da mãe. Nos itens 3 e 5-10 da escala (correspondentes aos itens 29 e 31-36 do Anexo C), marcados com asterisco, a pontuação é invertida. Dessa maneira, a pontuação zero corresponde, em todos os itens, à ausência do sintoma, enquanto as pontuações de um a três correspondem à sua presença em graus diferenciados, do mais fraco ao mais intenso, respectivamente. Em seguida, são somados os pontos atribuídos a cada item, de forma que a pontuação total mínima na escala é zero e a máxima é 30.

As questões que compõem a EDPE foram baseadas em outras escalas (*Irritability, Depression and Anxiety Scale – IDA; Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD; Anxiety and Depression Scale of Bedford & Foulds*) e em itens elaborados pelos próprios autores (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). A validação da escala foi realizada comparando a pontuação das mães com o diagnóstico realizado a partir da *Goldberg's Standardized Psychiatric Interview – SPI*, que é baseada no

Research Diagnostic Criteria – RDC. Verificou-se que, adotando um ponto de corte de 12/13, a escala apresentou sensibilidade[4] de 86%, especificidade[5] de 78% e valor preditivo positivo[6] de 73%.

A EDPE foi traduzida para o português e validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999; ver também: Santos, 1995), que consideraram o ponto de corte 11/12 mais adequado para o contexto do país, apresentando sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo positivo de 78%. Sendo assim, esse ponto de corte foi adotado para o cálculo da prevalência no presente estudo. Outras pesquisas brasileiras (ex.: Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005) também trabalharam com o ponto de corte 11/12, o que permite comparação entre os resultados observados.

6.2.2. Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social foi desenvolvida por Shrebourne e Stewart (1991, *apud* Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2003), sendo parte do Medical Outcomes Study (MOS). O instrumento foi traduzido para o português por Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001) e sua confiabilidade teste-reteste foi estabelecida por Griep et al. (2003).

O instrumento, que é composto por 19 itens, propõe-se a avaliar a percepção do respondente do grau em que suas relações inter-pessoais correspondem a funções de apoio material (provisão de recursos práticos e ajuda material – 4 itens),

---

[4] Sensibilidade é a proporção de mulheres consideradas deprimidas segundo o RDC que também foram identificadas como deprimidas a partir da pontuação da EDPE, ou seja: a proporção de casos positivos verdadeiros.

[5] Especificidade é a proporção de mulheres consideradas não deprimidas segundo o RDC que também foram identificadas como não deprimidas a partir da pontuação na EDPE, ou seja: a proporção de casos negativos verdadeiros.

[6] Valor preditivo positivo é a proporção de mulheres consideradas deprimidas por sua pontuação na EDPE que também foram classificadas como deprimidas pelo RDC.

afetivo (demonstrações físicas de amor e afeto – 3 itens), de interação social positiva (contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se – 4 itens), emocional (habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo, situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida – 4 itens) e informação (contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem – 4 itens). Além das cinco dimensões, é calculado, ainda, um escore de apoio total, composto pela totalidade de itens da escala.

Os itens avaliam a freqüência com que o respondente pode contar com pessoas que o apóiem nas situações sugeridas, podendo ser escolhida uma das seguintes respostas: Nunca (1), Raramente (2), Às vezes (3), Quase sempre (4) e Sempre (5).

A partir das respostas, são calculados escores padronizados de cada uma das cinco dimensões de apoio social, somando-se os pontos obtidos nas perguntas correspondentes a cada dimensão, dividindo-se esse valor pela pontuação máxima que poderia ser obtida na escala e multiplicando-se o resultado por 100. Assim, em cada dimensão e no escore total de apoio, a pontuação mínima possível é 20 e a máxima é 100. No presente trabalho, essa fórmula foi adotada para o cálculo das pontuações apenas para as análises descritivas (média e desvio padrão), de forma a facilitar a interpretação dos dados. Para os testes estatísticos (ANOVA, correlação e regressão logística), o valor da pontuação em cada fator foi calculado automaticamente pelo SPSS a partir de análise fatorial e padronizado pelo escore Z, garantindo a homogeneidade das escalas dos instrumentos de medida.

6.2.3. Escala de Apego Adulto de Colins (EAA)

Uma versão em português da Escala de Apego Adulto de 18 itens de Colins (1996) foi usada para avaliar os estilos de relacionamento da mãe.

O questionário consiste em 18 afirmações que os participantes devem avaliar, decidindo entre cinco possibilidades: “Não tem nada a ver comigo”, “Um pouco parecido comigo”, “Mais ou menos parecido comigo”, “Bastante parecido comigo” e “Tem tudo a ver comigo”, respostas que correspondem, respectivamente, a pontuações de um a cinco em cada item. Originalmente, os itens são divididos entre três escalas (Confiança, Conforto com a proximidade e Ansiedade no relacionamento), cujos escores são obtidos a partir da somatória dos pontos de cada item que as compõe, dividida pelo número de itens e mutiplicada por 100. Os valores obtidos por essa fórmula foram usados apenas nas análises descritivas (média e desvio padrão), assim como se fez com a Escala de Apoio Social. Para os testes estatísticos, os valores foram calculados automaticamente pelo SPSS na análise fatorial, padronizados pelo escore Z.

6.2.4. Questionários elaborados para as três entrevistas

Além das três escalas já mencionadas (EDPE, EAS, EAA), foram elaboradas outras questões para compor as três entrevistas. Algumas questões envolviam respostas fechadas, como “sim” ou “não”, enquanto outras foram formuladas com escalas Likert de cinco ou sete pontos.

Na primeira entrevista (Anexo A), realizada durante o terceiro trimestre de gestação, as questões envolviam:

a) Idade: idade da participante e do pai do bebê.

b) Escolaridade: escolaridade da participante e do pai do bebê.

c) Ocupação: ocupação da participante e do pai do bebê (se trabalhavam e/ou estudavam).

d) Informações sobre a família: investigação sobre o número de pessoas que moravam na mesma residência que a participante, incluindo sexo e idade dos moradores. A partir dessas respostas, foram obtidas as seguintes informações: se a mãe morava e/ou convivia[7] com o pai do bebê, composição familiar (classificada pelo pesquisador, a partir das respostas da participante, em: mononuclear, mononuclear estendida, nuclear e nuclear estendida), se o pai do bebê e/ou a participante tinha filhos de relacionamentos anteriores, número de pessoas morando na casa, número de filhos vivos da participante, número de crianças e de adultos (maiores de 16 anos) morando na casa e razão entre o número de crianças e o número de adultos na casa, calculada a partir do número relatado de crianças e de adultos.

e) Histórico psiquiátrico: verificou-se se a mãe já havia tido depressão anteriormente, não relacionada com a gestação; se já havia tomado medicamento psiquiátrico; e se no momento da entrevista era usuária de medicamento psiquiátrico.

f) Características da gestação: se a gestação atual havia sido planejada e se era desejada e aceita no momento em que a entrevista foi realizada; se houve alguma intercorrência em relação à saúde da gestante e/ou do bebê durante a gestação (novamente conforme relatado pela mãe, pois não dispúnhamos

[7] Foi considerado que as mães conviviam com o pai da criança quando estas relatavam estar namorando, noivas ou casadas com ele, independentemente de morarem com seus companheiros ou não.

de informações de prontuário); paridade (se a mãe era primípara ou multípara).

g) Avaliação das relações afetivas: avaliação feita pela participante de seu ambiente familiar na infância (o quanto achava que era alvo de afeto, preocupação e/ou rejeição dos pais; como classificaria seu ambiente familiar na infância, dentre as categorias: muito afetivo, afetivo, nem muito afetivo e nem muito estressante, de vez em quando estressante e quase sempre estressante) e do conflito presente em sua relação atual com o pai do bebê, indicada em uma escala Lickert de um a sete, em que um indicava nada conflituoso e sete indicava extremamente conflituoso.

Na segunda entrevista (Anexo B), realizada logo após o parto, foram investigadas as seguintes questões:

a) Características do parto: tipo de parto e presença de acompanhante indicado pela mãe no trabalho de parto e no parto propriamente dito.
b) Características do recém-nascido: sexo do bebê, peso e altura ao nascer, tempo de gestação.
c) Variáveis relacionadas a possível busca de suporte social: perguntas sobre a semelhança física do bebê.

6.3. Procedimento

A presente pesquisa passou, inicialmente, por apreciação de três comitês de ética, como exigência para que se pudesse usar a metodologia proposta: o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Anexo D), o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria

Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Anexo E) e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Anexo F).

As participantes foram entrevistadas em três momentos, que inicialmente, haviam sido previstos da seguinte forma: a primeira entrevista durante o terceiro trimestre de gestação, nas UBSs; a segunda, até dois dias após o parto, no HU; a terceira, de nove a 12 semanas de gestação, novamente nas UBSs. No entanto, durante a realização da coleta de dados, deparamos com dificuldades para encontrar as mães dentro do prazo estabelecido, o que nos levou a flexibilizar, em alguns casos, o padrão de tempo estabelecido no projeto inicial, evitando perdas excessivas de participantes.

A Tabela 6.1 mostra a média e o desvio padrão, em dias, do tempo transcorrido entre a realização das entrevistas e o parto. Observa-se que a primeira entrevista foi realizada, em média, 52,5 dias antes do parto. Apenas as 181 participantes que realizaram a segunda entrevista foram levadas em consideração nessa análise, porque não tínhamos informação sobre a data do parto das demais.

Entre a data do parto e a segunda entrevista, a média foi de 10,9 dias. No entanto, 75,1% das entrevistas foram realizadas até três dias depois do nascimento do bebê. A média e desvio padrão elevados ocorreram porque, nos casos em que não foi possível localizar a mãe no hospital, havia dificuldade em entrevistá-las na unidade básica de saúde, visto que os bebês eram, ainda, muito novos, o que fazia com que muitas mães apresentassem receio em sair de casa com eles para ir até o local da entrevista. Quando possível, realizávamos entrevistas domiciliares. Em outros casos, aproveitávamos ocasiões em que as mães já iriam à UBS por outro motivo (consulta com pediatra, retorno ao ginecologista, vacinação do bebê, etc.).

Houve, ainda, sete casos (0,04%) em que a segunda entrevista foi realizada no mesmo dia que a terceira entrevista, pois só foi possível encontrar a mãe novamente quando o bebê já tinha entre dois e quatro meses.

Tabela 6.1 – Tempo transcorrido, em dias, entre as três entrevistas realizadas e a data do parto.

Tempo transcorrido (dias)	**Média**	**DP**	**N**
Entre primeira entrevista (gestação) e data do parto	52,5	34,7	181
Entre data do parto e segunda entrevista	10,9	24,9	181
Entre data do parto e terceira entrevista	87,4	40,1	138

A média de dias transcorridos entre o parto e a terceira entrevista foi de 87,4 dias, o que está além do período que havíamos planejado (entre nove e 12 semanas). De fato, apenas 60,9% das mães realizaram a entrevista entre 63 e 84 dias após o parto, o que se deve à dificuldade que tivemos de encontrar algumas mães e marcar entrevista com elas na UBS. Algumas mães realizaram a terceira entrevista junto com a quarta etapa do estudo (realizada por outros pesquisadores do Projeto Temático), ocorrida quando os bebês tinham quatro meses, e que não é parte do presente trabalho. Assim, 91,3% das mães completaram a terceira etapa até 120 dias após o parto (ou seja, quando o bebê tinha quatro meses).

Antes da realização da primeira entrevista, as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G), que explicava todas as etapas da pesquisa, garantindo o sigilo dos dados, o anonimato e a possibilidade de desistirem de participar a qualquer momento, se desejassem.

Foram elaborados instrumentos para cada uma das três etapas (ver Anexos A – C) e os questionários foram aplicados oralmente, devido à baixa escolaridade das mães, que poderia comprometer a compreensão e o correto preenchimento das respostas. Ainda assim, durante a coleta de dados, observou-se que muitas mães tiveram dificuldade em compreender o questionário, por desconhecerem algumas palavras usadas (como, por exemplo, as palavras “afetivo” e “conflituoso”) ou por não entenderem a forma de responder as escalas de auto-avaliação. As entrevistadoras procuraram esclarecer as mães quando estas tinham dúvidas a respeito do questionário. Essas dificuldades mostram a importância de se elaborar, futuramente, questionários mais simples e adaptados à população de baixa escolaridade, visto que muitos deles são construídos e validados com população universitária.

Pelo fato de a presente pesquisa estar envolvida em um projeto temático, havia uma equipe responsável pela coleta de dados, de forma que as mães nem sempre eram entrevistadas pela mesma pesquisadora. No entanto, todas as entrevistadoras eram de sexo feminino, o que acreditamos que tenha sido importante para oferecer o acolhimento e a intimidade necessária para que as mães falassem livremente nas entrevistas.

As mães foram convidadas a participar da pesquisa através de um dos seguintes três procedimentos: contato na sala de espera da UBS, quando iam realizar procedimentos de rotina, como as consultas do pré-natal; telefonema, usando, para conseguir o número do telefone, a lista de gestantes em atendimento na unidade (SIS Pré-natal, um recurso das UBSs vinculadas à prefeitura do município de São Paulo, como a UBS Jd. São Jorge e a UBS Eng. Guilherme H. P.

Coelho); e contato realizado através dos agentes comunitários de saúde, que convidaram algumas mães de suas áreas de trabalho para participarem do projeto.

O primeiro procedimento (contato na sala de espera) foi usado, principalmente, no CSEB, pois esse centro tinha horários mais definidos destinados às consultas de pré-natal e um número maior de gestantes em atendimento. Assim, as pesquisadoras puderam recrutar as gestantes que compareciam para as consultas, contando com o auxílio dos prontuários para verificar se estavam no último trimestre de gestação.

Outro procedimento foi necessário nas UBSs Engenheiro H. P. Coelho e Jd. São Jorge, devido a limitações impostas pelas características dessas unidades. Não havia um horário específico para o atendimento de gestantes e o volume delas era menor, de maneira que não eram encontradas na sala de espera com tanta freqüência. Além disso, o espaço físico dos postos era mais restrito, não havendo salas para que a entrevista pudesse ser realizada em qualquer horário. Foi necessário agendar salas em dias e horários específicos da semana, normalmente em períodos de menor movimento da UBS, o que, conseqüentemente, dificultava a localização das gestantes no posto. Assim, optou-se por recrutar as participantes por telefone, a partir do cadastro do SIS Pré-natal (que continha, entre outras informações, o nome das gestantes atendidas na unidade, seus telefones e datas previstas para os partos). As pesquisadoras explicavam o objetivo da pesquisa e, caso as gestantes se interessassem em participar, agendavam o comparecimento para a realização da primeira etapa. Foram também realizadas reuniões com os agentes comunitários de saúde, explicando-se a pesquisa e pedindo que auxiliassem, divulgando-a e motivando as gestantes a participar, convidando-as para ir à UBS nos períodos em que as pesquisadoras haviam reservado o espaço para a

realização das entrevistas. O recrutamento por telefone e através dos agentes comunitários de saúde não excluiu a possibilidade de convite às mães que porventura estivessem na sala de espera nos períodos em que se realizavam as entrevistas, como no procedimento adotado no CSEB.

Para a segunda etapa da pesquisa, as mães participantes eram identificadas pela equipe de enfermagem do HU-USP por etiquetas que eram coladas na carteira de pré-natal[8] durante a entrevista realizada nas UBSs. As entrevistadoras eram informadas por telefone da internação de participantes da pesquisa, contando, para isso, com o auxílio da equipe de enfermagem do HU, e procuravam entrevistá-las dentro das 48 horas em que as mães normalmente permaneciam no hospital. Nos casos em que a mãe não teve o parto realizado no HU-USP ou em que não foi possível, por algum motivo, localizá-la no hospital durante o período de internação, procurou-se agendar a realização da segunda entrevista na UBS em que a mãe fez o pré-natal.

Para a terceira etapa da pesquisa, as mães eram localizadas por telefones fornecidos na primeira e na segunda etapas e agendava-se com elas um horário para que fossem à UBS à qual estavam vinculadas.

Em alguns casos em que as mães não foram encontradas por telefone para participar de alguma das etapas da pesquisa, as pesquisadoras buscaram localizá-las pelo endereço, realizando visitas domiciliares.

Foi oferecido atendimento psicológico, que consistia em dez seções realizadas por psicólogo clínico, a todas as mães (ao todo, 37) que apresentaram pontuação maior ou igual a 12 na EDPE. Duas delas recusaram o atendimento. Sete aceitaram o atendimento, mas preferiram dar início às sessões quando seus bebês

---

[8] Documento que contém informações importantes sobre a gestação, preenchido durante o pré-natal nas UBSs e no CSEB e que deve ser obrigatoriamente apresentado quando a mulher é internada para dar à luz no HU-USP.

estivessem maiores. Nesses casos, pediu-se às participantes para que mantivessem contato com o projeto e solicitassem atendimento quando achassem conveniente. Três mães foram encaminhadas a psiquiatras e medicadas, após constatarem-se sintomas de maior gravidade. Houve, também, o caso de um pai que solicitou atendimento, e foi encaminhado para o Serviço de Aconselhamento Psicológico do Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP. Observou-se, porém, baixa adesão das participantes ao atendimento psicoterápico. Apenas sete completaram as dez seções de terapia breve que haviam sido acordadas. Doze mães ainda estão em atendimento atualmente, e outras sete desistiram após participarem das primeiras sessões (ou foram consideradas desistentes por apresentarem duas faltas seguidas, não justificadas).

6.4. Análise estatística

Os dados foram analisados usando-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 13.0 for Windows.

Primeiramente, foram realizadas análises fatoriais das escalas (EDPE, EAS, EAA) e verificação da consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Foram salvos os escores padronizados (escore Z) dos fatores extraídos.

A seguir, foram realizadas análises descritivas dos dados, a partir das freqüências, no caso das variáveis não métricas, e das médias e desvios padrões para as variáveis métricas.

Buscou-se, então, verificar quais variáveis estavam associadas com a Depressão Pós Parto. Para isso, as 138 participantes que haviam respondido a EDPE foram classificadas em três categorias a partir das pontuações obtidas nessa

escala, de acordo com o percentil (procurou-se manter aproximadamente 33,3% de participantes em cada categoria). Preferiu-se dividir as mães em três grupos, e não em dois, para que houvesse uma maior diferenciação entre as mães que tiveram diferentes pontuações na escala. Por exemplo, uma mãe que teve pontuação dois na escala provavelmente encontra-se em uma situação diferente de outra com pontuação dez, pois esta última tem sintomas depressivos relatados como mais intensos e está próxima do ponto de corte da escala. Ainda assim, segundo os critérios de classificação, ambas não estão deprimidas. A divisão em um número maior de categorias permitiu minimizar essa indiferenciação entre pontuações mais baixas e mais altas na escala.

Assim, foi criada a variável que nomeamos Grupo de Pontuação na EDPE, com três categorias: Pontuação Baixa (de 0 a 4), Média (de 5 a 10) e Alta (de 11 a 29). Portanto, todas as mães que seriam classificadas como deprimidas segundo o critério da EDPE (pontuação maior ou igual a 12) estavam incluídas no grupo de pontuação Alta. As mães com pontuação 11 também foram incluídas nesse grupo. O número de mães por grupo está descrito na Tabela 6.2.

Tabela 6.2 – Distribuição das participantes por grupos, segundo a pontuação na EDPE.

Pontuação	**Freqüência**	**%**
Baixa (1-4)	43	31,2
Média (5-10)	52	37,7
Alta (11-29)	43	31,2
Total	138	100

A seguir, foram realizadas análises univariadas para verificar a associação entre a variável Grupo de Pontuação na EDPE e outras variáveis pesquisadas. Foram usados testes de qui-quadrado para variáveis discretas e Análise de Variância Univariada (ANOVA) para variáveis contínuas. Nesse caso, a variável Grupo de Pontuação na EDPE foi tratada como independente e verificou-se seu efeito nas variáveis contínuas, tratadas como dependentes.

O próximo passo foi construir um modelo de regressão logística para procurar prever, a partir das variáveis medidas durante a gestação, em que Grupo de Pontuação na EDPE (pontuação Baixa, Média ou Alta) as mulheres seriam classificadas.

7. Verificação da validade dos instrumentos

Três instrumentos já validados em populações de outros países foram usados no presente trabalho: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), a Escala de Apoio Social (EAS) e a Escala de Apego Adulto de Colins (EAA). Os dois primeiros já haviam sido validados, também, em amostras brasileiras. No entanto, por as participantes do projeto serem gestantes de escolaridade relativamente baixa, que não estavam habituadas a responder esse tipo de instrumento e, muitas vezes, apresentam inclusive dificuldades para compreender o vocabulário dos enunciados de questões, julgou-se interessante verificar a validade das escalas para esta amostra.

Para isso, foram calculados os coeficientes Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) das escalas, para verificar a sua consistência interna. Também foram realizadas análises fatoriais, extraindo-se os fatores com auto-valor maior que 1,0 pelo método de análise dos componentes principais e usando rotação ortogonal Varimax. Os escores fatoriais extraídos foram salvos e usados posteriormente em outras análises (Corrar, Paulo & Dias Filho, 2007). A seguir, serão apresentados os resultados para cada uma das escalas, separadamente.

7.1. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE)

A análise da validade da EDPE foi realizada a partir das pontuações, na escala, das 138 mães que participaram da terceira entrevista. O coeficiente Alfa de Cronbach foi igual a 0,87 e, portanto, superior ao limite inferior de aceitabilidade, que

vai de 0,60 a 0,70 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), de modo que a consistência interna do questionário pode ser considerada satisfatória.

Foram aplicados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett para verificar se a amostra era adequada à aplicação da análise fatorial. Ambos os testes mostraram resultados satisfatórios (Corrar, Paulo & Dias Filho, 2007): o KMO foi igual a 0,867 e, no Bartlett, o qui-quadrado foi igual a 592,318, $p<0,001$.

Os itens que exigiam inversão da pontuação (3 e 5-10, correspondendo, respectivamente, aos itens 29 e 31-36 do questionário do Anexo C) foram inseridos na análise fatorial já na forma invertida, de modo que em todos eles a pontuação relacionava-se de maneira direta com a intensidade de sintomas depressivos, ou seja, quanto maior o valor no item, mais intensos eram os sintomas relatados. A análise fatorial resultou em dois fatores com auto-valores maiores que 1,0. Após a rotação (através do método Varimax), o primeiro fator explicou 36,6% e o segundo, 21,7% da variância da amostra. No total, portanto, os dois fatores foram responsáveis por 58,3% da variância. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Santos (1995), que também realizou análise fatorial da escala, obtendo dois fatores que, juntos, explicavam 52,2% da variância da amostra.

Houve alguma divergência entre os resultados do presente estudo e os de Santos (1995) no que se refere aos itens que compuseram cada fator. No presente estudo, o Fator 1 foi formado pelos itens 1, 2, 4, 6, 7, 9 e 10 (correspondentes, no Anexo C, aos itens 27, 28, 30, 32, 33, 35 e 36, respectivamente), enquanto o Fator 2 foi formado pelos itens 3 e 5 (29 e 31 no Anexo C, respectivamente). O item 8 (correspondente ao 34 no Anexo C) teve carga fatorial dividida entre os dois fatores.

Na pesquisa de Santos (1995), o Fator 1 foi formado pelos itens 1, 5, 7, 8, 9 e 10, enquanto o Fator 2 foi formado pelos itens 2, 3, 4 e 6.

No presente estudo, o valor do Alfa de Cronbach foi satisfatório para ambos os fatores (0,87 no primeiro e 0,68 no segundo), assim como no estudo de Santos (1995), que encontrou valores de 0,78 e 0,74, respectivamente, para os fatores 1 e 2.

A Tabela 7.1 mostra a matriz de componentes após a rotação dos fatores pelo método Varimax, com a carga fatorial de cada item, além do alfa de Cronbach e porcentagem de variância explicada por cada fator. Foram considerados componentes do fator os itens com carga fatorial acima de 0,500, valor que, segundo Hair et al. (2005), é o mínimo para que a carga fatorial seja considerada de significância prática. Também foram inseridos na Tabela 7.3 os sintomas avaliados por cada questão, conforme o estudo de Santos (1995). A partir do conhecimento desses sintomas, a autora inferiu que o Fator 1 estava relacionado com Depressão, enquanto o Fator 2 estava relacionado com Ansiedade. Essa classificação também pode ser observada no presente estudo, embora não haja uma divisão dos itens nos fatores tão clara quanto a encontrada por Santos (1995).

A divergência entre o presente trabalho e o de Santos (1995) na distribuição dos itens pelos fatores não traz implicações para os resultados que serão apresentados a seguir, visto que a pontuação na EDPE é calculada pela somatória de todos os itens, independentemente do fator em que estão contidos. No entanto, a informação, obtida em ambos os estudos através de análises fatoriais, de que a escala é composta por uma dimensão de depressão e outra de ansiedade deve ser levada em consideração ao pensarmos nos possíveis desdobramentos e generalizações dos resultados observados.

Tabela 7.1 – Cargas fatoriais dos itens da EDPE em cada fator, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,0 e rotação Varimax.

Item na escala	Item no Anexo C	Questão	Sintoma avaliado	Depressão	Ansiedade
2	27	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia	Antecipação do prazer	0,821	
1	26	Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas	Anedonia	0,800	
9	34	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado	Depressão do humor	0,724	
7	32	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir	Depressão do humor e sintomas físicos	0,640	
10	35	A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça	Ideação suicida	0,590	
4	29	Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão	Ansiedade	0,554	
6	31	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.	Desempenho pessoal	0,550	
3	28	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas	Culpa		0,766
5	30	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	Ansiedade		0,755
8	33	Eu tenho me sentido triste ou arrasada	Depressão do humor	0,642	0,518
Alfa de Cronbach				0,87	0,68
Porcentagem de variância explicada				36,6%	21,7%

7.2. Escala de Apoio Social (EAS)

A validação da EAS foi realizada a partir dos dados das 245 mães que responderam a primeira entrevista. O coeficiente Alfa de Cronbach da escala foi de 0,933, o que indica consistência interna satisfatória (Hair et al., 2005).

A amostra usada para a validação da EAS mostrou-se adequada à realização da análise fatorial (Hair et al., 2005), tendo resultado igual a 0,929 no KMO e χ^2 = 2514,921, p<0,001 no Teste de Esfericidade de Bartlett.

Foram extraídos três fatores com auto-valor maior que 1,0, através da análise de componentes principais. Os fatores explicam, respectivamente, 24,0%, 22,4% e 14,7% da variância da amostra, totalizando 61,1%.

A Tabela 7.2 mostra a matriz de componentes após a rotação dos fatores pelo método Varimax. Todas as questões tiveram coeficientes maiores que 0,500 em um dos fatores, possuindo, portanto, significância prática (Hair et al., 2005).

O resultado obtido foi semelhante ao de Griep, Chor, Farstein, Werneck Lopes (2005), cujo estudo de validação, realizado através da aplicação da escala a funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, também encontrou três fatores para a escala. Porém, ambos os resultados diferem da versão original (Shrebourne & Stewart, 1991, *apud* Griep et al., 2003), que consistia em cinco fatores. As questões que, naquele estudo, foram incluídas nas dimensões de apoio “afetivo” (itens 5-7, correspondentes aos itens 49-51 do Anexo A) e de “interação positiva” (itens 16-19, correspondentes aos itens 60-63 do Anexo A), ficaram agrupadas no mesmo fator nos estudos brasileiros. Do mesmo modo, agruparam-se no mesmo fator as questões que, no estudo original, estavam incluídas nas dimensões de apoio “emocional” (itens 8-11, ou 52-55 no Anexo A) e “informação” (itens 12-15, correspondentes a 56-59 no Anexo A). Apenas a dimensão “material” (itens 1-4, ou 45-48 no Anexo A) permaneceu com as mesmas questões em ambos os estudos.

Tabela 7.2 – Resultado da análise fatorial da EAS, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,00 e rotação Varimax.

Item na escala	Item no Anexo A	Enunciado do item	Apoio Emocional e de Informação	Apoio Afetivo e de Interação Positiva	Apoio Material
11	55	Que compreenda seus problemas	0,763		
14	58	De quem a Sra. Realmente quer conselhos	0,730		
9	53	Em quem confiar ou para falar da Sra. Ou sobre seus problemas	0,720		
13	57	Para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação	0,687		
10	54	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos	0,676		
12	56	Para dar bons conselhos em situações de crise	0,638		
15	59	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal	0,620		
8	52	Para ouvi-la quando a Sra. Precisar falar	0,596		
19	63	Para se divertir junto		0,733	
17	61	Com quem distrair a cabeça		0,725	
6	50	Que lhe dê um abraço		0,712	
16	60	Com quem fazer coisas agradáveis		0,694	
5	49	Que demonstre afeto pela Sra.		0,691	
18	60	Com quem relaxar		0,664	
7	51	Que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida		0,661	
1	45	Que a ajude se ficar de cama			0,815
4	48	Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las			0,774
3	47	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente			0,746
2	46	Para levá-la ao médico			0,516
Alfa de Cronbach			0,889	0,893	0,810
% de variância explicada			24,0	22,4	14,7

Observando os enunciados dos itens, podemos perceber que na dimensão que incluiu os apoios Emocional e Informação, estão contidos itens referentes à disponibilidade de pessoas na rede de apoio com quem as respondentes pudessem conversar a respeito de problemas e preocupações, sendo ouvidas e recebendo conselhos e sugestões. Na dimensão que reuniu os itens das dimensões de apoio Afetivo e Interação Positiva, constam itens relacionados a atividades prazerosas realizadas conjuntamente com as pessoas da rede social, como por exemplo divertir-se, distrair-se, sentir-se amada e abraçar.

Considerando-se que havia um número esperado de fatores, a partir da versão original da escala, a análise fatorial foi refeita, desta vez fixando em cinco o número de fatores a serem extraídos. O resultado mostrou que os fatores, juntos, explicaram 69,8% da variância da amostra.

As questões não se encontraram divididas da forma que havia sido estabelecida pela versão original do questionário, aplicada pelo *Medical Outcomes Study* (Sherbourne & Stewart, 1991), como mostra a Tabela 7.3. Observa-se que os itens que originalmente encontravam-se em apoio Afetivo e Interação positiva ficaram reunidos em um mesmo fator. Os fatores Emocional e Informação incluíram os mesmos itens da versão original. E o fator Material foi formado por três dos quatro itens que o compunham na versão original: o item 2 (correspondente ao 46 do Anexo A, “alguém para levá-la ao médico”) ficou num quinto fator, no qual também entrou o item 3 (correspondente ao 47 do Anexo A, “alguém que demonstre afeto pela senhora”). Este último item ficou dividido entre o Fator 1 (suporte Afetivo e Interação Positiva) e o Fator 5, ao qual não demos nome, no presente estudo, por ter sido formado por apenas duas questões e, aparentemente, não corresponder a nenhuma dimensão específica de suporte.

Tabela 7.3 – Resultado da análise fatorial da EAS, fixando em cinco o número de fatores a serem extraídos e usando rotação Varimax.

Item na escala	Item no Anexo A	Enunciado do item	Interação Positiva + Afetivo	Informação	Emocional	Material	Fator 5
17	60	Com quem distrair a cabeça	0,801				
16	59	Com quem fazer coisas agradáveis	0,717				
19	62	Para se divertir junto	0,707				
18	61	Com quem relaxar	0,688				
6	49	Que lhe dê um abraço	0,588				
7	50	Que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida	0,548				
5	48	Que demonstre afeto pela Sra.	0,508				0,584
14	57	De quem a Sra. realmente quer conselhos		0,797			
15	58	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal		0,695			
13	56	Para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação		0,675			
12	55	Para dar bons conselhos em situações de crise		0,624			
9	52	Em quem confiar ou para falar da Sra. ou sobre seus problemas			0,770		
8	51	Para ouvi-la quando a Sra. precisar falar			0,756		
10	53	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos			0,638		
11	54	Que compreenda seus problemas			0,604		
4	44	Para preparar suas refeições se a você não puder prepará-las				0,795	
3	45	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente				0,755	
1	46	Que a ajude se ficar de cama				0,744	
2	47	Para levá-la ao médico					0,673
Alfa de Cronbach			0,893	0,831	0,842	0,761	-
% de variância explicada			19,1	15,1	13,8	12,9	8,9

Na presente pesquisa, as análises subseqüentes serão realizadas usando-se o resultado da primeira análise fatorial, na qual constam três fatores, por os itens do questionário terem ficado divididos de forma mais clara, facilitando a interpretação.

7.3. Escala de Apego Adulto de Colins (EAA)

A análise fatorial da EAA foi realizada a partir das respostas de 237 participantes[9]. O Alfa de Cronbach foi igual a 0,712, indicando que a escala tem consistência interna satisfatória (Hair et al., 2005).

A amostra foi considerada adequada para análise fatorial (Hair et al, 2005), pois o KMO foi igual a 0,746 e, no Teste de Esfericidade de Bartlett, o qui-quadrado foi igual a 779,224, $p<0,001$.

Foram extraídos cinco fatores com auto-valor maior que 1,0, que, juntos, explicaram 53,2% da variância da amostra, após a rotação pelo método Varimax. A Tabela 7.3 mostra a distribuição das questões nos cinco fatores, com as cargas fatoriais correspondentes, além do Alfa de Cronbach e da porcentagem de variância explicada por cada fator. Observa-se que todos os itens tiveram carga fatorial maior que 0,500 em um dos fatores, com exceção do 15, correspondente ao 33 no Anexo A (“Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir”).

O primeiro fator explicou 14,5% da variância e foi denominado “Ansiedade nos relacionamentos”, por envolver itens a respeito de preocupações com a possibilidade de rejeição e abandono por outras pessoas, principalmente o parceiro amoroso. Entraram nesse fator os itens 3, 4 e 9-11 (correspondentes aos itens 21, 22 e 27-29 do questionário do Anexo A).

---

[9] Oito participantes do presente estudo não responderam a EAA.

O segundo fator explicou 10,3% da variância e envolveu os itens 7, 14 e 18 (correspondentes aos itens 25, 32 e 36 do questionário do Anexo A, relacionados com a confiança na rede de apoio social, ou seja, com a confiança de que se poderá contar com ajuda quando for necessário. No entanto, os enunciados desses itens remetiam a uma visão negativa da rede, ou seja, à visão de que não se pode contar com os outros. O único item que denotava confiança na rede, que era o 14 (correspondente ao 32, “Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas”, no Anexo A), teve carga fatorial negativa. Por isso, esse segundo fator foi denominado “Dificuldade de contar com a rede de apoio”.

O Fator 3, que explicou 10,0% da variância da amostra, foi formado por itens referentes ao conforto com relações próximas e com a intimidade (itens 1, 5, 6 e 12, correspondentes aos 19, 23, 24 e 30 do questionário do Anexo A), sendo denominado “Conforto com a proximidade”.

O Fator 4 explicou 9,2% da variância e envolveu os itens 2 e 16 (correspondentes aos itens 20 e 34 do Anexo A), que são bem semelhantes em seu enunciado: “Acho difícil confiar nos outros” e “Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros”, respectivamente. Apesar dessas sentenças se aproximarem, em conteúdo, dos itens que compuseram o Fator 2 (Dificuldade de contar com a rede de apoio), a análise fatorial revelou que eles formaram um fator a parte. Aparentemente, as participantes atribuíram diferentes significados a poder contar com os outros e a confiar nos outros. Talvez a palavra “confiança” esteja relacionada, para elas, não ao fato de poder contar com suporte, mas de não esperar que as pessoas venham a traí-las ou enganá-las. No senso comum, usa-se constantemente a palavra “confiar” no sentido de acreditar que a pessoa (principalmente o parceiro amoroso) é fiel.

Por fim, o Fator 5 explicou 9,1% da variância e foi formado pelos itens 8, 13 e 17 (correspondentes aos itens 26, 31 e 35 do Anexo A). Os enunciados desses itens diziam respeito ao desconforto com relações próximas e íntimas, envolvendo conteúdos contrários aos dos itens que entraram no Fator 3. Assim, o Fator 5 foi chamado “Desconforto com a proximidade”. Novamente, percebe-se que itens de conteúdo, a primeira vista, semelhantes foram agrupados em fatores diferentes.

Tabela 7.4 – Resultado da análise fatorial da EAA, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,00 e rotação Varimax. (Continua)

Item na escala	**Item no Anexo A**	**Questões**	Ansiedade no relacionamento	Dificuldade de contar com a rede de apoio	Conforto com a proximidade	Dificuldade de confiar	Desconforto com a proximidade
11	29	Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim	0,733				
9	27	Freqüentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo	0,692				
10	28	Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim	0,675				
3	21	Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama	0,638				
4	22	Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria	0,589				
14	32	Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas		-0,745			
18	36	Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles		0,617			
7	25	Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas		0,629			
12	30	Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas			0,722		
1	19	Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas			0,597		
5	23	Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas			0,560		
6	24	Eu não me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim			0,518		
2	20	Acho difícil confiar nos outros				0,756	
16	34	Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros				0,604	
13	31	Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.					0,788
17	35	Em geral, meus parceiros amorosos querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria					0,576

Tabela 7.4 – Conclusão

Item na escala	Item no Anexo A	Questões	Ansiedade no relacionamento	Dificuldade de contar com a rede de apoio	Conforto com a proximidade	Dificuldade de confiar	Desconforto com a proximidade
8	26	Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.					0,548
15	33	Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir					
Alfa de Cronbach			0,729	0,591	0,244	-	0,490
Porcentagem de variância explicada			14,5%	10,3%	10,0%	9,2%	9,1%

Uma possível explicação para essa ocorrência é a dificuldade que diversas participantes tiveram em compreender a escala, conforme observado pelas entrevistadoras. O procedimento proposto pela escala envolvia a atribuição de valores de um a cinco, em que um representava “não tem nada a ver comigo” e cinco, “tem tudo a ver comigo”, o que dificultava a resposta, particularmente, aos itens que envolviam negativas. Por exemplo, no item “Eu não me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim”, caso a participante escolhesse a opção um (“não tem nada a ver comigo”), isso significaria que ela se incomoda quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a ela. Trata-se, no caso, da negação da negação, que resulta em um significado afirmativo. Esse raciocínio é relativamente complexo e as participantes, principalmente as de escolaridade mais baixa, provavelmente não estavam familiarizadas com ele. Também o item “Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas” era difícil de ser avaliado, devido à presença da expressão “um pouco”. Responder “não tem nada a ver comigo”, nessa situação, poderia significar, ao menos, duas coisas: 1) que a

mãe não se incomoda nem um pouco, ou 2) que ela se incomoda muito com a proximidade afetiva das outras pessoas. Pode-se observar que o Fator 5 envolveu itens que dependiam desse tipo de raciocínio, o que pode explicar a sua separação do Fator 3, que aparentemente envolvia itens de mesmo conteúdo, porém em forma afirmativa.

As entrevistadoras também observaram, durante as aplicações, que diversas participantes não compreenderam o significado de algumas palavras (como “afetivo”) e sentenças (como “querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria”).

Apesar de a análise fatorial ter identificado cinco fatores, sabemos que a versão original da escala trabalhou com apenas três. Assim, outra análise fatorial foi realizada, fixando-se em três o número de fatores a serem extraídos. Os três fatores explicaram 15,6%, 13,2% e 10,6% da variância, totalizando 39,4% de variância explicada. A distribuição das questões nos três fatores, o Alfa de Cronbach e a porcentagem de variância explicada por cada um deles pode ser verificada na Tabela 7.5. Alguns itens não apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,500, mas foram incluídos, na presente análise, por apresentarem cargas superiores a 0,400[10] em um fator, contrastadas com cargas significativamente inferiores nos demais. O item 17 (correspondente ao 35 do Anexo A), por sua vez, apresentou cargas fatoriais inferiores a 0,400 em todos os fatores.

[10] Valor considerado, por Hair et al. (2005), como indicativo de contribuição importante para a variância explicada, apesar de não ser considerado suficiente para indicar significância prática

Tabela 7.5 – Resultado da análise fatorial da EAA, fixando em três o número de fatores a serem extraídos e usando rotação Varimax. (Continua)

Itens na escala	**Itens no Anexo A**	**Questões**	Ansiedade nos relacionamentos	Falta de confiança	Conforto com a proximidade
11	29	Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim	0,734		
10	28	Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim	0,719		
4	22	Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria	0,617		
9	27	Freqüentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo	0,597		
3	21	Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama	0,575		
15	33	Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir	0,494		
8	26	Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.	0,403		
16	34	Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros		0,678	
2	20	Acho difícil confiar nos outros		0,662	
7	25	Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas		0,581	
18	36	Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles		0,549	
13	31	Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.		0,420	
12	30	Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas			0,722
6	24	Eu <u>não</u> me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim			0,674
5	23	Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas			0,471
14	32	Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas			0,470
1	19	Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas			0,438

Tabela 7.5 – Conclusão

Itens na escala	Itens no Anexo A	Questões	Ansiedade nos relacionamentos	Falta de confiança	Conforto com a proximidade
17	35	Em geral, meus parceiros amorosos querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria			
Alfa de Cronbach			0,742	0,628	0,519
Porcentagem de variância explicada			15,6	13,2	10,6

Os três fatores extraídos são semelhantes aos encontrados pelo autor da escala, envolvendo Ansiedade no relacionamento (Fator 1, formado pelos itens 3, 4, 8-11 e 15, correspondentes aos itens 21, 22, 26-29 e 33 do Anexo A), Confiança (Fator 2, formado pelos itens 2, 7, 13 16 e 18 da escala, que correspondem aos itens 20, 25, 31, 34 e 36 do Anexo A) e Conforto com a proximidade (Fator 3, formado pelos itens 1, 5, 6, 12 e 14 da escala original, correspondentes aos itens 19, 23, 24, 30 e 32 do Anexo A).

Os enunciados dos itens que compuseram o fator Confiança, no entanto, denotavam uma falta da mesma (exemplo: “Acho difícil confiar nos outros”, “Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas”). Na versão original, o autor previa uma inversão da pontuação nesses itens. No resultado da análise fatorial, porém, observou-se que todas as questões que entraram nesse fator tiveram cargas fatoriais positivas. Assim, se optássemos por inverter a pontuação, como sugerido pelo autor, seríamos obrigados a inverter todos os itens desse fator. Por isso, na presente pesquisa, optou-se por trabalhar com as questões sem inversão, dando ao fator o nome “Falta de Confiança”.

No caso da EAA, houve um importante incremento na porcentagem de variância explicada quando se extraíram cinco fatores (53,2%), em relação à porcentagem explicada quando foram extraídos três fatores (39,4%). Por isso, optou-se por usar o modelo de cinco fatores para as análises subseqüentes.

8. Resultados e discussão

8.1. Características da amostra

A Tabela 8.1 mostra as estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e tamanho da amostra) das variáveis contínuas pesquisadas. Os dados sobre idade, informações sobre a família e avaliação das relações afetivas foram coletados no terceiro trimestre de gestação (primeira entrevista). Já os dados sobre características da gestação e do recém-nascido foram coletados logo após o parto (segunda entrevista).

Observa-se que a idade média das respondentes foi de cerca de 25,2 anos, abrangendo, porém, uma faixa grande de idades (de 13 a 43 anos). A idade dos pais dos dos bebês também teve uma grande variação (de 16 a 54 anos), com média de 29,1 anos. As casas, em média, tinham quatro habitantes (contando com a própria participante). O número de filhos vivos era de 0,8, em média, havendo um desvio padrão de 1,1, ou seja, a maioria das mulheres tinha entre zero e dois filhos.

Tabela 8.1 – Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e tamanho da amostra) das variáveis contínuas pesquisadas. (Continua)

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo	N[11]
Idade					
Idade da respondente	25,2	6,5	13	43	245
Idade do pai do bebê	29,1	7,7	16	54	210
Informações sobre a família					
Número de pessoas na casa (incluindo a participante)	4,0	2,1	1	18	245
Número de crianças na casa	1,1	1,4	0	9	245
Número de adultos na casa (incluindo a participante)	2,8	1,4	1	9	245
Razão entre crianças e adultos na casa	0,4	0,5	0,0	3,0	245
Número de filhos vivos	0,8	1,1	0	7	245
Avaliação das relações afetivas					
Alvo de afeto dos pais na infância	4,1	1,2	1	5	241
Alvo de preocupação dos pais na infância	4,4	1,1	1	5	240
Alvo de rejeição e castigo dos pais na infância	2,3	1,4	1	5	238
Conflito conjugal durante a gestação	2,0	1,6	0	7	245
Características da gestação					
Tempo de gestação (semanas)	39,3	1,4	33	42	171

[11] Ao todo, 245 mulheres responderam à primeira entrevista (durante a gestação) e 181 responderam à segunda entrevista (logo após o parto). No entanto, algumas questões têm menor valor de N, devido à ausência de respostas a algumas questões (dados perdidos ou *missing values*).

Tabela 8.1 – Conclusão

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo	N[12]
Características do recém-nascido					
Peso do bebê (em gramas)	3291,9	433,1	2115	4675	164
Altura do bebê (em centímetros)	49,0	2,5	41	59	124

A seção “Avaliação das relações afetivas” inclui as estatísticas descritivas das perguntas relacionadas à percepção que as mulheres tinham dos cuidados parentais recebidos na infância. Perguntou-se o quanto elas sentiam que recebiam de afeto, o quanto os pais se preocupavam com elas e o quanto se sentiam castigadas ou rejeitadas na infância. As respostas foram dadas em escalas Lickert de um (nada) a cinco (muito). Nota-se que as médias para afeto e preocupação foram altas, acima de 4,0, e a média para rejeição foi de 2,3, relativamente baixa. Também se perguntou o quanto o relacionamento com o parceiro atual era conflituoso, pergunta também respondida em escala Lickert, esta de um (nada conflituoso) a sete (extremamente conflituoso). A percepção de conflito, de maneira geral, foi baixa: a média foi 2,0.

Nota-se que os bebês, ao nascerem, eram relativamente saudáveis, tendo peso e altura normais. O tempo de gestação também esteve, na maioria das vezes, dentro do considerado normal. Isso provavelmente se deve a uma característica do Hospital Universitário da USP, onde a maior parte das participantes da pesquisa deram à luz. Essa instituição presta assistência hospitalar de média complexidade,

[12] Ao todo, 245 mulheres responderam à primeira entrevista (durante a gestação) e 181 responderam à segunda entrevista (logo após o parto). No entanto, algumas questões têm menor valor de N, devido à ausência de respostas a algumas questões (dados perdidos ou *missing values*).

não atendendo casos de gestação de alto risco, que são, geralmente, encaminhados para o Hospital Mário Degni ou para o Hospital das Clínicas.

A Tabela 8.2 descreve as freqüências absolutas e relativas (em porcentagem) encontradas por categoria nas variáveis discretas. As informações sobre escolaridade, ocupação, informações sobre a família, avaliação das relações afetivas, histórico psiquiátrico e características da gestação foram coletadas no terceiro trimestre de gestação (primeira entrevista), enquanto as informações sobre características do parto e do recém-nascido e sobre a atribuição de semelhança física do bebê foram coletadas logo após o parto (segunda entrevista).

Percebe-se que mais pais (85,5%) que mães (37,6%) trabalhavam no momento em que foi realizada a primeira entrevista, e que poucos pais e mães estudavam (6,7% e 8,6%, respectivamente).

A maior parte das mães morava (74,7%) e/ou convivia (84,1%) com o pai da criança que esperava. Embora esses valores sejam relativamente altos, podemos perceber que cerca de um quarto das mães não morava com o pai do bebê e cerca de 16% nem sequer conviviam com ele, o que poderia ter implicações do ponto de vista do suporte social, visto que os pais provavelmente não estariam tão presentes quanto as mães poderiam desejar, para auxiliar na criação do filho.

Cerca de metade (51,0%) das mães viviam em família nuclear (mãe, pai e filhos) e apenas 4,9% em família mononuclear (mãe e filhos). Foi relativamente comum (44,1% no total) a convivência em família estendida (quando, além do casal e dos filhos, moram na mesma casa avós, tios ou outros parentes e amigos): 24,1% viviam em família nuclear estendida e 20,0% em família mononuclear estendida.

Tabela 8.2 – Estatísticas descritivas (freqüência absoluta, freqüência relativa e tamanho da amostra) das variáveis discretas pesquisadas. (Continua)

Variável	Categorias	Freqüência	%	N
Escolaridade				
Escolaridade da participante	Primário incompleto	8	3,3	245
	Ginásio incompleto	49	20,0	
	Fundamental completo	36	14,7	
	Médio incompleto	61	24,9	
	Médio completo	79	32,2	
	Superior incompleto	6	2,4	
	Superior completo	6	2,4	
Escolaridade do pai do bebê	Não alfabetizado	3	1,2	242
	Primário incompleto	13	5,4	
	Ginásio incompleto	51	21,1	
	Fundamental completo	40	16,5	
	Médio incompleto	37	15,3	
	Médio completo	73	30,2	
	Superior incompleto	3	1,2	
	Superior completo	8	3,3	
	Não sabe	9	3,7	
	Não tem companheiro	5	2,1	
Ocupação				
Respondente trabalhava	Sim	92	37,6	245
	Não	153	62,4	
Respondente estudava	Sim	21	8,6	245
	Não	224	91,4	
Pai do bebê trabalhava	Sim	207	85,5	
	Não	35	14,5	242
Pai do bebê estudava	Sim	16	6,7	240
	Não	224	93,3	
Informações sobre a família				
Respondente morava com pai do bebê	Sim	183	74,7	245
	Não	62	25,3	
Respondente convivia com o pai do bebê	Sim	206	84,1	245
	Não	39	15,9	

Tabela 8.2 – Continuação

Variável	Categorias	Freqüência	%	N
Composição familiar	Nuclear	125	51,0	245
	Nuclear estendida	59	24,1	
	Mononuclear	12	4,9	
	Mononuclear estendida	49	20,0	
Pai do bebê tinha filhos de outros relacionamentos	Sim	64	26,1	245
	Não	181	73,9	
Número de companheiros ou ex-companheiros com os quais a respondente tinha filho(s)	1	181	75,7	239
	2	44	18,4	
	3	10	4,2	
	4	3	1,3	
	6	1	0,4	
Avaliação das relações afetivas				
Ambiente familiar na infância	Muito afetivo	48	19,8	243
	Afetivo	41	16,9	
	Nem muito afetivo, nem muito estressante	76	31,3	
	De vez em quando estressante	41	16,9	
	Quase sempre estressante	37	15,2	
Histórico psiquiátrico				
Teve depressão anterior à gravidez	Sim	54	22,7	238
	Não	184	77,3	
Tomou medicamento psiquiátrico antes de engravidar	Sim	18	7,4	242
	Não	224	92,6	
Toma atualmente medicamento psiquiátrico	Sim	2	0,8	245
	Não	243	99,2	
Características da gestação				
Gestação planejada	Sim	65	27,8	234
	Não	169	72,2	
Gestação desejada	Sim	168	72,1	233
	Não	65	27,9	
Gestação aceita	Sim	232	98,3	236
	Não	4	1,7	
Teve intercorrência na gestação	Sim	63	27,9	226
	Não	163	72,1	

Tabela 8.2 – Conclusão

Variável	Categorias	Freqüência	%	N
Paridade	Primípara	110	44,9	245
	Multípara	135	55,1	
Características do parto				
Tipo de parto	Normal	95	52,5	181
	Cesárea	52	28,7	
	Fórcipe	34	18,8	
Acompanhante no trabalho de parto	Sem acompanhante	72	40,2	179
	Pai da criança	65	36,3	
	Avó materna da criança	24	13,4	
	Pai e avó materna da criança	5	2,8	
	Outros	13	7,3	
Acompanhante no parto	Sem acompanhante	96	53,3	180
	Pai da criança	65	36,1	
	Avó materna da criança	11	6,1	
	Outros	8	4,4	
Características do recém-nascido				
Sexo do bebê	Masculino	84	46,4	181
	Feminino	97	53,6	
Atribuição de semelhança				
Opinião da mãe	Mãe	17	9,7	176
	Pai	89	50,6	
	Ambos	22	12,5	
	Outros	48	27,3	
Opinião do pai	Mãe	28	19,3	145
	Pai	66	45,5	
	Ambos	13	9,0	
	Outros	38	26,2	

Cerca de um quarto das mães (24,3%) e dos pais (26,1%) tinha filhos de outros relacionamentos. Porém, quando realizamos a análise levando em consideração apenas as mães que já tinham pelo menos um filho vivo (ou seja, excluindo da análise aquelas que estavam na primeira gestação, o que corresponde a 44,9% da amostra), vemos que quase a metade (45,0%) delas tinham filhos

provenientes de outros relacionamentos. O número de parceiros e ex-parceiros com os quais as respondentes tinham filhos variou entre um e seis.

Quanto à escolaridade, nota-se que, de maneira geral, as participantes, bem como seus companheiros, tinham nível fundamental ou médio. Agrupando os dados, podemos notar que 38,0% delas tinham ensino fundamental completo ou incompleto, 57,1% tinham ensino médio completo ou incompleto e apenas 4,8% das participantes tinham estudos em nível superior completo ou incompleto. Quanto aos pais, 1,2% (três pais) não eram alfabetizados, 43,0% deles tinham ensino fundamental completo ou incompleto, 45,5% tinham ensino médio completo ou incompleto e 4,5% tinham ensino superior completo ou incompleto. Houve mães que não souberam responder a escolaridade do pai da criança (3,7%) e outras que não quiseram responder (2,1%) por alegarem que não tinham mais contato com ele.

De fato, as entrevistadoras perceberam que a maior parte das participantes não tinha expectativas de seguir os estudos em nível superior. Quando se perguntava o nível de escolaridade para as que haviam concluído a terceira série do Ensino Médio, elas costumavam responder “Eu terminei”, indicando que, provavelmente, não estavam inclinadas a continuar estudando.

Optamos, durante a elaboração do questionário, por não perguntar a renda familiar das participantes, para evitar constrangimentos e por percebermos que, nem sempre, seria possível avaliar a situação econômica a partir desse dado. Eram comuns os casos de mães que não tinham emprego fixo, mas que faziam trabalhos esporádicos, apresentado renda variável. Também tivemos a oportunidade de observar, em algumas visitas domiciliares que realizamos, que havia casos de mães que, apesar de morarem em habitações altamente precárias, contavam com eletrodomésticos sofisticados e, provavelmente, de alto custo em suas residências, o

que tornaria pouco confiável o uso de instrumentos como, por exemplo, o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008. Ver: www.abep.org), que classifica as famílias em classes econômicas a partir da posse de determinados itens. Assim, indagar a respeito de renda, além de provavelmente não nos oferecer uma informação precisa, poderia colocar as entrevistadoras em contato com assuntos delicados. No entanto, podemos ter noção da situação econômica das participantes considerando que elas eram usuárias do sistema público de saúde, normalmente não contando com rendimento suficiente para pagar por serviços ou planos de saúde particulares. E, nos casos em que foram realizadas visitas domiciliares, pôde-se constatar que a maior parte delas morava em habitações pequenas e precárias, em regiões pouco valorizadas, incluindo bairros de classe média-baixa, favelas e habitações populares (COHAB[13]), muitas vezes dividindo a residência com um grande número de pessoas. Além disso, no Brasil, a escolaridade costuma estar fortemente associada à renda, de forma que podemos inferir, pelos dados de escolaridade apresentados anteriormente, que as participantes tinham renda média ou baixa na maior parte dos casos. O estudo de Skazufka (2000), que também pesquisou mulheres que deram à luz no HU, encontrou 29,8% das mães vivendo com renda mensal *per capita* de até 100 reais, 36,8% com renda de 100 a 200 reais e 33,3% com renda superior a 200 reais.

Ainda na primeira entrevista, foi perguntado às mães se a gestação havia sido planejada, desejada e aceita. Nota-se que menos de um terço das mães (27,8%) planejou engravidar, o que mostra que, apesar das constantes campanhas de planejamento familiar existentes nas unidades básicas de saúde, incluindo

---

[13] Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo. Criada pela lei nº 6.738, de 16 de novembro de 1965, tem a função garantir acesso à moradia para a população de menor renda, desenvolvendo programas habitacionais e promovendo a construção de novas unidades com recursos provenientes do Fundo Municipal de Habitação e de convênios com agentes financeiros, outras entidades governamentais e iniciativa privada.

distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais e realização de cirurgias de esterilização, muitas mulheres ainda têm engravidado de forma inesperada, o que pode indicar a necessidade de alterações e/ou intensificação das campanhas pelos serviços públicos de saúde. Apesar da falta de planejamento, 72,1% disseram desejar a criança e 98,3% relataram ter aceitado a gravidez. Esses altos valores podem refletir a formação de um vínculo, ainda que incipiente, entre a mãe e o bebê, mas também podem estar relacionados ao que a mãe considera correto ou aceitável responder, baseada nas normas sociais. Ainda em relação à gestação, 27,9% das mães relataram ter tido alguma intercorrência (ex.: eclâmpsia, diabetes, trabalho de parto prematuro, etc.).

Pediu-se às gestantes que avaliassem os ambientes familiares que tiveram durante a infância, classificando-os em “Muito afetivo”, “Afetivo”, “Nem muito afetivo, nem muito estressante”, “De vez em quando estressante” e “Quase sempre estressante”. Constatamos que as respostas ficaram distribuídas de forma relativamente homogênea entre as categorias: 36,7% das mães classificaram o ambiente como muito afetivo ou afetivo; 31,3% indicaram o ponto intermediário (nem muito afetivo, nem muito estressante); e 32,1% situaram-se em de vez em quando estressante, ou quase sempre estressante.

Além do histórico familiar, procurou-se avaliar o histórico psiquiátrico das mães. Não era possível, para nós, consultar um prontuário que nos indicasse, do ponto de vista médico, se a participante já havia sido examinada por um profissional de saúde mental e/ou feito tratamento psiquiátrico. Recorremos, por isso, às informações fornecidas pelas próprias participantes, perguntando a elas se já haviam tido depressão alguma vez, não relacionada a gestações anteriores. Essa forma de obtenção dos dados não era muito precisa, pois muitas mães não sabiam,

por exemplo, o que é depressão, e outras não sabiam dizer se já haviam estado deprimidas. Ainda assim, como será visto posteriormente (ver seção 8.5.5), essa variável foi significativa em relação à depressão pós-parto medida dois meses após o nascimento do bebê. Cerca de um quinto (22,7%) das mães disse já ter tido depressão, 7,4% disseram já ter tomado medicamento para depressão antes de engravidar e 0,8% (duas mães) eram usuárias de medicamento psiquiátrico no momento da entrevista. Em relação às 54 mães que relataram já terem estado deprimidas, 18 (33,3%) disseram ter sido medicadas.

A partir da segunda entrevista, foi possível saber o tipo do parto realizado. Mais da metade das mães (52,5%) tiveram parto normal, 28,7% foram submetidas a cesárea e 18,8% tiveram o parto auxiliado por fórcipe. A taxa de quase 30% de cesáreas, embora seja menor que a média brasileira (36%) e, principalmente, menor que a média paulista (52%), ainda é alta comparada à recomendação de 15% da Organização Mundial de Saúde (Barbosa, Giffin, Angulo-Tuesta, Gama, Chor, D'Orsi & Reis, 2003).

Quanto ao sexo das crianças, tivemos um ligeiro predomínio do feminino (53,6%) sobre o masculino (46,4%), o qual também foi relatado por Skazufka (2000), que encontrou 55,3% de meninas e 44,7% de meninos em sua amostra.

No HU-USP, é permitido que um acompanhante fique com as parturientes, tanto durante o trabalho de parto, quanto durante o parto. Assim, perguntou-se às participantes que chegaram a responder à segunda entrevista se tiveram acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. A maior parte das mães (59,8%) teve acompanhante no trabalho de parto e 46,7% tiveram acompanhamento no parto propriamente dito. Geralmente, o acompanhante era o pai ou a avó materna do bebê.

Em relação à atribuição de semelhança física, observou-se que cerca de metade das mães e dos pais disse que o bebê se parecia com o pai. Os demais dividiram-se entre atribuir semelhança à mãe, a ambos (pai e mãe) e a outros.

De maneira geral, diversos dados apresentados na presente seção são semelhantes aos relatados por Skazufka (2000) a respeito de sua amostra. A autora também realizou seu estudo no distrito do Butantã, com mães que deram à luz no HU-USP. A amostra de Faisal-Cury et al. (2004), que foi formada por mães atendidas por outro hospital-escola da Universidade de São Paulo, também apresentou características semelhantes. Essa convergência de resultados indica que, provavelmente, os dados encontrados refletem características gerais da população de baixa renda do Distrito do Butantã, que permaneceram relativamente constantes ao longo dos últimos oito anos.

8.2. Comparação entre as sub-amostras das três Unidades Básicas de Saúde

Tendo em vista que as participantes da presente pesquisa pertenciam a bairros diferentes dentro do distrito do Butantã, foram realizados testes para verificar se havia diferença de perfis dentro da amostra de acordo com a região em que as participantes moravam. As UBSs são regionalizadas, ou seja, atendem apenas às mães que moram próximas da unidade, de maneira que foi possível testar essa variável através da UBS em que a mãe fazia o pré-natal. Foram usados testes de ANOVA para verificar a relação entre as UBSs e as variáveis contínuas, e testes que qui-quadrado para testar a sua associação com variáveis discretas.

De maneira geral, houve similaridade entre as amostras de mães recrutadas em cada uma das três UBSs (Vila Dalva, Jd. São Jorge e CSEB). Nenhuma das

variáveis contínuas diferiu significativamente entre as três unidades, de acordo com os testes de ANOVA. O teste de qui-quadrado mostrou que não houve diferença significativa por UBS no número de mães classificadas nos Grupos de Pontuação na EDPE (pontuação Baixa, Média e Alta). No entanto, algumas diferenças significativas foram encontradas em outras variáveis.

Primeiramente, houve significativamente mais mães no CSEB ($\chi^2(2)=7,760$, p=0,021, resíduo ajustado=2,8) que trabalhavam, em relação às amostras do Jd. São Jorge e do Vila Dalva, como pode ser observado na Tabela 8.3.

Tabela 8.3 – Comparação das amostras das UBSs quanto à ocupação das mães.

Trabalha		**CSEB**	**São Jorge**	**Vila Dalva**	**Total**
Sim	Freqüência	63	17	12	92
	%	45	28,3	26,7	37,6
	Resíduo ajustado	2,8	-1,7	-1,7	
Não	Freqüência	77	43	33	153
	%	55	71,7	73,3	62,4
	Resíduo ajustado	-2,8	1,7	1,7	
Total	Freqüência	140	60	45	245
	%	100	100	100	100

Além disso, houve um número significativamente maior de participantes primíparas no Vila Dalva ($\chi^2(2)=6,876$, p=0,032, resíduo ajustado=2,6), quando comparado aos outros dois postos, como mostra a Tabela 8.4.

Tabela 8.4 – Comparação das amostras das UBSs quanto à paridade.

Paridade		CSEB	São Jorge	Vila Dalva	Total
Primípara	Freqüência	56	26	28	110
	%	40,0	43,3	62,2	44,9
	Resíduo ajustado	-1,8	-0,3	2,6	
Multípara	Freqüência	84	34	17	135
	%	60,0	56,7	37,8	55,1
	Resíduo ajustado	1,8	0,3	-2,6	
Total	Freqüência	140	60	45	245
	%	100	100	100	100

Também se observou que no Vila Dalva houve mais mães que relataram não desejar a gestação do que nos outros postos ($\chi^2(2)=5,958$, p=0,051, resíduo ajustado=2,4), como mostra a Tabela 8.5.

Tabela 8.5 – Comparação das amostras das UBSs quanto a desejar a gestação, conforme relatado no terceiro trimestre de gravidez.

Gestação desejada		CSEB	São Jorge	Vila Dalva	Total
Sim	Freqüência	101	45	22	168
	%	74,3	77,6	56,4	72,1
	Resíduo ajustado	0,9	1,1	-2,4	
Não	Freqüência	35	13	17	65
	%	25,7	22,4	43,6	27,9
	Resíduo ajustado	-0,9	-1,1	2,4	
Total	Freqüência	136	58	39	233
	%	100	100	100	100

Por fim, também no Vila Dalva, observou-se diferença na presença de acompanhante no trabalho de parto ($\chi^2(2)=12,508$, p=0,014), havendo menor freqüência de mulheres que não tiveram acompanhante no trabalho do parto (resíduo ajustado= -2,7) e maior freqüência das que tiveram como acompanhantes

outras pessoas, que não o pai do bebê (resíduo ajustado= 3,0). Esses resultados podem ser verificados na Tabela 8.6.

Tabela 8.6 – Comparação das amostras das UBSs quanto à presença de acompanhante no trabalho de parto.

Acompanhante no trabalho de parto		**CSEB**	**São Jorge**	**Vila Dalva**	**Total**
Sem acompanhante	Freqüência	44	22	6	72
	%	42,7	50	18,8	40,2
	Resíduo ajustado	0,8	1,5	-2,7	
Pai da criança	Freqüência	37	16	12	65
	%	35,9	36,4	37,5	36,3
	Resíduo ajustado	-0,1	0,0	0,2	
Outros	Freqüência	22	6	14	42
	%	21,4	13,6	43,8	23,5
	Resíduo ajustado	-0,8	-1,8	3,0	
Total	Freqüência	103	44	32	179
	%	100	100	100	100

Uma análise de escalonamento multidimensional foi realizada para que se pudesse visualizar o perfil das UBSs quanto às variáveis em que os testes de qui-quadrado mostraram diferenças significativas. A Figura 8.1 mostra o Mapa Perceptual obtido através dessa análise. Cada ponto no gráfico representa uma categoria de uma das variáveis analisadas, e a distância entre os pontos mostra o quanto as categorias estão associadas. Quanto menor é a distância, mais associadas estão as categorias. Observa-se, na figura, que as mães do Vila Dalva caracterizaram-se, de maneira geral, por serem primíparas, não desejarem a gestação e terem como acompanhante, no trabalho de parto, outras pessoas que não o pai do bebê. As mães do CSEB, por sua vez, aproximaram-se das categorias de mulheres multíparas, sem acompanhante no trabalho de parto e que trabalhavam. As participantes do Jd. São Jorge, por sua vez, estiveram mais

próximas das categorias de mães que não trabalhavam, desejavam a gestação e tiveram o pai do bebê como acompanhante no trabalho de parto. O valor do alfa de Cronbach foi de 0,434 para a primeira dimensão e de 0,257 para a segunda dimensão.

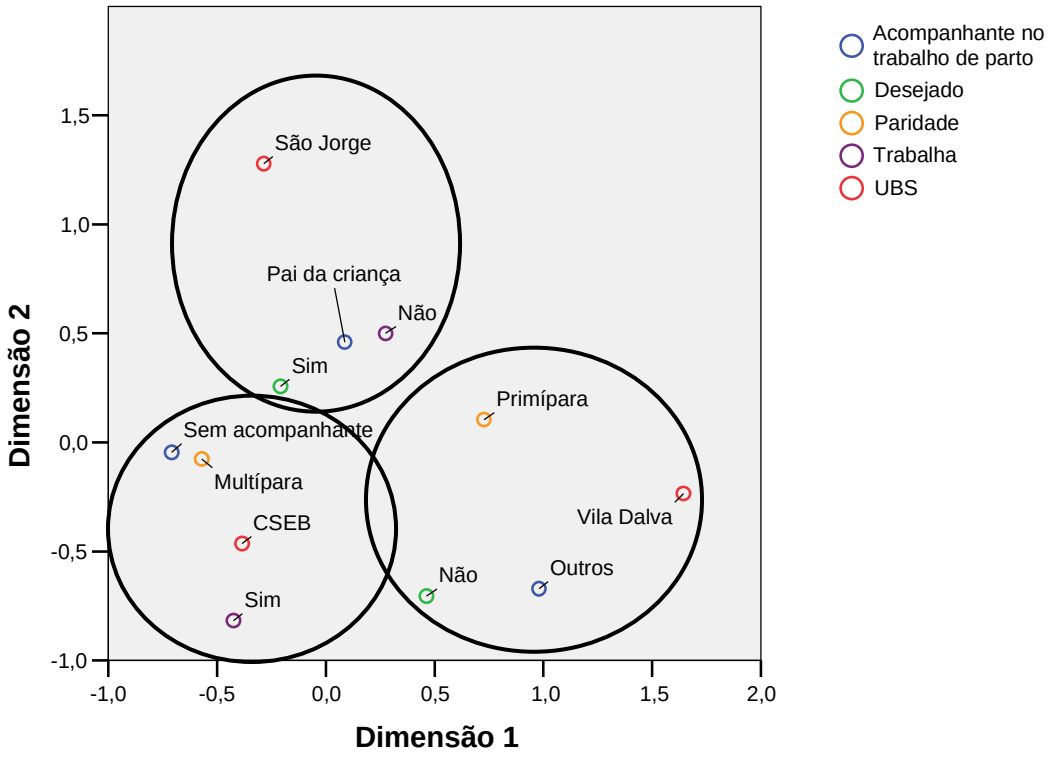

Figura 8.1 – Mapa Perceptual envolvendo as variáveis: UBS, presença de acompanhante no trabalho de parto, se a gestação foi desejada ou não, paridade e se a mãe trabalha ou não.

8.3. Comparação entre as sub-amostras por número de entrevistas

Por a presente pesquisa tratar-se de um estudo longitudinal, tivemos um grande número de perdas (44%) ao longo das entrevistas. A amostra de mães que concluíram a terceira entrevista (N=138) é suficiente para a realização de análises

estatísticas relativamente detalhadas, mas ainda assim é importante verificar se o grupo de mães que não participaram de todas as etapas do estudo teve características diferentes do grupo que participou até o final. Assim, o número de entrevistas que a mãe respondeu (apenas a primeira, primeira e segunda ou todas as entrevistas) foi testado em relação às variáveis pesquisadas, usando-se, novamente, testes de qui-quadrado para a associação com variáveis discretas e de ANOVA para a associação com variáveis contínuas.

Houve relação entre a UBS na qual a mãe havia sido recrutada e o número de entrevistas que ela completou ($\chi^2(2)=11,097$, $p=0,025$). Observa-se, na Tabela 8.7, que as participantes do CSEB chegaram com maior freqüência à segunda entrevista (resíduo ajustado = 3,2). Isso provavelmente ocorreu porque o CSEB era a UBS mais próxima do HU, de forma que a maior parte das entrevistadas dava preferência a esse hospital, ao qual as entrevistadoras tinham acesso, o que facilitou a realização da segunda entrevista. No entanto, as mães do CSEB participaram com menor freqüência da terceira entrevista (resíduo ajustado = -2,3), provavelmente porque a área atendida pela unidade é muito ampla, de forma que muitas mães moravam longe da unidade, o que pode ter sido um fator que as desestimulava a irem ao posto para serem entrevistadas, ocorrendo muitas faltas e dificultando, ao mesmo tempo, o trabalho das pesquisadoras de fazerem entrevistas domiciliares. Por fim, as mães do Vila Dalva participaram com menor freqüência da segunda entrevista, provavelmente por ser um bairro mais próximo do Hospital Mário Degni, o que fazia com que muitas mães dessem preferência por esse hospital, ao qual as pesquisadoras não tinham acesso.

Tabela 8.7 – Freqüência de participantes, por UBS, que realizaram apenas a primeira entrevista, que chegaram à segunda entrevista e que completaram o estudo.

UBS		Primeira entrevista	Segunda entrevista	Terceira entrevista	Total
CSEB	Freqüência	36	34	70	140
	%	56,3	79,1	50,7	57,1
	Resíduo ajustado	-0,2	3,2	-2,3	
São Jorge	Freqüência	15	6	39	60
	%	23,4	14,0	28,3	24,5
	Resíduo ajustado	-0,2	-1,8	1,6	
Vila Dalva	Freqüência	13	3	29	45
	%	20,3	7,0	21,0	18,4
	Resíduo ajustado	0,5	-2,1	1,2	
Total	Freqüência	64	43	138	245
	%	100	100	100	100

Também foi encontrada diferença significativa entre a escolaridade das participantes ($\chi^2(2)=6,205$, $p=0,045$), sendo que as de escolaridade mais alta tiveram maior tendência a aderir ao projeto. A variável escolaridade foi recategorizada, devido à baixa freqüência de observações em algumas categorias, o que impedia a realização do teste de qui-quadrado. Foram usadas duas categorias: “Até Fundamental completo”, incluindo de não alfabetizado a Ensino Fundamental completo e “Médio ou Superior”, incluindo de Ensino Médio incompleto a Ensino Superior completo. Como se pode verificar na Tabela 8.8, as mães que tinham ensino médio ou superior (completo ou incompleto) completaram a terceira entrevista com maior freqüência (resíduo ajustado = 2,5) que aquelas que tinham ensino fundamental (completo ou incompleto).

Tabela 8.8 – Relação entre escolaridade e entrevistas completadas.

Escolaridade da respondente		Primeira entrevista	Segunda entrevista	Terceira entrevista	Total
Fundamental	Freqüência	30	20	43	93
	%	46,9	46,5	31,2	38,0
	Resíduo ajustado	1,7	1,3	-2,5	
Médio ou superior	Freqüência	34	23	95	152
	%	53,1	53,5	68,8	62,0
	Resíduo ajustado	-1,7	-1,3	2,5	
Total	Freqüência	64	43	138	245
	%	100	100	100	100

O tipo de parto também diferiu entre as mães que realizaram apenas a segunda entrevista e as que realizaram também a terceira ($\chi^2(2)=7,103$, $p=0,029$). Constatou-se, pelo teste de qui-quadrado, que as mães que tiveram o bebê com auxílio de fórcipe participaram da terceira entrevista com maior freqüência (resíduo ajustado = 1,8), como se pode verificar na Tabela 8.9.

Tabela 8.9 - Relação entre tipo de parto e entrevistas completadas.

Tipo de parto		Segunda entrevista	Terceira entrevista	Total
Normal	Freqüência	30	65	95
	%	69,8	47,1	52,5
	Resíduo ajustado	2,6	-2,6	
Cesárea	Freqüência	9	43	52
	%	20,9	31,2	28,7
	Resíduo ajustado	-1,3	1,3	
Fórcipe	Freqüência	4	30	34
	%	9,3	21,7	18,8
	Resíduo ajustado	-1,8	1,8	
Total	Freqüência	43	138	181
	%	100	100	100

Nos testes de ANOVA, foi encontrada diferença significativa apenas entre as médias de peso dos bebês no nascimento das mães que fizeram apenas a segunda entrevista e aquelas que realizaram a terceira entrevista ($F(1)=7,102$, $p=0,007$). O peso dos bebês das mães que completaram as três entrevistas (3342,2 ± 438,0 gramas) foi ligeiramente maior, em média, que o peso dos bebês daquelas que participaram apenas até a segunda entrevista (3130,5 ± 378,5 gramas). No entanto, convém lembrar que do ponto de vista da saúde do bebê, ambas as médias de peso são adequadas, não havendo, na prática, motivos para considerar diferentes, por exemplo, bebês com 3100 gramas ou 3350 gramas ao nascer.

A EDPE era aplicada apenas na terceira entrevista, de forma que só obtivemos a pontuação das mães que chegaram até o fim do projeto. Ainda assim, conforme as análises apresentadas, parece não haver evidências de que mães deprimidas teriam maior ou menor tendência de adesão ao estudo, pois as variáveis que estiveram significativamente relacionadas com os grupos na EDPE (pontuação Baixa, Média ou Alta) não se mostraram significativas quando foram comparadas entre as sub-amostras de participantes que completaram a primeira, a segunda e a terceira entrevistas. A única exceção é a variável escolaridade, pois a categoria Média ou Superior foi mais freqüente nas mães que concluíram a terceira etapa, e encontrou-se efeito marginalmente significativo para a associação dessa categoria com o grupo de pontuação Baixa na EDPE, como será apresentado na seção ....

8.4. Prevalência

Na Figura 8.2, pode ser observado um histograma com a distribuição das pontuações das mães na EDPE. Nota-se que a maior parte das mães teve

pontuação abaixo de 12, não sendo consideradas deprimidas segundo o critério do ponto de corte 11/12, representado pela linha vertical azul no gráfico. A média de pontuação foi de 8,8 pontos, com desvio padrão de 6,3. A curva, portanto, apresenta um pico deslocado para a esquerda, na direção das pontuações mais baixas. As linhas verticais vermelhas no gráfico representam os pontos de corte que delimitam os grupos de pontuação Baixa, Média e Alta na EDPE, os quais foram usados para as análises subseqüentes do presente trabalho.

Das 138 mães que participaram da terceira entrevista e, portanto, responderam a EDPE, 37 apresentaram pontuação maior ou igual a 12, o que corresponde a 26,8% da amostra.

Esse valor, ainda que bem mais baixo que o esperado pela Hipótese 5.2.1, pode ser considerado relativamente elevado, compreendendo mais de um quarto das parturientes. Em relação aos estudos realizados no Brasil, é um valor mais baixo que o encontrado por Skazufka (2000), que relatou prevalência de 36,8% do transtorno no distrito do Butantã, e Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), que observaram proporção semelhante (37,1%) em mães da Zona Leste de São Paulo. No entanto, é um valor mais alto que o de 15,9% encontrado em São Paulo (Faisal-Cury et al., 2004) e que os encontrados em outras cidades: 13,% em Brasília no estudo em que a escala foi validada (Santos, Martins & Pasquali, 1999), 19,1% em Pelotas (Moraes et al., 2006) e 22,2% novamente em Brasília (Zaconeta, 2004).

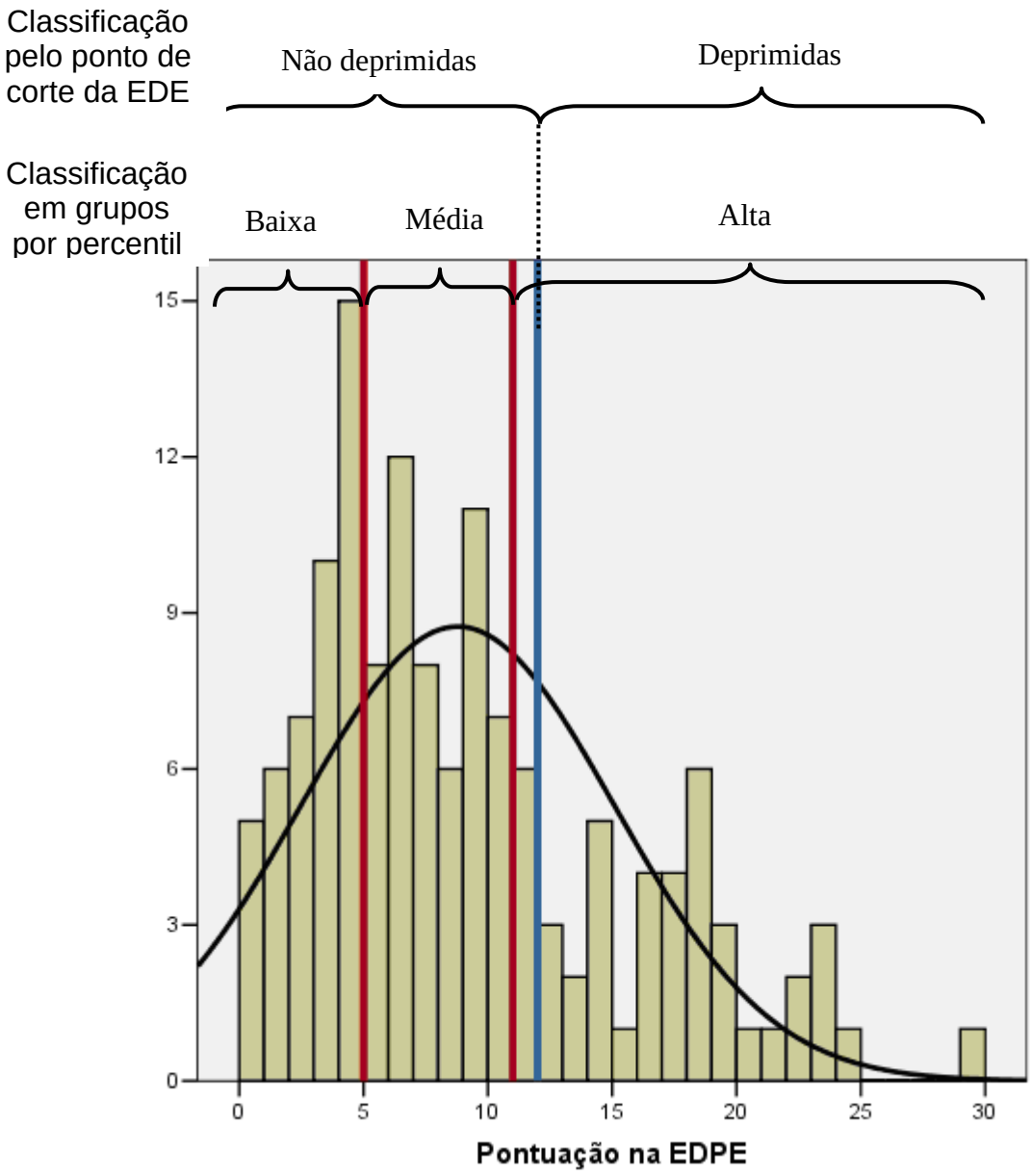

Figura 8.2 – Distribuição das mães por pontuação na EDPE.

Essa diferença de prevalência entre as cidades brasileiras pode ter se dado por características específicas do meio em que as mães viviam, pois São Paulo, Pelotas e Brasília são cidades com que apresentam grandes diferenças demográficas, ambientais e culturais. Também se deve observar as diferenças de perfil demográfico das populações estudadas. Particularmente no estudo de Santos (1995) em Brasília, a amostra estudada apresentava renda e escolaridade muito

superiores às das mães que participaram da presente pesquisa: a renda familiar média foi de 20 salários mínimos, e apenas 17% das participantes tinha renda familiar baixa (um a cinco salários mínimos); além disso, 46% das participantes tinha completado o curso superior e outros 14% tinham nível superior incompleto. O mesmo não ocorreu com o estudo de Zaconeta (2004), que usou o mesmo instrumento, na mesma região, e encontrou prevalência mais alta, de 22,2%. A amostra desse trabalho, porém, envolveu gestantes atendidas pelo Hospital Universitário da Universidade de Brasília, a maioria delas de baixa renda e baixa escolaridade.

Em alguns estudos, devemos levar em consideração, ainda, a diferença de instrumentos. Moraes et al. (2006) usaram a HAM-D para acessar as mães com depressão, e Faisal-Cury et al. (2004) usaram o Inventário de Beck (BDI).

Nota-se que, dos estudos realizados em outros países, a maioria apresentou prevalências bastante inferiores às que encontramos nos estudos realizados na cidade de São Paulo. Uma exceção é o trabalho de Aydin, Inandi e Karabulut (2005), que relatou prevalência de 34,6% na Turquia. Além desse estudo, o valor mais próximo foi o encontrado por Alvarado et al. (2000), que relatou prevalência de 22,4% no Chile. Por enquanto, não é possível determinar, com certeza, o que leva ao aparecimento de prevalências tão diferentes dependendo das regiões e populações estudadas. Há necessidade de realização de estudos que envolvam a aplicação do mesmo instrumento em diferentes culturas e classes sócio-econômicas, para que se possa realizar uma comparação efetiva entre as prevalências e fatores associados com a depressão pós-parto em cada uma delas.

8.5. Variáveis relacionadas com a depressão pós-parto

Foram realizadas análises univariadas para verificar quais variáveis, dentre as pesquisadas, apresentaram relação significativa com o Grupo de Pontuação na EDPE (Baixa, Média e Alta). No caso das variáveis contínuas, todas padronizadas pelo escore Z, foram realizados testes de Análise Univariada de Variância (ANOVA) tendo o Grupo de Pontuação na EDPE como variável independente. No caso de variáveis discretas, foi usado o teste de qui-quadrado para testar a associação com essa variável.

8.5.1. Idade da mãe e do pai do bebê

Não foram encontradas diferenças significativas entre os Grupos de Pontuação na EDPE em relação à idade da participante, não havendo, portanto, evidências para sustentar a Hipótese 5.2.2.1-a. A ausência de diferença significativa entre as médias de idade por grupo pode dever-se à baixa presença de mães nas faixas etárias extremas. A amostra da presente pesquisa conta com poucas participantes adolescentes ou de idade mais avançada: apenas 23 mães (16,7%) tinham até 18 anos de idade, e apenas duas (2,4%) tinham mais de 40 anos.

As médias de idade dos pais dos bebês também não diferiram significativamente entre os grupos, resultado que esteve de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.1-b.

8.5.2. Escolaridade da mãe e do pai do bebê

Novamente, foram usadas variáveis dicotômicas em relação à escolaridade, com as categorias “Até fundamental completo” e “Médio ou superior”. O teste de qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre escolaridade dos pais dos bebês e Grupo de Pontuação na EDPE. Em relação à escolaridade das mães, houve um efeito marginalmente significativo ($\chi^2(2)=5,629$, $p=0,060$). Observa-se na Tabela 8.10 que, no grupo Alta, há mais mães do que seria esperado ao acaso com escolaridade até o Ensino Fundamental Completo (resíduo ajustado=2,2). Assim, os resultados forneceram evidências que sustentam a Hipótese 5.2.2.2 parcialmente.

Tabela 8.10 - Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à escolaridade.

Grupo na EDPE		**Até Fundamental Completo**	**Médio ou Superior**	**Total**
Baixa	Freqüência	9	34	43
	%	20,9	79,1	100
	Resíduo ajustado	-1,7	1,7	
Média	Freqüência	15	37	52
	%	28,8	71,2	100
	Resíduo ajustado	-0,5	0,5	
Alta	Freqüência	19	24	43
	%	44,2	55,8	100
	Resíduo ajustado	2,2	-2,2	
Total	Freqüência	43	95	138
	%	31,2	68,8	100

Observa-se controvérsia entre os estudos a respeito da baixa escolaridade como fator de risco para a depressão pós-parto. Dois estudos brasileiros (Skazufka, 2000; Moraes et al., 2006) encontraram associação entre baixa escolaridade e depressão pós-parto. No entanto, Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) não encontraram associação significativa entre essas variáveis, e Skazufka encontrou uma correlação fraca ($r = -0,190$, $p<0,010$) entre as variáveis. Os resultados da meta-análise realizada por Robertson et al. (2004), que considerou diversos estudos realizados no exterior, também indicou que a escolaridade não esteve associada com a ocorrência da depressão pós-parto. Deve-se levar em consideração que a escolaridade costuma estar fortemente associada com a renda, sobretudo no Brasil, onde a concentração de renda é muito alta. Os resultados do presente estudo vão ao encontro dos de Skazufka (2000) e Moraes et al. (2006), o que pode indicar que, em nosso país, a tendência é de que a baixa escolaridade de fato seja um fator de risco para a depressão pós-parto.

8.5.3. Ocupação

Através do teste de qui-quadrado, constatou-se não haver associação estatisticamente significativa entre a atividade da mãe (trabalha: sim ou não; estuda: sim ou não) e os Grupos de Pontuação na EDPE, o que contraria a Hipótese 5.2.2.3-a.

Quanto à atividade do pai do bebê, não houve diferença significativa entre os Grupos de Pontuação na EDPE em relação ao pai estudar ou não, mas foi encontrada diferença significativa ($\chi^2(2)=7,061$, $p=0,029$) em relação ao pai trabalhar ou não. Conforme mostra a Tabela 8.11, no grupo Baixa, houve menor freqüência de

pais que não trabalhavam do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado=2,4), enquanto no grupo Média, houve maior freqüência de pais que trabalhavam do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado=2,2). Esse resultado é oposto ao que esperávamos na Hipótese 5.2.2.3-b, o que talvez tenha ocorrido porque os pais que não trabalham têm a possibilidade de ficar em casa por um maior período de tempo, dando maior suporte para a mãe nas tarefas do lar e nos cuidados com o bebê. Assim, apesar da diminuição do suporte financeiro, haveria um aumento de suporte afetivo, emocional e de interação positiva, por exemplo.

Tabela 8.11 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à atividade dos pais dos bebês.

Grupo na EDPE		**Pai do bebê trabalha**		
		Não	Sim	Total
Baixa	Freqüência	12	30	42
	%	28,6	71,4	100
	Resíduo ajustado	2,4	-2,4	
Média	Freqüência	4	47	51
	%	7,8	92,2	100
	Resíduo ajustado	-2,2	2,2	
Alta	Freqüência	7	36	43
	%	16,3	83,7	100
	Resíduo ajustado	-0,1	0,1	
Total	Freqüência	23	113	136
	%	16,9	83,1	100

8.5.4. Informações sobre a família

Testes de qui-quadrado não revelaram diferenças significativas entre os Grupos de Pontuação na EDPE para as variáveis: morar ou conviver com o pai do

bebê, composição familiar e o pai do bebê ter filhos de outros relacionamentos, contrariando, portanto, as Hipóteses 5.2.2.4-a, b e d.

Encontrou-se, no entanto, diferença estatisticamente significativa entre as mães que tinham filhos de outros relacionamentos e as que só tinham filhos do parceiro atual ($\chi^2(2)=9{,}381$, $p=0{,}009$). Observa-se, na Tabela 8.12, que houve mais mães que tinham filhos de outros relacionamentos do que seria esperado ao acaso no grupo de pontuação Alta na EDPE (resíduo ajustado = 3,1).

Tabela 8.12 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de filhos de relacionamentos anteriores das mães.

Grupo na EDPE		**Filho(s) com companheiro (atual) ou 1ª gestação**	**Filho(s) com companheiro(s) anterior(es)**	**Total**
Baixa	Freqüência	36	7	43
	%	83,7	16,3	100
	Resíduo ajustado	1,3	-1,3	
Média	Freqüência	44	8	52
	%	84,6	15,4	100
	Resíduo ajustado	1,7	-1,7	
Alta	Freqüência	26	17	43
	%	60,5	39,5	100
	Resíduo ajustado	-3,1	3,1	
Total	Freqüência	106	32	138
	%	76,8	23,2	100

Essa diferença foi constatada, também, quando foram excluídas as mães que estavam na primeira gestação ($\chi^2(2)=6{,}077$, $p=0{,}048$), mostrando que o efeito não se deve ao fato de a mãe ter ou não ter outros filhos. A Tabela 7.16 mostra a freqüência de mães multíparas que tinham filhos de relacionamentos anteriores, por Grupo de Pontuação na EDPE. Houve maior freqüência de mães com filhos de

relacionamentos anteriores no grupo de pontuação Alta do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado = 2,4). Esses resultados estão de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.4-c. Também se pode observar que houve mais mães com filhos apenas do parceiro atual no grupo de pontuação Média do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado = 2,0), mas isso provavelmente se deu porque estão sendo consideradas, para esta análise, apenas as mulheres multíparas, as quais, como será apresentado na seção ..., apresentam, de fato, associação com pontuações mais elevadas na EDPE.

Tabela 8.13 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à presença de filhos de relacionamentos anteriores das mães, considerando-se apenas as participantes multíparas.

Grupo na EDPE		**Filho(s) com companheiro atual**	**Filho(s) com companheiro(s) anterior(es)**	**Total**
Baixa	Freqüência	11	7	18
	%	61,1	38,9	100
	Resíduo ajustado	0,4	-0,4	
Média	Freqüência	20	8	28
	%	71,4	28,6	100
	Resíduo ajustado	2,0	-2,0	
Alta	Freqüência	11	17	28
	%	39,3	60,7	100
	Resíduo ajustado	-2,4	2,4	
Total	Freqüência	42	32	74
	%	56,8	43,2	100

Quanto ao número de pessoas na casa, também não foi encontrada diferença significativa entre os Grupos de Pontuação na EDPE, contrariando a Hipótese 5.2.2.4-e. No entanto, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o número de filhos e os Grupos de Pontuação na EDPE (F(2)=3,278, p=0,041,

PO=0,615), o que está de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.4-f. O *Post Hoc* Tukey's B não revelou diferença entre os grupos, mas o LSD, menos conservador, mostrou que houve diferença entre o grupo Alta e os demais (p=0,025 em relação ao grupo de pontuação Baixa e p=0,030 em relação ao grupo de pontuação Média). As mães com pontuação Alta tiveram maior média de filhos que as mães com pontuação Média ou Baixa, como se pode verificar na Tabela 8.14.

Separando-se os moradores da casa nas categorias adultos (a partir de 16 anos) e crianças (até 16 anos), constatou-se diferença estatisticamente significativa na média de crianças morando na casa por Grupo de Pontuação na EDPE (F(2)=3,436, p=0,035, PO=0,636), o que está de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.4-g. O *post hoc* Tukey's B (p<0,05) mostrou que a diferença estatisticamente significativa se deu entre os grupos de pontuação Baixa e Alta. As mães do grupo Alta tiveram maior média de crianças morando na casa que as mães do grupo Baixa, conforme se pode observar na Tabela 8.14. Não foi encontrada diferença entre os grupos para a média de adultos morando na casa.

Por fim, ainda sobre os moradores da casa, realizou-se um novo teste de ANOVA tendo como variável dependente a razão entre o número de crianças e o número de adultos na casa (incluindo a respondente). Novamente, foram consideradas crianças os moradores com até 16 anos e adultos os que tinham, no mínimo, 16 anos. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os Grupos de Pontuação na EDPE (F(2)=3,505, p=0,033, PO=0,646), o que está de acordo com a Hipótese 5.2.2.4-h, e novamente o *post hoc* Tukey's B indicou que a diferença se deu entre os grupos de pontuação Baixa e Alta. Conforme podemos verificar na Tabela 8.14, a razão entre crianças e adultos foi maior nas residências das mães da categoria Alta.

Em relação aos dados apresentados sobre os moradores da residência, deve-se atentar para o baixo Poder Observado das análises (em torno de 0,600), que aponta para a possibilidade de erro tipo II (rejeitar a hipótese nula, quando esta é verdadeira).

A relação entre o número de moradores na casa e depressão pós-parto pareceu estar mais relacionada ao número de crianças do que ao número de adultos na casa. O maior o número de crianças na casa, considerando-se tanto os filhos da participante quanto as outras crianças, esteve associado com pontuação Alta na EDPE. Essa relação pode se dar pela necessidade de suporte da mãe: pode-se inferir que uma mãe que já tem outros filhos para criar necessite de maiores recursos para garantir a sobrevivência da prole. Isso pode ser mais uma razão (provavelmente não consciente) para que ela apresente sintomas depressivos, motivando outras pessoas da rede social (especialmente o pai da criança) a aumentarem o seu investimento, tanto no bebê quanto nas crianças mais velhas, de forma a garantir a sobrevivência de toda a prole. A condição de pobreza em que a maior parte das participantes se encontrava pode ter agravado a necessidade de busca de suporte quando já se tinha outros filhos para criar. Uma criança a mais poderia representar um importante incremento não apenas no investimento afetivo das famílias, como também no financeiro. Muitas mães relataram que tinham a necessidade de trabalhar, mas não encontravam uma pessoa disponível para cuidar de seus bebês, nem vagas nas creches públicas. Ou seja, percebia-se falta de suporte não apenas por parte das pessoas próximas, como também dos órgãos públicos.

Tabela 8.14 – Comparação de médias de moradores da casa, por Grupo de Pontuação na EDPE. Consta o p-valor entre parêntesis para as variáveis que apresentaram diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA.

Variável	Pontuação na EDPE	Média	DP	N
Número de pessoas na casa	Baixa	3,7	1,6	43
	Média	3,8	1,6	52
	Alta	4,4	2,9	43
	Total	4,0	2,1	138
Número de crianças na casa (p = 0,035)	Baixa	0,7	0,9	43
	Média	1,2	1,2	52
	Alta	1,7	1,7	43
	Total	1,0	1,3	138
Número de adultos na casa	Baixa	2,0	1,3	43
	Média	1,8	1,2	52
	Alta	2,0	1,7	43
	Total	1,9	1,4	138
Razão entre número de crianças e número de adultos na casa (p = 0,033)	Baixa	0,3	0,4	43
	Média	0,4	0,5	52
	Alta	0,5	0,5	43
	Total	0,4	0,4	138
Número de filhos (p = 0,041)	Baixa	0,6	0,9	43
	Média	0,6	0,8	52
	Alta	1,0	1,0	43
	Total	0,7	0,9	138

8.5.5. Histórico psiquiátrico

Observou-se, no teste que qui-quadrado, que houve relação estatisticamente significativa ($\chi^2(2)=15,668$, $p<0,001$) entre o Grupo de Pontuação na EDPE e histórico prévio de depressão não relacionada a gravidez ou puerpério. No grupo de pontuação Média, houve menor freqüência de mães que já haviam tido depressão do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado= -2,3), e o oposto ocorreu para o

grupo de pontuação Alta (resíduo ajustado= 3,9), como mostra a Tabela 8.15. Esse resultado está de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.5.

Tabela 8.15 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de histórico de depressão não relacionada a gestação.

Grupo na EDPE		**Depressão anterior**		Total
		Sim	Não	
Baixa	Freqüência	7	36	43
	%	16,3	83,7	100
	Resíduo ajustado	-1,5	1,5	
Média	Freqüência	7	45	52
	%	13,5	86,5	100
	Resíduo ajustado	-2,3	2,3	
Alta	Freqüência	19	22	41
	%	46,3	53,7	100
	Resíduo ajustado	3,9	-3,9	
Total	Freqüência	33	103	136
	%	24,3	75,7	100

Devido ao número pequeno de mães que relataram ter tomado medicamento psiquiátrico em algum momento de suas vidas, não foi possível realizar teste de qui-quadrado para testar a associação dessa variável com as Categorias de Pontuação na EDPE. No entanto, verificou-se que das 13 mães que disseram ter usado medicação, duas foram classificadas na categoria Baixa, duas na Média e nove na Alta, o que indica a possibilidade de que participantes que já haviam sido medicadas apresentassem pontuação Alta com maior freqüência. Isso provavelmente não se deve à ação do medicamento, mas à severidade do transtorno, que foi suficiente para motivar a mulher a procurar um profissional e exigiu o uso de medicação.

Dentre as duas mães que relatavam estar tomando antidepressivos no dia em que a entrevista foi realizada (terceiro trimestre de gestação), uma delas foi

classificada no grupo de pontuação Baixa e a outra no grupo de pontuação Alta, entre dois e quatro meses após o parto.

Esse resultado apresenta convergência com a meta-análise realizada por Robertson et al. (2004), que encontrou o histórico de depressão anterior à gestação como um fator de risco para depressão pós-parto forte a moderado.

8.5.6. Características da gestação

Resultados dos testes de qui-quadrado mostraram que não houve associação estatisticamente significativa entre os Grupos de Pontuação na EDPE e o planejamento da gestação. No entanto, foi observada associação ($\chi^2(2)=7,434$, $p=0,024$) com o desejo pela gestação, conforme pode ser verificado na Tabela 8.16. Houve maior freqüência de gestações desejadas no grupo de pontuação Baixa (resíduo ajustado=2,0) e maior freqüência de gestações não desejadas no grupo de pontuação Alta (resíduo ajustado=2,5). Esses resultados estão, parcialmente, de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.6-a, pois a intensidade de sintomas de depressão pós-parto não esteve associada com o planejamento da gestação, mas houve associação com o fato de a mãe relatar desejar a gestação.

Tabela 8.16 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto a desejar ou não desejar a gestação.

Grupo na EDPE		**Gestação desejada**		
		Sim	Não	Total
Baixa	Freqüência	35	7	42
	%	83,3	16,7	100
	Resíduo ajustado	2,0	-2,0	
Média	Freqüência	37	13	50
	%	74,0	26,0	100
	Resíduo ajustado	0,4	-0,4	
Alta	Freqüência	22,0	17,0	39
	%	56,4	43,6	100
	Resíduo ajustado	-2,5	2,5	
Total	Freqüência	94	37	131
	%	71,8	28,2	100

Não foi possível testar a relação entre o Grupo de Pontuação na EDPE e a aceitação da gravidez, devido ao número pequeno de participantes (N=2) que relataram não ter aceitado a gestação e que chegaram a completar a terceira entrevista. Uma dessas mães teve pontuação 8 (Média) na EDPE, e a outra teve pontuação 16 (Alta). Outras duas mães disseram não aceitar a gestação, mas não participaram da terceira entrevista, de maneira que desconhecemos a intensidade dos sintomas depressivos após o parto.

Esse resultado mostrou que o fato de a gestação ter sido planejada não teve influência na intensidade de sintomas depressivos, mas sim o fato de ter sido desejada. Muitas participantes relataram não ter planejado a gestação, mas desejarem ter o bebê. As entrevistadoras observaram que diversas mães fizeram afirmações como: “Eu não tinha planejado, mas se ele veio, é bem-vindo”, ou “No começo eu não gostei, mas agora estou feliz”. Assim, nos casos em que o evento da

gestação foi inesperado, o que teve associação com os sintomas depressivos foi se as mães, após descobri-lo, passaram a desejar o bebê, ou não.

São relativamente comuns na literatura estudos que investigaram a relação entre planejamento da gestação e ocorrência de depressão pós-parto. Por exemplo, Santos (1995), Skazufka (2000), Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) e Moraes et al. (2006) encontraram que não houve associação significativa entre essas variáveis nos testes estatísticos. Os resultados do presente trabalho atentam para a importância de se investigar não apenas o planejamento, mas também o desejo pela gestação, variável que não foi considerada nos estudos anteriores.

O estudo de Moraes et al. (2006) encontrou associação significativa entre depressão pós parto e gravidez indesejada, considerando indesejadas as gestações em que a mãe relatou ter pensado em realizar aborto, ou ter tentado, sem sucesso, realizá-lo. Devemos, porém, considerar que uma gravidez pode ser indesejada em diversos graus. A mãe pode não desejar ter o bebê, mas ainda assim não ter pensado em interromper a gestação. Muitas mães podem, ainda, não se sentir à vontade em falar que pensaram em realizar aborto. Assim, perguntar à mãe diretamente se deseja a gravidez pode ser um meio mais eficiente de acessar essa variável, que no presente estudo se mostrou significativa.

Vale, ainda, lembrar que, apesar de o planejamento da gestação não ter uma relação direta com a depressão pós-parto, ele tem uma relação indireta, na medida em que dificilmente uma mãe que planejou a gestação não desejará a criança. Em nossa amostra, das 65 mães que disseram, no terceiro trimestre de gestação, que sua gestação era indesejada, apenas uma disse que a gestação foi planejada (a aparente incoerência pode se dever ao fato de a mãe ter planejado engravidar, mas ter mudado seus sentimentos em relação à gravidez no período decorrido entre a

concepção e o terceiro trimestre de gestação). Assim, se houvesse um planejamento familiar adequado, dificilmente teríamos casos de gestação indesejada, o que poderia ajudar a diminuir a prevalência da depressão pós-parto.

Também se observou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(2)=6,666$, $p=0,036$) no teste de qui-quadrado entre as Categorias de Pontuação na EDPE em relação às intercorrências durante a gestação, conforme relatadas pela participante. Não dispúnhamos do prontuário médico para confirmar o relato das mães, mas de qualquer maneira, podemos considerar esse dado importante por representar a percepção da gestante. Assim, o que está sendo medido é se a gestante percebeu ter tido um problema físico durante a gestação ou não, independentemente do que afirmasse o diagnóstico médico. Observa-se na Tabela 8.17 que, no grupo de pontuação Alta, houve mais gestantes que relataram intercorrência do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado=2,5), o que está de acordo com o esperado pela Hipótese 6.2.2.6-b.

Embora esse resultado possa fornecer evidências para a teoria evolucionista de que a depressão pós-parto teria probabilidade maior de ocorrer em casos em que houvesse sinais de que a saúde do bebê seria precária, pois nessa situação a mãe precisaria de maior suporte social para cuidar do bebê e procurar fazer com que ele sobrevivesse, deve-se ter cuidado com essa interpretação, visto que a amostra foi formada, de maneira geral, por bebês saudáveis.

Tabela 8.17 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à existência de relato de intercorrências na gestação.

Grupo na EDPE		**Intercorrência**		**Total**
		Sim	**Não**	
Baixa	Freqüência	7	33	40
	%	17,5	82,5	100
	Resíduo ajustado	-1,8	1,8	
Média	Freqüência	12	36	48
	%	25	75	100
	Resíduo ajustado	-0,6	0,6	
Alta	Freqüência	16	21	37
	%	43,2	56,8	100
	Resíduo ajustado	2,5	-2,5	
Total	Freqüência	35	90	125
	%	28	72	100

O teste de qui-quadrado mostrou que a associação entre a variável paridade (categorias: primípara e multípara) e o Grupo de Pontuação na EDPE apresentou um efeito marginalmente significativo ($\chi^2(2)=4,677$, $p=0,096$). Houve uma freqüência elevada de mães primíparas no grupo de pontuação Baixa (resíduo ajustado=1,9) e uma freqüência elevada de mães multíparas no grupo de pontuação Alta (resíduo ajustado=1,8), como se pode observar na Tabela 8.18. Esses resultados vão ao encontro daqueles relatados na seção 7.4.5, em que se encontrou que um maior número de filhos esteve relacionado significativamente com a categoria Alta, e ao esperado pela Hipótese 5.2.2.6-c. No entanto, a variável mais importante parece ser o número de filhos, que teve um p-valor mais baixo que o encontrado para a paridade.

Tabela 8.18 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à paridade.

Grupo na EDPE		Paridade		Total
		Primípara	Multípara	
Baixa	Freqüência	25	18	43
	%	58,1	41,9	100
	Resíduo ajustado	1,9	-1,9	
Média	Freqüência	24	28	52
	%	46,2	53,8	100
	Resíduo ajustado	0,0	0,0	
Alta	Freqüência	15	28	43
	%	34,9	65,1	100
	Resíduo ajustado	-1,8	1,8	
Total	Freqüência	64	74	138
	%	46,4	53,6	100

8.5.7. Avaliação das relações afetivas

Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre todas as perguntas relacionadas à avaliação do ambiente familiar durante a infância e os grupos formados a partir da pontuação na EDPE. As médias das escalas em que as participantes relataram o quanto foram alvo de Afeto, Preocupação e Rejeição dos pais durante a infância estão descritas na Tabela 8.19.

Para a escala de Afeto (F(2)=7,105, p=0,001, PO=0,926), o *post hoc* Tukey's B (p<0,05) indicou que houve diferença significativa entre as categorias Baixa e Alta. A média nessa escala foi menor para as mães classificadas na categoria Alta que para as classificadas na categoria Baixa. Para a escala de Preocupação (F(2)=7,956, p=0,001, PO=0,951), o *post hoc* Tukey's B (p<0,05) indicou que a diferença se deu na média da categoria Alta, que foi mais baixa que as médias das categorias Média e Baixa. Por fim, na escala de Rejeição (F(2)=5,957, p=0,002, PO=0,910), o *post hoc* Tukey's B também mostrou que a categoria Alta apresentou

média mais elevada, diferenciando-se significativamente das categorias Média e Baixa. Esses resultados estão de acordo com o que era esperado pela Hipótese 5.2.2.7-a.

Tabela 8.19 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à avaliação do relacionamento com os próprios pais durante a infância. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA.

Variável	**Grupo na EDPE**	**Média**	**DP**	**N**
Afeto (p=0,001)	Baixa	4,7	0,7	43
	Média	4,2	1,1	51
	Alta	3,8	1,5	41
	Total	4,2	1,2	135
Preocupação (p=0,001)	Baixa	4,8	0,4	43
	Média	4,6	0,9	51
	Alta	4,0	1,3	41
	Total	4,5	1,0	135
Rejeição (p=0,002)	Baixa	1,9	1,2	43
	Média	2,1	1,3	50
	Alta	2,9	1,5	41
	Total	2,3	1,4	134

Também foram encontradas diferenças significativas entre os Grupos de Pontuação na EDPE e a questão que pedia para que as mães avaliassem o ambiente familiar que tiveram durante a infância, com as seguintes possibilidades de resposta: muito afetivo; afetivo; nem muito afetivo, nem muito estressante; de vez em quando estressante; e quase sempre estressante. Foi necessário, para atender aos pressupostos do teste de qui-quadrado, reduzir o número de categorias dessa questão. Desta maneira, foram criadas três categorias: Afetivo (envolvendo as respostas “Muito afetivo” ou “Afetivo”); Nem afetivo, nem estressante (envolvendo as

respostas “Nem muito afetivo, nem muito estressante”); e Estressante (envolvendo as respostas “De vez em quando estressante” ou “Quase sempre estressante”).

Tendo-se agrupado as respondentes nas novas categorias, aplicou-se o teste de qui-quadrado, que revelou diferenças significativas ($\chi^2(2)=10,205$, $p=0,037$) entre as avaliações do ambiente familiar realizadas por mães de pontuação Baixa, Média e Alta na EDPE. Observa-se na Tabela 8.20 que mais participantes de pontuação Baixa do que seria esperado ao acaso classificaram seus ambientes familiares como Afetivo (resíduo ajustado=2,7), ocorrendo o contrário com as mães de pontuação Alta, em que a freqüência de classificação como Afetivo foi menor do que seria esperado ao acaso (resíduo ajustado= -2,1).

Tabela 8.20 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à avaliação do ambiente familiar na infância.

Grupo na EDPE		**Ambiente familiar**			
		Afetivo	**Nem afetivo, nem estressante**	**Estressante**	**Total**
Baixa	Freqüência	25	12	6	43
	%	58,1	27,9	14,0	100
	Resíduo ajustado	2,7	-0,2	-2,7	
Média	Freqüência	20	15	17	52
	%	38,5	28,8	32,7	100
	Resíduo ajustado	-0,6	-0,1	0,7	
Alta	Freqüência	12	13	17	42
	%	28,6	31,0	40,5	100
	Resíduo ajustado	-2,1	0,3	1,9	
Total	Freqüência	57	40	40	137
	%	41,6	29,2	29,2	100

Esses resultados também estiveram de acordo com o que era esperado pela Hipótese 5.2.2.7-a. Vale lembrar que, embora o ambiente de criação das mães que

apresentaram depressão possa ter sido de fato estressante, ele foi acessado através de auto-relato, o que abre a possibilidade de uma segunda interpretação: a de que as mães que, na gestação, apresentavam características que estiveram associadas com a depressão pós-parto tenham apresentado uma maior inclinação a considerar estressante o seu ambiente familiar.

Também foi analisada a avaliação que as participantes fizeram do conflito existente em suas relações com o pai do bebê, em escala Lickert de um (nada conflituoso) a sete (extremamente conflituoso). A relação dessa variável com os Grupos de Pontuação na EDPE foi significativa (F(2)=3,817, p=0,024, PO=0,685). O *Post Hoc* Tukey's B mostrou que houve diferença (p<0,05) entre o grupo de pontuação Alta e os grupos de pontuação Média e Baixa. Como mostra a Tabela 8.21, a média de conflito conjugal foi maior para as mães incluídas no grupo de pontuação Alta na EDPE.

Tabela 8.21 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto ao relato de conflito com o companheiro.

Variável	**Grupo na EDPE**	**Média**	**DP**	**N**
Conflito relatado no relacionamento com o parceiro (p = 0,024)	Baixa	1,8	1,1	43
	Média	1,8	1,6	52
	Alta	2,6	1,8	43
	Total	2,0	1,6	138

Esse resultado está de acordo com a Hipótese 5.2.2.7-b, que previa associação entre maiores níveis de conflito na relação com o pai do bebê e maior intensidade de sintomas de depressão pós-parto. O nível de conflito pode estar relacionado com a percepção que a mãe tem do suporte recebido ou que poderia vir a receber. O conflito entre o casal provavelmente diminui o suporte proporcionado

pelo companheiro, além de indicar a possibilidade de uma separação, o que o afastaria da mãe e do bebê, diminuindo ainda mais a chance de que recebam suporte. Outros autores, como Santos (1995), encontraram associação significativa entre problemas no relacionamento conjugal e depressão pós-parto.

É importante observar que, apesar de termos encontrado diferenças significativas entre as categorias, a média de conflito foi baixa em todas elas. No questionário, havia uma pergunta aberta perguntando por que a respondente havia indicado esse valor para o conflito com o companheiro. Apesar de as respostas a essa pergunta não terem sido analisadas no presente trabalho, as pesquisadoras observaram que algumas participantes, embora indicassem valores baixos na escala proposta, relatavam na pergunta aberta situações que, para as pesquisadoras, pareciam graves, como casos de violência doméstica e abuso de álcool e drogas. Assim, pode-se supor que os valores atribuídos a essa questão estão, de certa forma, subestimados. Isso possivelmente pode ter sido causado por constrangimentos em dizer que seu relacionamento com o companheiro era “extremamente conflituoso”, por exemplo. Outra possibilidade é a de as mulheres terem se acostumado às brigas no cotidiano, julgando-as “normais”, o que as faria relatar um baixo nível de conflito.

8.5.8. Suporte social

Examinando-se as pontuações nos fatores da Escala de Apoio Social, observa-se associação da pontuação total na escala e de todos os fatores, com exceção do suporte material, com o Grupo de Pontuação na EDPE. A Tabela 8.22

descreve as médias encontradas nos fatores da escala e na pontuação total por categoria.

Tabela 8.22 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à pontuação total e em cada fator da Escala de Apoio Social. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA.

Variável	**Pontuação na EDPE**	**Média**	**DP**	**N**
Suporte - Fator Emocional e Informação (p=0,023)	Baixa	84,7	16,6	43
	Média	78,5	13,7	52
	Alta	71,7	21,2	43
	Total	78,3	17,8	138
Suporte - Fator Afetivo e Interação Positiva (p=0,001)	Baixa	90,5	13,9	43
	Média	85,8	14,2	52
	Alta	75,0	21,7	43
	Total	83,9	17,9	138
Suporte - Fator Material	Baixa	86,2	18,9	43
	Média	79,8	20,3	52
	Alta	79,7	21,5	43
	Total	81,7	20,3	138
Suporte – Pontuação Total (p=0,001)	Baixa	87,1	14,8	43
	Média	81,5	11,6	52
	Alta	74,6	19,3	43
	Total	81,1	16,0	138

A pontuação total da EAS, calculada a partir da soma das respostas a todos os itens da escala e padronizada pelo escore Z, de maneira a ser comparável aos fatores, esteve significativamente associada com o Grupo de Pontuação na EDPE (F(2)=7,228, p=0,001, PO=0,930). O *Post Hoc* Tukey's B mostrou que a diferença estatisticamente significativa se deu entre as categorias Alta e Baixa. Na Tabela

8.22, podemos verificar que as mães com pontuação Alta tiveram médias menores de suporte total, quando comparadas às mães de pontuação Baixa na EDPE.

No caso do fator de suporte Emocional e de Informação ($F(2)=3,873$, $p=0,023$, PO=0,692), o *Post Hoc* Tukey's B ($p<0,05$) mostrou que a diferença significativa ocorreu entre as categorias Baixa e Alta. Como se pode observar na Tabela 8.22, o grupo de pontuação Baixa apresentou maior percepção de suporte social que o grupo de pontuação Alta. O poder observado, neste caso, foi relativamente baixo (0,692), havendo, portanto, a possibilidade de ter ocorrido erro tipo II (rejeitar a hipótese nula, quando ela é verdadeira).

Por fim, no fator de suporte Afetivo e de Interação Positiva ($F(2)=7,352$, $p=0,001$, PO=0,935), o *Post Hoc* Tukey's B ($p<0,05$) indicou que a média do grupo de pontuação Alta diferiu das médias dos demais grupos. Observa-se que, assim como no fator anterior, as mães com pontuação Alta tiveram médias menores, ou seja, relataram receber menos suporte que as mães com pontuação Baixa e Média (ver Tabela 8.22).

De maneira geral, podemos observar associação negativa entre a pontuação na EAS e a pontuação na EDPE, ou seja, altas pontuações na EAS tenderam a estar associadas com a categoria Baixa na EDPE, o que está de acordo com a Hipótese 5.2.2.8. O fator de suporte material foi a única exceção, não apresentando relação estatisticamente significativa com o Grupo de Pontuação na EDPE.

8.5.9 Padrões de apego

Observou-se relação estatisticamente significativa entre o Grupo de Pontuação na EDPE e dois dos cinco fatores da Escala de Apego Adulto de Colins:

Ansiedade nos relacionamentos (F(2)=11,108, p<0,001, PO=0,991) e Dificuldade de contar com a rede de apoio (F(2)=6,746, p=0,002, PO=0,912). A Tabela 8.22 descreve as médias encontradas nos fatores da escala por grupo.

Para a Ansiedade nos relacionamentos, o *Post Hoc* Tukey's B (p<0,05) mostrou que as mães do grupo Alta tiveram pontuação média significativamente maior nesse fator escala que as mães das categorias Baixa e Média, conforme podemos verificar na Tabela 8.23.

No fator Dificuldade de contar com a rede de apoio, o *Post Hoc* Tukey's B mostrou diferença entre as mães do grupo de pontuação Baixa e as mães dos grupos de pontuação Média e Alta. A média que as mães do grupo de pontuação Baixa obtiveram nesse fator foi menor que as das participantes dos grupos de pontuação Média e Alta, conforme podemos verificar na Tabela 8.23.

Esses resultados estão de acordo com a Hipótese 5.2.2.9, que previa que as mães que apresentassem padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e falta de confiança na rede social teriam maiores pontuações na EDPE.

A insegurança que algumas gestantes sentiam sobre o sentimento do parceiro por elas, portanto, pareceu contribuir significativamente para a intensidade dos sintomas depressivos após o parto, o que é compatível com a hipótese de Hagen (1999, 2002). Se a mãe acredita que o companheiro pode deixá-la, ela pode temer (embora não necessariamente de forma consciente) perder o suporte que ele proporciona para a criação do bebê. Dessa maneira, a sintomatologia depressiva e a conseqüente redução no investimento parental poderiam estimulá-lo a investir no recém-nascido, aumentando a aptidão da mãe que apresenta depressão pós-parto. Também corrobora essa hipótese o achado de que o grau de conflito relatado com o

companheiro esteve relacionado significativamente com a pontuação na EDPE (ver seção 7.4.8).

Tabela 8.23 – Comparação dos Grupos de Pontuação na EDPE quanto à pontuação em cada fator da Escala de Apego Adulto de Colins. Consta o p-valor para as diferenças significativas entre os grupos no teste de ANOVA.

Variável	Grupo na EDPE	Média	DP	N
Apego - Fator Ansiedade nos Relacionamentos (p<0,001)	Baixa	39,3	18,9	43
	Média	47,3	20,9	52
	Alta	61,6	22,6	43
	Total	49,3	22,5	138
Apego - Fator Dificuldade de contar com a rede de apoio (p = 0,002)	Baixa	49,4	19,8	42
	Média	67,7	20,3	52
	Alta	71,2	22,7	43
	Total	63,2	22,8	137
Apego - Fator Conforto com a proximidade	Baixa	74,9	16,9	43
	Média	69,4	15,6	52
	Alta	69,3	20,1	43
	Total	71,1	17,6	138
Apego - Fator Dificuldade de confiar	Baixa	60,2	24,8	43
	Média	58,8	22,5	51
	Alta	72,1	26,0	43
	Total	63,4	24,9	137
Apego - Fator Desconforto com a proximidade	Baixa	40,5	23,4	43
	Média	42,1	17,8	52
	Alta	48,7	18,0	42
	Total	43,6	20,0	137

8.5.10. Características do parto

O tipo de parto não teve relação com os Grupos de Pontuação na EDPE, contrariando a Hipótese 5.2.2.10-a, o que pode ser explicado por a amostra ser constituída apenas por mães com gravidez de baixo risco, de forma que o fato de o parto ter sido normal, cesáreo ou através do fórcipe não discrimina entre as crianças com maiores ou menores chances de sobrevivência.

Foi encontrada associação significativa, no teste de qui-quadrado, entre o Grupo de Pontuação na EDPE e a presença de acompanhante no trabalho de parto ($\chi^2(4)=10,845$, $p=0,028$). No entanto, essa associação não foi observada para a presença de acompanhante no parto propriamente dito.

Observa-se que houve mais que tiveram o pai do bebê como acompanhante durante o trabalho de parto na categoria Baixa (resíduo ajustado= 2,5), e menos na categoria Média (resíduo ajustado= -2,4). Essa associação pode ser visualizada na Tabela 8.24.

Esse resultado suporta parcialmente a Hipótese 5.2.2.10-b, pois apenas a presença de acompanhante no trabalho de parto (e não no parto propriamente dito) funcionou como fator de proteção para a depressão pós-parto, e ele só foi signficativo entre os grupos de pontuação Média e Baixa. Isso pode significar que ter acompanhante durante o trabalho de parto atua como um fator de proteção para sintomas depressivos de média intensidade no puerpério, sem, no entanto, diminuir a chance de ocorrência de sintomas depressivos de intensidade alta. No entanto, devemos também considerar a possibilidade de que a relaão entre a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e a intensidade de sintomas depressivos no puerpério pode ter sido mediada por uma variável interveniente. Por exemplo, a

presença do acompanhante pode funcionar como um indicativo para a mãe de disponibilidade de suporte social.

Tabela 8.24 – Comparação entre os Grupos de Pontuação na EDPE quanto à presença de acompanhante no trabalho de parto.

Grupo na EDPE		Sem acompanhante	Pai da criança	Outros acompanhantes	Total
Baixa	Freqüência	11	24	7	42
	%	26,2	57,1	16,7	100
	Resíduo ajustado	-1,8	2,5	-0,9	
Média	Freqüência	27	15	10	52
	%	51,9	28,8	19,2	100
	Resíduo ajustado	2,8	-2,4	-0,4	
Alta	Freqüência	13	18	12	43
	%	30,2	41,9	27,9	100
	Resíduo ajustado	-1,1	0,0	1,3	
Total	Freqüência	51	57	29	137
	%	37,2	41,6	21,2	100

Para verificar essa relação, foi realizado um teste de Análise de Variância Multivariada, tendo a variável Acompanhante no trabalho de parto como independente e os fatores da Escala de Apoio Social, bem como a pontuação total na escala, como variáveis dependentes. Os resultados mostraram que não houve relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Ou seja, ter acompanhante no trabalho de parto não esteve estatisticamente relacionado com o relato de suporte social durante a gestação. Também não foi encontrada associação entre a presença de acompanhante no trabalho de parto e o fato de a gestação ter sido desejada, de forma que a relação entre a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e a ocorrência de sintomas depressivos no puerpério provavelmente se estabelece por outras vias.

8.5.11. Características do recém-nascido

Não foi encontrada associação significativa no teste de qui-quadrado entre a categoria da EDPE e o sexo do bebê, o que está de acordo com o esperado pela Hipótese 5.2.2.11-a.

O peso e a altura do bebê no nascimento, bem como o tempo de gestação, também não apresentaram relação significativa com a pontuação na EDPE, resultado que contraria o que era esperado pela Hipótese 5.2.2.11-b. Embora se esperasse, pela teoria de Hagen (1999, 2002), que mães de bebês com indicativos de saúde mais frágil tivessem maiores chances de apresentar depressão pós-parto, isso não foi verificado na presente pesquisa, o que pode se dever à pouca variabilidade da amostra nesse aspecto, pois conforme já foi relatado, a maioria dos bebês nasceu saudável, com peso e altura adequados, provavelmente pelas características do serviço do HU-USP.

8.6.12. Atribuição de semelhança física do bebê

Procurou-se verificar se havia associação entre a atribuição da semelhança física do bebê realizada pela mãe e pelo pai e a pontuação da mãe na EDPE. Foram realizados testes de qui-quadrado a partir de tabelas de dupla entrada, nas quais uma das variáveis era o Grupo de Pontuação na EDPE (Baixa, Média ou Alta), e a outra era a quem a mãe ou o pai havia atribuído a semelhança do bebê (mãe, pai, ambos e outros). Os testes não foram significativos nem para a opinião das mães, nem para a dos pais, o que indica que não houve associação entre essas variáveis e a pontuação na EDPE.

Outro teste de qui-quadrado foi realizado a partir de tabelas de dupla entrada relacionando o sexo da criança com a atribuição da semelhança física feita pela mãe e a feita pelo pai. Observou-se que a atribuição de semelhança, na opinião da mãe e na do pai, não teve associação com o sexo da criança, sendo tanto os meninos quanto as meninas atribuídas com mais freqüência ao pai.

Também foram realizados testes de qui-quadrado não paramétrico para verificar se a freqüência observada nas quatro categorias era igual à que seria esperada se a distribuição se desse ao acaso. O teste mostrou resultado significativo tanto para opinião das mães ($\chi^2(3) = 73{,}955$, $p<0{,}001$), quanto para a dos pais[14] ($\chi^2(3) = 41{,}290$, $p<0{,}001$), indicando que as freqüências foram diferentes das que seriam esperadas ao acaso. Nota-se, pelos resultados que foram apresentados no início do presente capítulo Tabela 8.2, que tanto mães quanto pais atribuíram a semelhança dos bebês, com mais freqüência, ao pai (50,6% das mães e 45,5% dos pais).

O fato de não termos encontrado relação estatisticamente significativa entre a atribuição de semelhança realizada pela mãe e pelo pai e a intensidade com que a mãe vivencia sintomas depressivos após o parto, bem como com o sexo do bebê, pode indicar que a estratégia que as mães, em geral, apresentam de atribuir a semelhança da criança à figura paterna, de forma a buscar apoio para a sua criação, é usada com freqüência elevada por todas as mães, não havendo interferência da depressão pós-parto nesse mecanismo.

---

[14] Sempre que o texto se referir à opinião dos pais, é importante lembrar que esta foi acessada a partir do relato das mães.

8.6. Relação entre avaliação do ambiente familiar na infância, padrões de apego e percepção do suporte social

A Hipótese 5.2.3 esperava encontrar relação entre avaliação do ambiente familiar na infância, padrões de apego e percepção de suporte social, e destas com a ocorrência de depressão pós-parto.

Foram realizados testes de correlação entre as três escalas de avaliação do ambiente familiar na infância (Afeto, Preocupação e Rejeição – itens 16 a-c do Anexo A), os cinco fatores da Escala de Apego Adulto de Colins (Ansiedade nos relacionamentos, Dificuldade de contar com a rede de apoio, Conforto com a proximidade, Dificuldade de confiar, Desconforto com a proximidade) e os três fatores da Escala de Suporte Social (Suporte Emocional e Informação, Suporte Afetivo e Interação Positiva, Suporte Material), além da Pontuação Total nessa escala. Todas as variáveis foram padronizadas pelo escore Z. A Tabela 8.25 mostra quais foram as correlações significativas encontradas, com os respectivos p-valores.

Observa-se que, apesar de ter havido diversas correlações estatisticamente significativas, apenas a correlação entre os itens ser alvo de Afeto e ser alvo de Preocupação dos pais durante a infância pode ser considerada de intensidade moderada ($r=0,685$). As demais correlações são fracas ($r<0,400$).

Na avaliação do ambiente familiar, cada uma das escalas correlacionou-se com as outras duas. Houve correlação positiva entre ser alvo de afeto e de preocupação na infância, e correlações negativas entre essas duas variáveis e ser alvo de rejeição ou castigo dos pais na infância. Ou seja, quanto mais as mães relatavam que recebiam afeto e preocupação, menos relataram sentir-se castigadas ou rejeitadas pelos pais durante a infância.

Tabela 8.25 – Correlações significativas entre as escalas de avaliação do ambiente familiar na infância, os fatores da Escala de Apego Adulto de Colins e os fatores da Escala de Suporte Social[15]. (Continua)

			Ambiente familiar			Apego			
			Amb. familiar - Afeto	Amb. familiar - Preocupação	Amb. familiar - Rejeição	EAA - Ansiedade nos relacionamentos	EAA - Dificuldade de contar com a rede de apoio	EAA - Conforto com a proximidade	EAA - Dificuldade de confiar
Ambiente familiar	Amb. familiar – Preocu-pação	r	0,685						
		p	<0,001	-	-	-	-	-	-
		N	240						
	Amb. familiar - Rejeição	r	-0,321	-0,298					
		p	<0,001	<0,001	-	-	-	-	-
		N	237	236					
	EAA – Ansieda-de nos relacionamentos	r			0,185				
		p			0,005	-	-	-	-
		N			231				
Apego	EAA - Dif. contar com a rede de apoio	r	-0,269	-0,247	0,270				
		p	<0,001	<0,001	<0,001		-	-	-
		N	234	233	231				
	EAA - Conforto com a proximidade	r	0,132	0,164					
		p	0,043	0,012				-	-
		N	234	233					

[15] Foram excluídos da tabela os dados sobre correlação entre a Pontuação Total na Escala de Apoio Social e os fatores da mesma escala, visto que são pontuações formadas a partir das mesmas questões, de forma que a análise seria redundante. O último fator da EAA (Desconforto com a proximidade) não apresentou correlação com nenhuma outra variável, por isso foi excluído da Tabela 8.25.

Tabela 8.25 – Conclusão

			Ambiente familiar			Apego			
			Amb. familiar - Afeto	Amb. familiar - Preocupação	Amb. familiar - Rejeição	EAA - Ansiedade nos relacionamentos	EAA - Dificuldade de contar com a rede de apoio	EAA - Conforto com a proximidade	EAA - Dificuldade de confiar
	EAS - Emocional e de informação	r				-0,138	-0,142	0,130	-0,149
		p				0,035	0,030	0,046	0,023
		N				235	235	235	235
Suporte	EAS - Afetivo e Interação Positiva	r	0,200	0,189		-0,190	-0,063	0,128	
		p	0,002	0,003		0,003	0,333	0,050	
		N	239	238		235	235	235	
	EAS - Material	r					-0,153		
		p					0,019		
		N					235		
	EAS - Total	r	0,205	0,227		-0,221	-0,200	0,192	
		p	0,001	<0,001		0,001	0,002	0,003	
		N	240	239		236	236	236	

Não houve correlação entre os fatores da EAA entre si, bem como não houve correlação entre os fatores da EAS, o que já era esperado pelo fato de os fatores terem sido obtidos através de Análise Fatorial com rotação ortogonal (Varimax).

A Figura 8.3 mostra, esquematicamente, as associações que foram encontradas entre as variáveis, representando com setas azuis as associações positivas (pontuações diretamente proporcionais) e com setas vermelhas as associações negativas (pontuações inversamente proporcionais). As escalas de Afeto, Preocupação e Rejeição, por estarem correlacionadas entre si e

apresentarem o mesmo tipo de correlação com as outras escalas, foram representadas em conjunto no esquema.

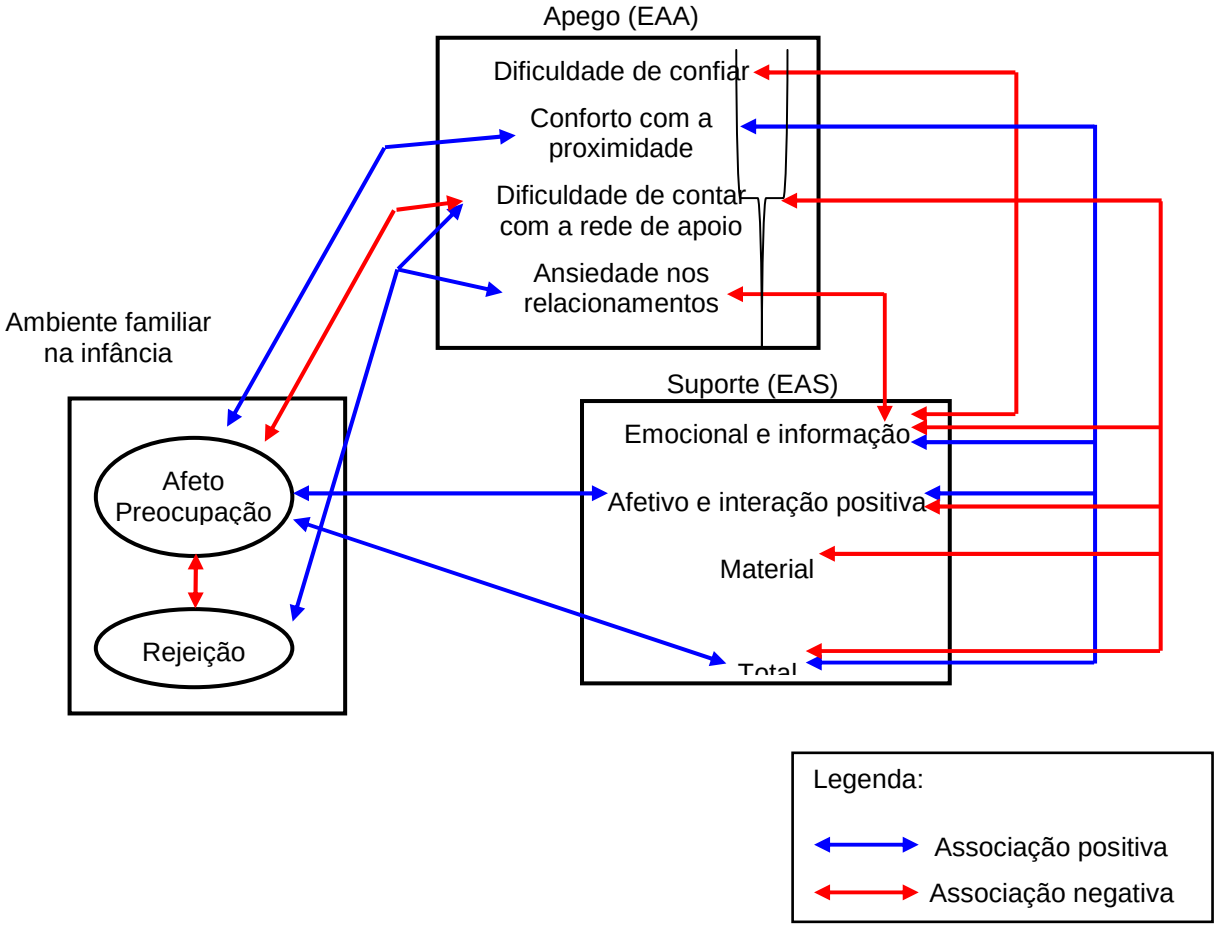

Figura 8.3 – Representação esquemática das correlações entre percepção do ambiente familiar durante a infância, pontuação nos fatores da Escala de Apego Adulto de Colins (EAA) e pontuação na Escala de Apoio Social (EAS).

Observa-se que a pontuação nas escalas que indicavam o grau com que a participante se sentiu alvo de afeto e preocupação dos pais durante sua infância correlacionou-se positivamente com o fator Conforto com a Proximidade e negativamente com o fator Dificuldade de contar com a rede de apoio, ambos da EAA. A escala que indicava o quanto a participante se sentia rejeitada e/ou castigada na infância associou-se positivamente com os fatores da EAA: Dificuldade

de contar com a rede de apoio e com a Ansiedade nos relacionamentos. Esses resultados vão ao encontro do previsto pela Hipótese 5.2.3-a, que esperava encontrar associação entre padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e dificuldade de confiar na rede social e avaliação de menor afeto e preocupação na infância por parte dos pais, acompanhado de maior rejeição e punição.

As pontuações nos fatores da EAA, por sua vez, correlacionaram-se com os fatores da EAS, indicando a existência de associação entre padrões de apego e percepção de suporte social. Verifica-se que o fator Conforto com a proximidade da EAA correlacionou-se positivamente com a pontuação total na EAS e também com os fatores Suporte Emocional e Informação e Suporte Afetivo e Interação Positiva. O fator Dificuldade de contar com a rede de apoio correlacionou-se negativamente com todos os fatores da EAS, e os fatores da EAA Dificuldade de confiar e Ansiedade nos relacionamentos correlacionaram-se negativamente com o fator Suporte Emocional e Informação da EAS. Assim, foi observado que as mães que apresentaram padrões de apego com maiores níveis de insegurança, ansiedade e dificuldade de confiar na rede social apresentaram, também, percepção de menor disponibilidade de suporte social, como previa a Hipótese 5.2.3-b.

Também foram observadas correlações positivas entre a pontuação nas escalas de afeto e preocupação no ambiente familiar e o fator de Suporte Afetivo e Interação Positiva, além da pontuação total na Escala de Apoio Social. No entanto, não foi encontrada correlação entre a pontuação na escala de rejeição na infância e as pontuações total e nos fatores da EAS. Assim, a Hipótese 5.2.3-c foi confirmada parcialmente. Os resultados mostraram que o relato de ter sido alvo de castigo e rejeição na infância não se correlaciona diretamente com a percepção de suporte

social na vida adulta, mas relaciona-se com essa percepção indiretamente, através dos padrões de apego.

Também se verificou a relação entre a avaliação que a participante fez de seu ambiente familiar na infância (Afetivo; Nem afetivo, nem estressante; Estressante) e os fatores da EAA e da EAS. Para isso, foram realizados testes de Análise de Variância Multivariada (MANOVA), tendo a variável avaliação do ambiente familiar na infância como variável independente e os fatores da EAA e da EAS como variáveis dependentes. A EAA e a EAS foram testadas separadamente, isto é, foi realizada uma MANOVA para cada escala.

A MANOVA relacionando a avaliação do ambiente familiar com os fatores da Escala de Apoio Social foi significativa (Lambda de Wilks = 0,883, F (8,470) = 3,776, p<0,001, PO = 0,988). As análises univariadas subseqüentes mostraram que houve diferenças estatisticamente significativas em relação aos fatores de Suporte Emocional e Informação (F(2)=3,155, p=0,044, PO=0,601) e Suporte Afetivo e Interação Positiva (F(2)=9,979, p<0,001, PO=0,984), além da Pontuação Total da escala (F(2)=10,451, p<0,001, PO=0,988).

O *post hoc* Tukey's B (p<0,05) indicou que, para o fator de suporte Emocional e Informação, a diferença significativa se deu entre as categorias Estressante e Afetivo. A média de Suporte Emocional e Informação para a categoria Estressante foi mais baixa que para a categoria Afetivo. Para o Suporte Afetivo e Interação Positiva, o *post hoc* Tukey's B (p<0,05) mostrou que a diferença se deu na categoria Estressante, cuja média de suporte Emocional e Informação foi mais baixa que as das demais categorias. O *post hoc* Tukey's B (p<0,05) para a Pontuação Total na EAS também mostrou que a categoria Estressante diferiu significativamente das

outras categorias, apresentando média mais baixa. As médias para essas variáveis podem ser vistas na Tabela 8.26.

Tabela 8.26 – Comparação das categorias de avaliação do ambiente familiar na infância quanto à média da pontuação total e em cada fator da EAS.

Suporte	Ambiente familiar	Media	DP	N
Emocional e informação	Afetivo	82,6	16,4	89
	Nem afetivo, nem estressante	78,2	17,0	74
	Estressante	71,5	20,4	78
	Total	77,7	18,5	241
Afetivo e interação positiva	Afetivo	89,4	13,5	89
	Nem afetivo, nem estressante	83,6	16,3	74
	Estressante	76,3	20,4	78
	Total	83,4	17,7	241
Material	Afetivo	83,6	19,6	89
	Nem afetivo, nem estressante	78,9	20,8	74
	Estressante	76,3	20,4	78
	Total	79,8	20,4	241
Total	Afetivo	85,3	13,6	89
	Nem afetivo, nem estressante	80,3	15,4	74
	Estressante	74,3	17,8	78
	Total	80,2	16,2	241

Outra MANOVA foi realizada para verificar a relação entre a percepção do ambiente familiar na infância e os fatores da EAA. Foi encontrado resultado estatisticamente significativo (Lambda de Wilks=0,881, F(10,458) = 3,003, p=0,001, PO=0,982). As análises univariadas mostraram que só houve diferença significativa entre as categorias para o fator Dificuldade de contar com a rede de apoio (F(2)=9,949, p<0,001, PO=0,984). Também houve um efeito marginalmente

significativo no fator Ansiedade nos relacionamentos (F(2)=2,937, p=0,055, PO=0,569).

O *post hoc* Tukey's B (p<0,05) mostrou que a categoria Afetivo ficou em um grupo separado das categorias Estressante e Nem afetivo, nem estressante, tendo média mais baixa no fator Dificuldade de contar com a rede de apoio. Ou seja, as mães que consideraram seu ambiente familiar na infância como afetivo tiveram, em média, menos dificuldade de contar com a rede de apoio que as mães que indicaram outras categorias para classificar seu ambiente familiar. No fator Ansiedade nos relacionamentos, o *Post Hoc* Tukey's B (p<0,05) indicou que a diferença significativa se deu entre as categorias Afetivo e Nem afetivo, nem estressante. A média mais alta para esse fator se deu na categoria Nem afetivo, nem estressante, e a mais baixa, na categoria Afetivo. As médias por categoria para os fatores da EAA podem ser vistas na Tabela 8.27.

As análises apresentadas na presente seção mostraram que houve relação entre a forma com a qual as participantes avaliaram o ambiente familiar que tiveram durante a infância e a relação que tinham com seus cuidadores; os padrões de apego adulto; e a percepção de disponibilidade de suporte social. No entanto, é difícil estabelecer relações de causa e efeito entre essas variáveis. Por exemplo, uma participante pode ter sido rejeitada na infância, o que a levaria a apresentar um padrão de ansiedade nos relacionamentos, percebendo menor suporte Emocional e de Informação; ou, alternativamente, é possível interpretar que a participante conta com baixo suporte Emocional e Informação atualmente, o que a levaria a apresentar ansiedade nos relacionamentos e avaliar que foi rejeitada na infância.

Tabela 8.27 – Média nos fatores da Escala de Apego Adulto de Colins por categorias de avaliação do ambiente familiar na infância.

Fatores da EAA	Categorias de Ambiente familiar	Média	DP	N
Ansiedade nos relacionamentos	Afetivo	43,3	22,1	87
	Nem afetivo, nem estressante	53,1	22,0	72
	Estressante	50,0	20,8	78
	Total	48,5	21,9	237
Dificuldade de contar com a rede de apoio	Afetivo	55,0	23,4	87
	Nem afetivo, nem estressante	65,9	19,4	72
	Estressante	68,4	24,0	78
	Total	62,7	23,2	237
Conforto com a proximidade	Afetivo	73,0	17,7	87
	Nem afetivo, nem estressante	68,9	16,4	72
	Estressante	68,6	18,9	78
	Total	70,3	17,8	237
Dificuldade de confiar	Afetivo	60,7	25,0	87
	Nem afetivo, nem estressante	64,4	24,8	72
	Estressante	66,3	25,3	78
	Total	63,7	25,1	237
Desconforto com a proximidade	Afetivo	39,9	21,1	87
	Nem afetivo, nem estressante	45,9	23,2	72
	Estressante	43,9	18,0	78
	Total	43,1	20,9	237

Sabe-se, pelas análises anteriores, que essas mesmas variáveis que estiveram relacionadas entre si também estiveram relacionadas com os Grupos de Pontuação na EDPE, ou seja, com a intensidade de sintomas depressivos que as mães relataram após o parto. Assim, podemos perceber os sintomas depressivos como parte de uma complexa rede de percepção das relações afetivas, envolvendo a forma como se estabelecem as relações atuais e passadas da mulher com sua

família de origem, seu(s) parceiro(s) amoroso(s) e outros membros de sua rede de apoio. Pelos valores baixos encontrados para os coeficientes de correlação, pode-se supor que há mais variáveis envolvidas na determinação da depressão pós-parto, evidenciando a complexidade do assunto estudado.

Uma importante conclusão que podemos tirar da análise realizada é que os sintomas depressivos relatados estiveram relacionados com a percepção que a mãe tem da disponibilidade de suporte, que pode corresponder ou não ao suporte que ela tem objetivamente. Se pudéssemos avaliar o suporte que a mãe recebe de forma objetiva, não encontraríamos, necessariamente, resultados semelhantes aos da avaliação subjetiva, visto que esta se relaciona com padrões de apego e percepções das relações afetivas na infância.

8.7. Modelo multivariado para detecção de fatores de risco e proteção para depressão pós-parto

8.7.1. Construção do modelo

Foi usado um modelo de Regressão Logística Múltipla, com método *stepwise*, para procurar prever, a partir de variáveis medidas na gestação, quais mães seriam classificadas nos Grupos de Pontuação Baixa, Média e Alta na EDPE. Em outras palavras, buscou-se prever quais mães teriam pontuação Baixa, Média e Alta na terceira entrevista (dois a quatro meses após o parto), a partir de variáveis medidas no terceiro trimestre de gestação.

Para essa análise, foi possível usar os dados de 122 mulheres, as quais tinham todos os valores válidos (não tinham *missing values*, ou seja, tinham respondido a todas as questões) nas variáveis independentes que entraram no

modelo. Foi, no entanto, usada uma amostra *Hold Out*: os dados de 102 participantes foram usados para construir o modelo, enquanto os dados das demais 20 participantes foram usados para testar a sua validade.

O modelo foi construído tendo a variável Categoria de Pontuação na EDPE como dependente. Entraram como variáveis independentes aquelas que atenderam aos seguintes critérios:

a) Foram medidas durante a gravidez (primeira entrevista).
b) Tiveram p-valor menor que 0,050 no teste de qui-quadrado, no caso de variáveis discretas.
c) Tiveram p-valor menor que 0,050 e tamanho do efeito (*Effect size*) maior que 1,000 no teste de ANOVA, no caso de variáveis contínuas.

Na Tabela 8.28, encontram-se as variáveis que, por atenderem aos requisitos citados, entraram como independentes no modelo de regressão logística, informando o seu tipo (discreta ou contínua) e o p-valor encontrado no teste de qui-quadrado ou de ANOVA.

Tabela 8.28 - Variáveis que entraram nos modelos iniciais da Regressão Logística, especificando-se-se o tipo (discreta ou contínua), o tamanho do efeito (TE, apenas para variáveis contínuas) e o p-valor no teste de qui-quadrado (para discretas) ou de ANOVA (para contínuas).

Variável	**Tipo**	**p-valor**
Avaliação do ambiente familiar	Discreta (1 = muito afetivo ou afetivo; 2 = nem muito afetivo, nem muito estressante; 3 = de vez em quando estressante ou quase sempre estressante)	0,037
Pai trabalha	Discreta (1 = sim, 2 = não)	0,029
Mãe tem filhos de relacionamentos anteriores	Discreta (1= sim; 2 = não)	0,009
Gestação desejada	Discreta (1 = sim, 0 = não)	0,024
Depressão anterior à gestação	Discreta (1 = sim, 0 = não)	<0,001
Intercorrência na gestação	Discreta (1 = sim, 0 = não)	0,036
Relacionamento com os pais na infância: Afeto	Contínua (TE = 0,103)	0,001
Relacionamento com os pais na infância: Preocupação	Contínua (TE = 0,124)	0,001
Relacionamento com os pais na infância: Rejeição	Contínua (TE = 0,104)	0,002
Apego: Fator Ansiedade nos relacionamentos	Contínua (TE = 0,138)	0,001
Apego: Fator Dificuldade de contar com a rede de apoio	Contínua (TE = 0,112)	0,002
Suporte: Emocional e Informação	Contínua (TE = 0,100)	0,023
Suporte: Fator Afetivo e Interação positiva	Contínua (TE = 0,153)	0,001
Suporte: Pontuação Total	Contínua (TE = 0,130)	0,001

Devido ao tamanho relativamente reduzido da amostra, não foi possível inserir todas as variáveis ao mesmo tempo no modelo. Por isso, foram realizados dois modelos preliminares, com menos variáveis, que depois foram somados, constituindo um modelo final. Esse modelo final foi formado a partir das variáveis que tiveram p-valor<0,100 em pelo menos uma das categorias (Média ou Alta) dos modelos preliminares.

O Modelo Preliminar I teve como variáveis dependentes: a Pontuação Total da Escala de Suporte Social (EAS); o fator Emocional e Informação da EAS; o fator Afetivo e Interação Positiva da EAS; o fator Ansiedade nos relacionamentos da Escala de Apego Adulto de Colins (EAA); o fator Dificuldade de contar com a rede de apoio da EAA; e a variável discreta ocupação do pai do bebê (se trabalha ou não). O resultado desse modelo mostrou que todas as variáveis inseridas foram significativas (p<0,100) para calcular a probabilidade de a mãe ser classificada na categoria Média e/ou Alta conforme a sua pontuação na EDPE.

O Modelo Preliminar II teve como variáveis dependentes: as pontuações nas escalas Lickert de avaliação do quanto foram alvos de Afeto, Preocupação e Rejeição de seus pais durante a infância; a classificação do ambiente familiar na infância (Afetivo; Nem afetivo, nem estressante; Estressante); se a gestação foi desejada; se a mãe tinha histórico prévio de gestação não relacionada com a gestação; e se a mãe relatou intercorrência durante a gestação. Foram significativas (p<0,100) as variáveis: ser alvo de Preocupação dos pais na infância; ser alvo de Rejeição dos pais na infância; e se a gestação era desejada. A Tabela 8.29 mostra as variáveis e respectivos p-valores nos modelos preliminares I e II.

Tabela 8.29 – Resultados dos modelos preliminares I e II para a regressão logística, ambos tendo a categoria Baixa como referência. Estão destacadas em negrito as variáveis que foram significativas em cada modelo, sendo, portanto, incluídas na construção do modelo final.

Modelo Preliminar I			**Modelo Preliminar II**		
		Pontuação Média (5-10)			
Variável	**Categorias**	**p-valor**	**Variável**	**Categorias**	**p-valor**
Intercepto		0,045	Intercepto		0,148
EAA – Ansiedade nos relacionamentos		**0,034**	Relacionamento com os pais – Afeto		0,516
EAA – Dificuldade de contar com a rede de apoio		**0,012**	Relacionamento com os pais – Preocupação		0,132
EAS – suporte Emocional e Informação		0,409	Relacionamento com os pais – Rejeição		0,553
EAS – suporte Afetivo e Interação Positiva		0,573	Gestação desejada	=1 [SIM] =2 [NÃO]	0,195 -
EAS – Pontuação Total		0,419	Ambiente Familiar	=1 [AFETIVO] =3 [NEM AFETIVO, NEM ESTRESSANTE] =5	0,486 0,134 -
Pai Trabalha	**=0 [NÃO] =1 [SIM]**	**0,032 -**	Intercorrência na gestação	=1 [SIM] =2 [NÃO]	0,365 -
			Depressão	=1 [SIM] =2 [NÃO]	0,100 -
		Pontuação Alta (11-29)			
Variável	**Categorias**	**p-valor**	**Variável**	**Categorias**	**p-valor**
EAA – Ansiedade nos relacionamentos		**0,005**	Relacionamento com os pais – Afeto		0,683
EAA – Dificuldade de contar com a rede de apoio		**0,001**	**Relacionamento com os pais – Preocupação**		**0,059**
EAS – suporte Emocional e Informação		**0,036**	**Relacionamento com os pais – Rejeição**		**0,019**
EAS – suporte Afetivo e interação positiva		**0,059**	**Gestação desejada**	**=1[SIM] =2[NÃO]**	**0,017 -**
Suporte Total		0,513	Ambiente Familiar	=1 [AFETIVO] =3 [NEM AFETIVO, NEM ESTRESSANTE] =5	0,465 0,309 -
Pai Trabalha	=0 [NÃO] =1 [SIM]	0,103 -			
			Intercorrência na gestação	=1 [SIM] =2 [NÃO]	0,148 -
			Depressão	=1 [SIM] =2 [NÃO]	0,515 -

O modelo final apresentou boa adequação (-2LL = 160,591, $\chi^2(16) = 63,119$, $p<0,001$) e o coeficiente Cox and Snell foi de 0,461, indicando que explicou 46,1% da variância da amostra (Corrar, Paulo & Dias Filho, 2007; Hair et al., 2005).

A Tabela 8.30 mostra as variáveis, ordenadas pelo valor do Wald, que foram significativas no modelo final da regressão logística. Para obter os modelos preditivos dos grupos Pontuação Média e Pontuação Alta, fixou-se o grupo Pontuação Baixa como categoria de referência. A seguir, fixando-se o grupo Pontuação Alta como categoria de referência, obteve-se a equação para a Pontuação Baixa. Quanto menor o valor do Wald, maior a contribuição da variável para a predição do grupo em que a mãe é classificada pelo modelo. O sinal do B indica o tipo de relação (positiva ou negativa) que se estabelece entre a variável independente e a dependente (Grupo de Pontuação na EDPE). Foram consideradas componentes do modelo as variáveis que tiveram p-valor menor que 0,050.

Tabela 8.30 – Variáveis que compuseram o modelo final da Regressão Logística Múltipla, com os respectivos valores do coeficiente B, Exponencial de B, Wald e do p-valor.

Grupo na EDPE	**Variável**	**B**	**Wald**	**Sig.**
Baixa (0-4)	EAA – Ansiedade nos relacionamentos	-0,834	4,831	0,028
	EAA – Dificuldade de contar com a rede de apoio	-0,886	5,132	0,023
	EAS – Emocional e informação	1,053	5,825	0,016
Média (5-10)	PaiTrabalha =0 [NÃO]	-1,660	4,127	0,042
	=1 [SIM]	0,000	.	.
	EAS – Dificuldade de contar com a rede de apoio	0,796	5,748	0,017
Alta (11-29)	EAA – Ansiedade nos relacionamentos	0,834	4,831	0,028
	EAA – Dificuldade de contar com a rede de apoio	0,886	5,132	0,023
	EAS – Emocional e informação	-1,053	5,825	0,016

Observa-se que, partindo da categoria de referência pontuação Baixa (0-4), pode-se calcular a probabilidade de uma mulher ter pontuação Média (5-10) a partir de sua pontuação no fator Dificuldade de contar com a rede de apoio, da EAA, além da informação sobre ocupação do pai do bebê (se trabalha ou não). O fator Dificuldade de contar com a rede de apoio contribui positivamente para que a mãe seja classificada no grupo de pontuação Média, enquanto o fato de o pai não trabalhar contribui negativamente, ou seja, quando o pai não trabalha a mulher tem menor probabilidade de ter pontuação Média na escala.

Ainda fixando-se a categoria de pontuação Baixa como referência, obtém-se a probabilidade de a participante ser classificada na categoria de pontuação Alta a partir de suas pontuações nos fatores Ansiedade nos relacionamentos e Dificuldade de contar com a rede de apoio, da EAA, ambos com contribuições positivas para a probabilidade de a mãe ser classificada nessa categoria; e do fator Suporte Emocional e Informação da EAS, com contribuição negativa, ou seja, quanto maior a pontuação nesse fator, menor é a probabilidade de que a mãe apresente pontuação Alta.

Fixando-se como referência o grupo de pontuação Alta, obtemos a probabilidade de a mãe ser classificada no grupo de pontuação Baixa a partir dos dois fatores da EAA (Ansiedade nos relacionamentos e Dificuldade de contar com a rede de apoio) e do fator da EAS Suporte Emocional e Informação. A pontuação alta nos fatores da EAA contribui negativamente, isto é, diminui a probabilidade de a mãe ter pontuação Baixa, enquanto a pontuação alta no fator da EAS aumenta a probabilidade de a mãe ser classificada nesse grupo.

7.8.2. Verificação da validade do modelo: comparação entre a categoria prevista e a categoria em que a participante foi classificada através da EDPE

Foram calculadas as categorias previstas, a partir do modelo, para as 102 mães cujos dados entraram na regressão logística, usando o programa SPSS. A Tabela 8.31 mostra a comparação entre a categoria prevista e o grupo em que as mães de fato foram classificadas, a partir da pontuação na EDPE.

Tabela 8.31 – Qualidade da previsão gerada pelo modelo de regressão logística. Comparamos a classificação das mães pela EDPE com a classificação prevista pelo modelo.

	Grupo de Pontuação na EDPE										
	Baixa (0-4)			Média (5-10)			Alta (11-29)			Total	
Categoria no modelo	Freq.	%	Res. Aj.	Freq.	%	Res. Aj.	Freq.	%	Res. Aj.	Freq.	%
Baixa	22	68,8	5,5	6	16,2	-2,5	4	12,1	-2,9	32	31,4
Média	6	18,8	-2,9	25	67,6	4,4	9	27,3	-1,7	40	39,2
Alta	4	12,5	-2,5	6	16,2	-2,2	20	60,6	4,8	30	29,4
Total	32	100		37	100		33	100		102	100

Observa-se que, das 32 mães que tiveram pontuação Baixa na EDPE, 68,8% foram classificadas corretamente pelo modelo. Apenas seis mães (16,2%) com pontuação Baixa foram classificadas no grupo de pontuação Média, e quatro (12,1%) foram classificadas no grupo de pontuação Alta. Das 37 mães que tinham pontuação Média, segundo a EDPE, 25 (67,6%) previsões realizadas pelo modelo foram corretas. Houve seis mães (18,8%) que foram classificadas pelo modelo no grupo de pontuação Baixa e apenas nove (27,3%) no grupo de pontuação Alta. Por fim, das 33 mães com pontuação Alta, 60,6% foram classificadas corretamente pelo modelo. Seis mães (16,2%) foram classificadas no grupo de pontuação Média, e

quatro (12,5%) no grupo de pontuação Baixa. O teste de qui-quadrado mostrou que houve associação significativa entre o grupo em que a mãe foi classificada através da EDPE e o grupo no qual o modelo previu que ela seria classificada ($\chi^2(4)=49,280$, $p<0,001$).

7.8.3. Verificação da validade do modelo: Aplicação na amostra Hold Out

A partir dos resultados da regressão com a amostra de 102 participantes, foram construídas equações preditivas da Categoria de Pontuação na EDPE, as quais estão descritas a seguir, onde:

- P (Baixa) = probabilidade de uma participante ser classificada no grupo de pontuação Baixa na EDPE.
- P (Média) = probabilidade de uma participante ser classificada no grupo de pontuação Média na EDPE.
- P (Alta) = probabilidade de uma participante ser classificada no grupo de pontuação Alta na EDPE.
- PT = resposta à questão “O pai da criança trabalha?”, sendo 0 = não e 1 = sim.
- AR = Fator Ansiedade nos relacionamentos, da EAA
- DA = Fator Dificuldade de contar com a rede de apoio, da EAA
- EI = Suporte Emocional e Informação

Equações:

P (Baixa) = -0,834*AR -0,886*DA +1,053*EI

P (Média) = -1,660*PT +0,796*DA

P (Alta) = 0,834*AR +0,886*DA -1,053*EI

As equações foram usadas para calcular a probabilidade de cada uma das 20 mães da amostra *Hold Out* obter pontuação Baixa, Média e Alta na EDPE. A partir dos valores das probabilidades, fez-se a classificação, considerando que a mãe seria classificada na categoria em que obtivesse o maior valor de probabilidade. A Tabela 7.33 mostra os valores de probabilidades que foram calculados para cada mãe, a categoria prevista pelo modelo e o Grupo de Pontuação na EDPE. Estão destacadas em negrito as linhas em que a mãe foi classificada no grupo correto pelo modelo.

Devido ao tamanho pequeno da amostra, não foi possível realizar teste de qui-quadrado para verificar se há associação significativa entre a categoria prevista pelo modelo e o grupo em que a mãe havia sido classificada segundo sua pontuação na EDPE. No entanto, observa-se, pela Tabela 7.33, que apenas seis das vinte mães foram classificadas corretamente pelo modelo.

Esse resultado mostra que embora a classificação das mães cujos dados foram usados para a construção do modelo tenha sido satisfatória, o mesmo não ocorreu para a classificação de outras mães. Assim, é provável que outras variáveis, que não tenham sido levadas em consideração na construção do modelo ou mesmo no instrumento usado, afetem a determinação da intensidade de sintomas depressivos após o parto. Seria necessário controlá-las para se obter um modelo preditivo de melhor qualidade.

Tabela 8.32 – Comparação do Grupo de Pontuação na EDPE das participantes da amostra *Hold Out* com a categoria prevista pelo modelo.

Código da mãe	P(Baixa)	P(Média)	P(Alta)	Categoria prevista pelo modelo	Grupo de Pontuação na EDPE
037	0,509	0,179	0,565	Alta	Baixa
060	**0,721**	**0,127**	**0,397**	**Baixa**	**Baixa**
069	**0,163**	**0,542**	**0,363**	**Média**	**Média**
077	0,727	0,562	0,973	Alta	Média
092	0,661	0,477	0,513	Baixa	Média
095	0,402	0,481	0,237	Média	Baixa
116	0,463	0,467	0,555	Alta	Baixa
120	0,506	0,255	0,455	Baixa	Média
124	0,401	0,268	0,193	Baixa	Média
146	0,926	0,204	0,204	Baixa	Alta
148	0,953	0,358	0,065	Baixa	Média
149	0,716	0,295	0,485	Baixa	Média
151	0,425	0,524	0,752	Alta	Baixa
155	**0,559**	**0,547**	**0,572**	**Alta**	**Alta**
156	**0,523**	**0,175**	**0,094**	**Baixa**	**Baixa**
157	**0,085**	**0,325**	**0,924**	**Alta**	**Alta**
159	0,738	0,545	0,665	Baixa	Alta
193	0,854	0,424	0,571	Baixa	Alta
212	**0,615**	**0,279**	**0,057**	**Baixa**	**Baixa**
238	0,564	0,519	0,773	Alta	Média

9. Conclusões

O presente trabalho apresentou contribuições para a compreensão da etiologia da Depressão Pós-Parto, a partir do referencial evolucionista. Os resultados indicaram que alguns fatores de risco para depressão pós-parto já podem ser identificados na gestação, o que torna possível a elaboração de programas de prevenção desse transtorno. Além disso, foram realizados estudos de validade de alguns instrumentos (Escala da Depressão Pós-parto de Edimburgo, Escala de Apoio Social, Escala de Apego Adulto de Colins) para uma população de gestantes de baixa renda, os quais podem beneficiar futuras pesquisas e avaliações clínicas. Uma síntese das principais conclusões será apresentada a seguir.

9.1. Possibilidade de prever e prevenir precocemente a depressão pós-parto

Na literatura, há artigos que mencionam a dificuldade de se prever a depressão pós-parto (ex.: Austin & Lumley, 2003). Talvez isso se deva ao grande número de variáveis que se associam à manifestação do transtorno, o que dificulta a mensuração e intepretação dessas relações.

Observou-se, a partir dos dados do presente estudo, que nenhuma variável apresentou associação forte com a pontuação na EDPE, mas muitas apresentaram associações significativas fracas. A técnica da regressão logística indicou a possibilidade de predição da intensidade dos sintomas no puerpério, nos grupos de pontuação Baixa, Média e Alta, a partir de variáveis relacionadas aos padrões de apego das mães, do suporte social percebido e da ocupação do pai. Esses resultados indicaram que, de fato, a depressão pós-parto teve determinação

multifatorial, mas é possível identificar grupos de risco para o transtorno já durante a gestação. No entanto, o modelo final resultante da regressão logística, foi relativamente eficiente para prever a classificação das participantes cujos dados haviam entrado na sua construção, não sendo eficiente para prever a classificação das mães da amostra *Hold Out*. Esse resultado evidencia a possibilidade de previsão da intensidade dos sintomas depressivos após o parto, mas indica a necessidade de investigação de outras variáveis, que não entraram nos modelos iniciais da regressão logística e/ou que não entraram no instrumento usado na pesquisa.

É importante observar que, ainda que se obtenha um modelo confiável para a previsão do Grupo de Pontuação na EDPE das mães a partir das variáveis medidas na gestação, esse modelo jamais poderia ser usado para afirmar que uma mãe apresentará ou não depressão pós-parto. Os fatores identificados pelas análises univariadas e multivariadas devem ser considerados relevantes na identificação de grupos de risco, que são úteis para se pensar em políticas de prevenção do transtorno, não se aplicando para a classificação de um indivíduo isolado.

Para atender às mães de forma individualizada, sugere-se a aplicação da EDPE após o parto, rastreando-se aquelas que, por apresentarem pontuações altas na escala, teriam maior probabilidade de apresentar depressão pós-parto. Essas mães devem ser encaminhadas a profissionais de saúde mental, aos quais compete a realização de diagnóstico e, se necessário, intervenção. Vale lembrar que a EDPE pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde devidamente treinado, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo um procedimento de rastreamento simples e barato.

9.2. Validade dos instrumentos de pesquisa

O procedimento de aplicação dos instrumentos de pesquisa usados no presente estudo é simples, podendo ser realizada por qualquer profissinal de saúde treinado, não havendo a necessidade da presença de um médico ou psicólogo. Além disso, demandam pouco tempo e têm baixo custo, sendo adequados para o uso no sistema público de saúde. A detecção precoce e encaminhamento das mães para atendimento adequado é essencial para se prevenir as conseqüências negativas que a depressão pós-parto pode trazer para a mãe e a criança, que foram apontadas por diversos autores (ex.: Schwengber & Piccinini, 2003; Schimidt, Piccoloto & Müller, 2005).

No entanto, observou-se a necessidade de criação de instrumentos mais adequados, em termos de vocabulário e de formato das respostas, à aplicação em população de baixa escolaridade. Observou-se, no presente estudo, que a Escala de Apego Adulto de Colins (EAA) apresentou itens de difícil compreensão para as participantes, o que pode ter sido uma das razões que levaram à diminuição da validade da mesma na amostra estudada. A análise fatorial resultou na formação de cinco fatores, em vez dos três indicados pela versão original, além de ter encontrado alguns itens com cargas fatoriais baixas. No entanto, foram encontradas associações significativas entre as respostas ao instrumento e a classificação das participantes quanto à depressão pós-parto (grupos Baixa, Média e Alta). Dois fatores da EAA (Ansiedade nos relacionamentos e Dificuldade de contar com a rede de apoio) foram incluídos no modelo final de regressão logística, apresentando, portanto, importância para a previsão do transtorno. Assim, sugere-se o uso de instrumentos para verificar o estilo de apego nas pesquisas sobre depressão pós-

parto, visto que esse fator mostrou-se relevante. A adaptação da EAA ou a criação de um novo instrumento de medida do apego para a população de baixa renda, aumentando sua validade, provavelmente contribuiria com pesquisas posteriores.

A Escala de Apoio Social (EAS), por sua vez, mostrou-se de fácil compreensão e apresentou boa validade na população estudada. A formação de três fatores (em vez de cinco, como foi encontrado na versão de Sherboune & Stewart, 1991) já havia sido encontrada em estudo de validação anterior (Griep et al., 2005), e aparentemente não compromete a interpretação dos resultados de pesquisa, visto que os itens encontraram-se bem divididos entre os fatores e apresentaram cargas fatoriais altas. Dois dos três fatores da escala estiveram significativamente relacionados com a depressão pós-parto. A EAS, porém, não discrimina de quem vem o suporte relatado, mas apenas a freqüência com que a participante percebe a sua disponibilidade. Alguns autores (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Moraes et al., 2006) encontraram que apenas o suporte social proveniente do marido esteve associado com a depressão pós-parto. Uma sugestão para pesquisas futuras é investigar não apenas a freqüência com que a mãe percebe receber suporte, mas também quem, dentre as pessoas de sua rede social, ela imagina que esteja disponível para apoiá-la.

9.3. Prevalência

Foi encontrada prevalência de 26,8% de depressão pós-parto na amostra estudada. O valor é relativamente elevado, o que pode ser atribuído aos fatores ambientais hostis a que essas mães estavam submetidas, havendo escassez de recursos para que pudessem criar seus filhos com tranqüilidade. Outros estudos

brasileiros encontraram prevalências mais altas e mais baixas que a do presente trabalho. No entanto, nenhum estudo brasileiro trabalhou com uma amostra com distribuição próxima ao universo da cidade em que a pesquisa foi realizada, e as composições das amostras estão ainda mais distantes da realidade do universo brasileiro. As participantes têm sido selecionadas para os trabalhos por conveniência, não havendo cuidados de espalhamento geográfico e estratificação por nível sócio-econômico, por exemplo. Assim, não podemos afirmar que a prevalência de depressão na cidade de São Paulo seja de 26,8%, visto que a amostra estudada no presente estudo foi recrutada entre gestantes de uma região pequena da cidade, sendo todas usuárias do sistema público de saúde.

Diferenças metodológicas, que incluem a seleção de diferentes populações de pesquisa, provavelmente são causa de parte das grandes diferenças de prevalência da depressão pós-parto entre os estudos, até mesmo quando são realizados na mesma cidade. Por exemplo, em São Paulo, a presente pesquisa encontrou prevalência de 26,8%, enquanto Skazufka (2000) encontrou 36,8%, Faisal-Cury et al. (2004) encontraram 15,9% e Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) encontraram 37,1%.

Esses dados sugerem a necessidade de haver maior controle, nos estudos futuros, da distribuição amostral e das variáveis envolvidas no recrutamento das participantes, de forma que possamos acessar de forma mais precisa a prevalência da depressão pós-parto na população e os fatores associados à sua ocorrência, orientando as políticas públicas de prevenção e tratamento do transtorno.

Ainda assim, a prevalência de 26,8% na amostra estudada é alta e alerta para a necessidade de realização de intervenções na área da saúde mental materna,

tanto em termos de tratamento quanto em termos de prevenção, no CSEB e nas Unidades Básicas de Saúde Vila Dalva e Jardim São Jorge.

9.4. Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto

A presente pesquisa levou em consideração apenas os fatores ambientais que poderiam estar envolvidos na etiologia da depressão pós-parto, e encontrou resultados que indicam importante participação desses fatores no desenvolvimento do transtorno. Outros estudos são necessários para identificar de que maneira se dá a interação entre fatores ambientais e biológicos (por exemplo, hormonais e genéticos). Nesse sentido, os resultados das outras linhas de pesquisa envolvidas no Projeto Temático provavelmente serão esclarecedores.

Em síntese, foram identificadas diversas variáveis que constituíram prováveis fatores de risco para a ocorrência de depressão pós-parto nessa amostra: escolaridade baixa da mãe do bebê; o fato de o pai do bebê trabalhar; a mãe do bebê ter filhos de outros relacionamentos; grande número de filhos; grande número de crianças morando na mesma casa; razão elevada entre crianças e adultos na casa; histórico de depressão prévia não relacionada a gestação; a mãe relatar não desejar a gestação; a mãe relatar ter tido intercorrências na gestação; a mãe ser multípara; avaliação do ambiente familiar na infância como estressante, tendo sido alvo de pouco afeto e preocupação e de muita rejeição e punição por parte de seus próprios pais; avaliação de alto grau de conflito com o companheiro; baixa percepção de suporte social; padrões de apego com níveis elevados de ansiedade nos relacionamentos e de dificuldade de contar com a rede de apoio social e ausência de acompanhante no trabalho de parto.

Houve, entretanto, dificuldade em determinar as relações de causa e conseqüência entre as variáveis que se mostraram relacionadas. Não foi possível determinar, por exemplo, se a percepção de suporte social baixo levou à ocorrência de depressão, ou se a ocorrência de depressão levou à percepção de baixo suporte social. A variável tempo poderia ser levada em consideração para a compreensão da relação de causalidade. Por exemplo, o suporte social foi medido durante a gestação, enquanto a depressão pós-parto foi medida cerca de dois a quatro meses após o nascimento do bebê. No entanto, não temos como saber se a mãe, quando avaliou a disponibilidade de suporte social, já estava deprimida, visto que não foi aplicado nenhum instrumento para acessar sintomas depressivos nesse período. Esse é um controle que sugerimos que seja estabelecido em estudos futuros.

Articulando os resultados encontrados e as teorias em que o presente estudo, esteve baseado, o mais provável é que o ambiente familiar na infância tenha influenciado na formação do estilo de apego, que, por sua vez, teria apresentado efeito sobre a percepção de suporte social, o qual relacionou-se com a depressão pós-parto. Afinal, as teorias a respeito de apego indicam que este seria construído a partir da relação estabelecida entre o bebê e os seus cuidadores e modularia a forma como os indivíduos estruturam seus relacionamentos com as pessoas que formam sua rede social, a qual funciona como fonte de apoio.

9.5. Discussão das hipóteses evolucionistas

Alguns dados encontrados no presente estudo podem ser relacionados com as hipóteses evolucionistas. É o caso, por exemplo, da associação entre percepção

de baixo suporte social e intensidade elevada de sintomas depressivos no puerpério, que está de acordo com a hipótese de Hagen (1999, 2002).

A relação entre suporte social e intensidade dos sintomas de depressão pós-parto pode ser verificada não apenas a partir das pontuações nos fatores da EAS, mas também através dos resultados de outras questões que podem relacionar-se, de forma indireta, com o suporte social, especialmente do pai do bebê. Houve associação entre o grupo de pontuação Alta na EDPE e o pai do bebê trabalhar, o que poderia indicar que a presença do companheiro (que pode se relacionar com suporte emocional, de informação, afetivo e de interação positiva) seria mais importante como fator de proteção que o suporte financeiro.

Níveis altos de conflito relatado com o pai do bebê, que indicariam a possibilidade de redução de suporte proveniente do companheiro, bem como a possibilidade de futura separação e conseqüente abandono da prole, associaram-se com o grupo de pontuação Alta na EDPE.

A presença do pai do bebê no trabalho de parto apresentou associação negativa com o grupo de pontuação Alta na EDPE. Embora não tenha havido relação estatisticamente significativa entre a companhia no trabalho de parto e a pontuação da mãe nos fatores da EAS, não se deve excluir a possibilidade de que haja relação com outras dimensões de suporte, não avaliadas pela escala.

No entanto, outras variáveis que poderiam relacionar-se ao suporte promovido pelo pai do bebê não estiveram significativamente associadas com os Grupos de Pontuação na EDPE. Por exemplo, o fato de a mãe morar e/ou conviver com o pai do bebê não esteve associado com a pontuação na EDPE. Também não houve relação entre a pontuação na EDPE e o pai ter filhos de relacionamentos anteriores. Esses resultados podem indicar que, em situações extremas, em que a

probabilidade de obter suporte social do pai do bebê é muito baixa, a mãe não apresentaria sintomas depressivos, mantendo um investimento mais elevado na criança, ainda que este seja custoso.

Outros resultados podem indicar, de forma indireta, a importância de suporte social de outros familiares da mãe. O número de filhos elevado, que representa uma condição em que a mãe necessitaria de maior suporte e investimento parental do pai das crianças e de outros familiares, apresentou associação com o grupo de pontuação Alta na EDPE. O número elevado de crianças na casa e a razão elevada entre crianças e adultos, que indicariam uma provável redução de investimento no bebê, visto que este competiria com as outras crianças pelo suporte, também se relacionaram com o grupo de pontuação Alta na EDPE.

Foi encontrada associação entre a ocorrência de episódios depressivos anteriores, não relacionados a gestação ou parto, e a intensidade de sintomas depressivos no puerpério. Esse resultado, encontrado também na meta-análise de Robertson et al. (2004), indica que, provavelmente, algumas mulheres estão mais predispostas que outras a apresentar depressão, de forma que o evento do parto funcionaria como um eliciador dos sintomas depressivos. Essa predisposição pode ter origem genética e/ou estar relacionada com eventos ambientais, ocorridos durante o desenvolvimento da mulher, como por exemplo o relacionamento estabelecido com os próprios cuidadores e os padrões de apego construídos a partir dessa relação. Vale lembrar que a avaliação negativa do ambiente familiar e do relacionamento com os próprios pais durante a infância estiveram relacionadas com o grupo de pontuação Alta na EDPE, bem como padrões de apego caracterizados por ansiedade nos relacionamentos e dificuldade de contar com as pessoas da rede social. Ou seja, há fatores internos, relacionados ao histórico de vida e à

personalidade da mãe, que a deixariam mais predisposta a desenvolver depressão pós-parto, dependendo das características ambientais presentes no momento em que ocorre a gravidez, o parto e o puerpério.

A associação entre grupo de pontuação Alta na EDPE e relatar não desejar a gestação pode indicar que a mãe avalia, ainda que inconscientemente, as condições ambientais atuantes no período de gestação. Nos casos em que as mães perceberam que essas condições não eram favoráveis, levando-as a relatar não desejar ter o bebê, a intensidade de sintomas depressivos foi maior. Esse resultado está de acordo com as teorias de Hagen (1999, 2002) e Hrdy (2001), que esperavam que a depressão pós-parto seria eliciada pelos mesmos fatores que, em outras ocasiões, levariam a mãe a eliminar a prole. Havendo limitações ambientais (como, por exemplo, regras sociais) que impedem a mãe de induzir aborto ou cometer infanticídio, os sintomas depressivos seriam uma maneira de reduzir o investimento da mãe na prole e obter suporte social dos indivíduos aparentados ao bebê.

Apesar dos pontos de convergência entre os resultados encontrados e as teorias evolucionistas, há também algumas hipóteses que não se confirmaram. Não houve diferenças significativas entre os Grupos de Pontuação na EDPE de acordo com a idade da mãe, contrariando a suposição de que as mães mais jovens, com maior possibilidade de se reproduzirem futuramente, teriam maior intensidade de sintomas depressivos. Porém, como já foi mencionado, a amostra estudada apresentou poucas mães adolescentes ou em idades próximas à menopausa, o que pode ter contribuído para que o efeito de idade não fosse encontrado.

Também não foi encontrada associação entre atividade da mãe e a pontuação na EDPE, ou seja, mães que trabalham e/ou estudam, e que, portanto,

poderiam necessitar de maior suporte para os cuidados com o bebê, não tiveram sintomas mais intensos de depressão que as que permanecem em casa. Esse resultado pode ter relação com a existência de licença maternidade, que permite que as mães fiquem em casa durante os primeiros meses após o parto, recebendo, para isso, suporte financeiro. Também pode haver influência das condições financeiras sobre esse resultado, visto que as mães que trabalham têm, provavelmente, maior renda.

Também não foi encontrada relação entre variáveis que, supostamente, teriam relação com a saúde do bebê, como tipo de parto, peso e altura do bebê. No entanto, conforme já foi mencionado, a amostra do presente estudo caracterizou-se por bebês saudáveis, de forma que essas variáveis não discriminariam entre os que teriam maiores ou menores chances de sobrevivência.

Por fim, os resultados do presente trabalho não permitem avaliar qual das hipóteses evolucionistas discutidas no presente estudo teria mais evidências empíricas. Uma das hipóteses que Hrdy (2001) apresenta refere-se à agressividade lactacional vestigial, supondo que os altos níveis de prolactina estariam relacionados com uma maior agressividade e hostilidade contra outras pessoas, o que, no ambiente ancestral, teria sido fundamental para proteger a prole de predadores ou de infanticídio realizado por membros do grupo. Outra hipótese apresentada por Hrdy (2001) supõe que a depressão pós-parto ocorreria nas mesmas situações que levariam as mães a cometerem infanticídio, devido a este ser dificultado, atualmente, pelas regras culturais e sociais. Ou seja, a depressão pós-parto tenderia a ocorrer em situações que prejudicassem a viabilidade da criança, como saúde precária e baixo suporte social proveniente do pai da criança. Hagen (2002) apresenta hipótese semelhante, porém acrescentando que, uma vez que a mãe diminuísse o

investimento parental, o pai e outros parentes tenderiam a aumentá-lo, o que garantiria o sucesso reprodutivo do casal. Apesar de Hrdy (2001) considerar que as hipóteses não são mutuamente excludentes, há uma diferença essencial entre elas, que é o fato de que, no primeiro caso, a mãe desejaria eliminar a prole, enquanto no segundo, desejaria protegê-la. No entanto, a motivação da mãe para eliminar ou proteger a prole não foi acessada pelo instrumento do presente estudo, de forma que, por enquanto, não é possível afirmar qual das teorias explicaria mais satisfatoriamente as origens evolucionistas da depressão pós-parto. Estudos adicionais seriam necessários, levando em consideração, por exemplo, se ao apresentar sintomas depressivos, a mãe de fato obtém maior suporte, corroborando a primeira hipótese, ou se afasta as pessoas de sua rede social, fornecendo evidências para a segunda.

9.6. O que fazer?

A partir do estudo realizado, foi possível constatar que uma série de fatores ambientais estiveram relacionados com a depressão pós-parto. Dentre eles, alguns poderiam ser alvo de intervenção por parte do sistema público de saúde. É o caso, por exemplo, do desejo pela gravidez. Pode-se observar que, conforme esperado, há uma intensa relação entre planejar e desejar a gestação. Assim, políticas mais eficientes de planejamento familiar poderiam ter um efeito importante de prevenção da depressão pós-parto. Além de medidas já em prática, como a distribuição gratuita de preservativos e contraceptivos orais e a realização gratuita de cirurgias de esterilização masculina e feminina, é necessário haver intensificação na divulgação, orientação e estimulação do uso de métodos anticoncepcionais. As entrevistadoras

observaram que, apesar das constantes campanhas, ainda havia muita desinformação por parte das mães em relação ao uso de métodos contraceptivos. Isso pode se dever, em parte, à necessidade de adequação da linguagem à realidade dessas mulheres, muitas delas com escolaridade baixa. Além disso, os resultados mostraram a importância, para a mãe, da presença do acompanhante no trabalho de parto, o que já tem sido permitido por alguns hospitais públicos.

O investimento em educação por parte dos órgãos públicos também é fundamental, visto que foi encontrado efeito marginalmente significativo para baixa escolaridade e intensidade alta de sintomas depressivos.

Alguns fatores de risco estiveram relacionados com os padrões estabelecidos nos relacionamentos afetivos das mães em questão, como a avaliação do ambiente familiar na infância, os padrões de apego e a percepção de suporte social. Em relação a esses fatores, o sistema público de saúde, aparentemente, teria pouca influência. No entanto, seria interessante que as mães pudessem contar com suporte de profissionais de saúde mental, como psiquiatras e psicólogos, caso desejassem.

Em relação ao suporte social, também se pode pensar na importância das poulas, profissionais especializadas em acompanhar as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, proporcionando-lhes apoio nesses períodos delicados de suas vidas.

Durante o período em que coletamos dados, notamos haver falta de profissionais relacionados à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde em que o recrutamento de participantes foi realizado. Uma delas não contava com psicólogo ou psiquiatra. As outras tinham poucos profissionais dessas áreas, os quais não eram suficientes para suprir a demanda por seus serviços. Havia filas de espera

para se obter acesso às poucas vagas para atendimento, e número de seções de terapia limitado.

Duas das UBSs cujas usuárias participaram do presente projeto exigiram, para que a realização da pesquisa fosse permitida, que fosse oferecido atendimento gratuito para as mães que tivessem pontuações elevadas na escala, pois os diretores das unidades alegaram que os serviços públicos de atendimento psicológico tinham número reduzido de vagas e/ou ausência de profissionais disponíveis. Assim, o rastreamento de depressão pós-parto criaria uma demanda à qual o serviço público não teria recursos para atender.

O projeto disponibilizou atendimento gratuito para as mães que apresentassem pontuações altas e que assim desejassem. No entanto, constataram-se dificuldades devido à distância em que as mães moravam (pois o atendimento era realizado no Instituto de Psicologia da USP, e não na Unidade Básica de Saúde próxima à residência das mães); à ausência de pessoas disponíveis para cuidar do bebê enquanto a mãe estivesse em atendimento; à falta de dinheiro para que a mãe se deslocasse até o atendimento, usando o sistema de transportes públicos; e a demandas complexas, que dificilmente poderiam ser solucionadas nas dez seções de terapia breve que eram oferecidas.

Durante as entrevistas, muitas mães costumavam conversar com as pesquisadoras, entrando em assuntos que não eram abordados pelo questionário estruturado. Dessa maneira, foram identificados, na amostra, casos de violência doméstica, abuso de drogas, envolvimento com criminalidade, presença de doenças graves (como AIDS, por exemplo) e condições de trabalho abusivas, os quais constituem graves problemas públicos. Assim, os casos encontrados pelo presente projeto alertam para a necessidade de aumento do número e da capacitação dos

profissionais de saúde mental para lidarem com problemas comuns em nossa sociedade, que têm diversas conseqüências negativas, entre elas a depressão pós-parto e a conseqüente interferência nas relações precoces entre a mãe e o bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Tannenbaum Associates.

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist, 34*(10): 932-937.

American Psychiatric Association (APA, 1994). *DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. 4» edição, Lisboa: Climepsi editores.

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E. Olea, E., & Vera, A. (2000). Cuadros depressivos em el postparto em uma cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Revista Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38*(2): 84-93.

Austin, M.-P & Lumley, J. (2003) Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(1): 10–17.

Aydin, N., Inandi, T., & Karabulut, N. (2005). Depression and Associated Factors Among Women Within Their First Postnatal Year in Erzurum Province in Eastern Turkey. *Women & Health, 41*(2): 1-12.

Ballestrem, C.-L. v., Strauß, M., & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archives Womens Ment Health, 8:* 29-35.

Barbosa, G. P., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., Gama, A. S., Chor, D., D'Orsi, E., & Reis, A. C. G. V. (2003). Parto Cesáreo: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública, 19*(6), 1611-1620.

Bowlby, J. (1984). *Apego e perda*, v. 1. (Trad.: A. Cabral). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (2004). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, 9ª ed. Great Britain: Brunner-Routledge.

Bressan, P. (2002). Why babies look like their daddies: paternity uncertainity and the evolution of self-deception in evaluating family resemblance. *Acta Ethologica, 4*(2):113-118.

Bressan, P. & Martello, M. F. D. (2002). *Talis pater, talis filius*: Perceived resemblance and the believe in Genetic Relatedness. *Psychological Science, 13*(3), 213-218.

Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S, & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública, 17*(4): 887-896.

Colins N.L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 71:* 810-832.

Corrar, L. J., Paulo, E. & Dias Filho, J. M. (2007). *Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia.* São Paulo: Atlas.

Coutinho, D. S., Baptista, M. N, & Morais, P. R. (2002). Depressäo pós-parto: prevalência e correlaçäo com o suporte social. *Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. Adolesc.10*(2):63-71.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10 Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry 150*: 782- 786.

Cozby, P. (2001). *Methods in behavioral research*, 7a edição. Londres: Mayfield Publishing Company.

Cronbach, L. J. (1951). Coeficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3): 297-334.

Cruz, E. B. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27*(4): 181-188.

Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(3): 221-231.

Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R. e Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archieves of Women's Ment Health, 7*:123-131.

Fuchs, R. G. (1987). Legislation, Poverty, and Child-Abandonment in Nineteenth-Century Paris. *Journal of Interdisciplinary History*, *18*(1): 55-80

Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Yawn, B. P., Houston, M. S., Rummans, T. A., & Therneau, T. M. (1999). Population-based screening for postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology, 93*(5): 653-657.

Ghubash, R., & Abou-Saleh, M. T. (1997). Postpartum psychiatric illness in arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *The British Journal of Psychiatry, 171*(7): 65-68.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*(5).

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. & Lopes, C. S. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 19*(2): 625-634.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(3): 703-714.

Hagen, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior, 20:* 325-359.

Hagen, E. H. (2002). Depression as bargaining: the case postpartum. *Evolution and Human Behavior, 23*: 323-336.

Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. e Black, W. C. (2005). *Anáise multivariada de dados*, 5a ed. (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto, trad.). Porto Alegre: Bookman.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist, 13*: 637-685.

Hrdy (2001). *Mãe Natureza: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural.* (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Campus.

Huang, Y.-C., & Mathers, N. (2001). Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing, 33*(3): 279-287.

Josefsson, A., Angelssiöö, L., Berg, G., Ekström, C-M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, Somatic, and Demografic Risk Factors for Postpartum Depressive Simptoms. *Obstetrics & Gineclogy, 99*(2): 223-228.

Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*: 1-5.

McLain, D. K., Setters, D., Moulton, M. P., & Pratt, A. E. (2000). Ascription of resemblance of newborns by parents and nonrelatives. *Evolution and human behavior, 21*: 11-23.

Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele.* (M. S. Mourão Netto, trad.). São Paulo: Summus.

Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública, 40*(1): 65-70.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: The Guilford Press.

Najman, J. M., Andersen, M. J, Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression - myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*(1): 19-27.

O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H, Wright, & E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(1): 3-15.

Organização Mundial da Saúde (1997). CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Pagel, M. (1997). Desperately concealing father: a theory of parent-infant resemblance. *Animal behavior, 53*: 973-981.

Regmi, S., Sligl, W., Carter, D., Grut, W., & Seear, M. (2002). A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of Edinbourgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health, 7*(4): 378-382.

Righetti-Veltema, M., Conne-Perre´ard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, *70*: 291–306.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*: 289-295.

Santos, M. F. S. (1995). *Depressão no pós-parto: Validação da* Escala de Edimburgo *em puérperas brasilienses*. Dissertação defendida para a obtenção do grau de Mestrado na Universidade de Brasília.

Santos, M. F. S., Martins, F. C., & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica, 26*(2): 32-40.

Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, 8*(3): 403-411.

Schimidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Muller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Revista Psico-USF, 10*(1): 61-68.

Sherbourne, C. D, & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Study. *Social science & medicine, 32* (6).

Skazufka, E. T. (2000). *Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados em mães que deram à luz em um hospital universitário do município de São Paulo*. Dissertação defendida para a obtenção do grau de Mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Silva, K. S., & Coutinho, E. S. F. (2005). Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(3): 979-983.

World Health Organization (1993). *Research Diagnostic Criteria*. Geneva.

Zaconeta, A. C. M. (2004). *Depressão pós-parto: Análise da aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo em puérperas do Hospital Universitário de Brasília.* Dissertação defendida para a obtenção do grau de Mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

ANEXO A - Instrumento utilizado na primeira entrevista (durante o último trimestre de gestação)

Data: _____/____/_____

Local:
Rio Grande do Norte..... 1
Rio de Janeiro..... 2
São Paulo..... 3

Entrevistador:_____

Local da entrevista:
Domicílio..... 1
UBS..... 2
Outro..... 3
Qual?_____

Perfil da mãe:
1. Nome completo:_____
2. RG:_____
3. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

4. Número da matrícula:_____
5. Data de nascimento:_____
6. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____

7. Endereço:_____

8. Trabalha? 1 - SIM 2 - NÃO

9. Estuda? 1 - SIM 2 - NÃO

10. Se não estuda (e/ou trabalha), e estudava (e/ou trabalhava), parou por causa da gravidez? 1 - SIM 2 - NÃO

11. Foi por opção? 1 - SIM 2 - NÃO

12. A Sra. descobriu que estava grávida em que mês da gestação?_____ Mês

13. Como a Sra. Descobriu que estava grávida?
_____

14. Dê uma nota de 1 a 5 (sendo 1 = mais baixo e 5 = mais alto) para o quanto você sentiu as emoções abaixo, quando descobriu que estava grávida, como se sentiu?

Feliz	1	2	3	4	5
Surpresa	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Assustada	1	2	3	4	5
Entusiasmada	1	2	3	4	5
Com raiva	1	2	3	4	5

15. Em que mês da gestação a Sra. Iniciou o Pré-Natal?_____ Mês

LEMBRANÇAS DA INFÂNCIA

16. Com relação às lembranças que a Sra. tem da sua infância e do relacionamento com os seus pais, pontue numa escala de 1(nada) a 5(muito):

a) O quanto a Sra. sente que recebia de carinho, atenção e cuidados afetivos:

1	2	3	4	5

b) O quanto sentia que seus pais se preocupavam com a Sra.:

1	2	3	4	5

c) O quanto representam, nas suas lembranças, as situações em que a Sra. se sentiu rejeitada e/ou castigada:

1	2	3	4	5

17. Como a Sra classificaria o seu ambiente familiar na infância?

Era muito afetivo..... 1
Era afetivo..... 2
De vez em quando era estressante..... 3
Era quase sempre estressante..... 4
Não era nem muito afetivo, nem muito estressante..... 5

18. Qual a sua escolaridade? E a do seu marido / companheiro?

Anos de escolaridade da respondente: _____

	Respondente	Marido/companheiro
Não alfabetizado	1	1
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto	2	2
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto	3	3
Ensino fundamental completo	4	4
Ensino médio incompleto	5	5
Ensino médio completo	6	6
Ensino superior incompleto	7	7
Ensino superior completo	8	8
Pós-graduação	9	9
Não sabe	10	10
Não tem marido / companheiro	-	11

ESTILOS DE RELACIONAMENTO

Vão ser apresentadas agora algumas descrições de estilos de relacionamento, ou seja, como as pessoas se ligam afetivamente, com o que se preocupam, com o que se sentem bem. Pedimos que você avalie o grau de semelhança entre o que você costuma sentir e cada uma das afirmações que serão apresentadas. Dê uma nota para cada afirmação, desde 1 = não tem nada a ver comigo, até 5 – tem tudo a ver comigo.

	Não tem nada a ver comigo **1**	**Um pouco parecido comigo** **2**	**Mais ou menos parecido comigo** **3**	**Bastante parecido comigo** **4**	**Tem tudo a ver comigo** **5**
19. Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas					
20. Acho difícil confiar nos outros					
21. Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama					
22. Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria					
23. Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas					
24. Eu não me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim					
25. Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas					
26. Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.					
27. Freqüentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo					
28. Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim					
29. Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim					
30. Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas					
31. Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.					
32. Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas					
33. Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir					

	Não tem nada a ver comigo **1**	**Um pouco parecido comigo** **2**	**Mais ou menos parecido comigo** **3**	**Bastante parecido comigo** **4**	**Tem tudo a ver comigo** **5**
34. Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros					
35. Em geral, meus parceiros amorosos querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria					
36. Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles					

DADOS DA FAMÍLIA

37. Por favor, a senhora pode me informar quantas pessoas moram na sua casa, sem contar os empregados? Não esqueça de incluir a senhora também. TOTAL: _____ PESSOAS

38. A senhora poderia me dizer quem são as pessoas que vivem na sua casa?

1. Respondente [ ][ ] anos

2. Marido / companheiro [ ][ ] anos

	Quantos?
3. Filhos de 0 a 4 anos	
4. Filhos de 5 a 8 anos	
5. Filhos de 9 a 12 anos	
6. Filhos de 13 a 16 anos	
7. Filhos com mais de 16 anos	
8. Outras crianças e jovens menores de 18 anos (ex. enteados ou adotados, de criação, filhos de parentes e amigos)	
9. Outros parentes adultos	
10. Amigos adultos	

39. Composição familiar:
Família nuclear (pai, mãe e filhos)..... 1
Família nuclear estendida (pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos)..... 2
Família mononuclear (mãe e filhos)..... 3
Família mononuclear estendida (mãe, filhos e outros parentes e amigos)..... 4

PERFIL DO PAI DO BEBÊ E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO RELACIONAMENTO:

40. Convive atualmente com o pai desta criança? 1 - SIM 2 - NÃO
41. O pai do bebê trabalha? 1 - SIM 2 - NÃO

42. O pai do bebê estuda? 1 - SIM 2 - NÃO
43. O pai do bebê tem filhos com outra mulher? 1 - SIM 2 - NÃO

44. Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido ou companheiro? (se houver)

Nada conflituosa	1
Um pouquinho conflituosa	2
Um pouco conflituosa	3
Razoavelmente conflituosa	4
Bastante conflituosa	5
Muito conflituosa	6
Extremamente conflituosa	7

Por quê?_____

AVALIAÇÃO DA REDE DE APOIO

HISTÓRICO REPRODUTIVO

45. Idade da primeira menstruação: [ ][ ] anos

46. Idade da primeira relação sexual: [ ][ ] anos

47. É sua primeira gravidez? 1 - SIM 2 - NÃO

48. Filhos (obs.: incluir gestação atual):

	Gestação 1	Gestação 2	Gestação 3	Gestação 4
Sexo da criança (M, F)				
Idade da mãe no nascimento				
Nome do pai da criança				
Idade do pai no nascimento				
Tipo (aborto, normal, cesariana, fórcipe, natimorto)				
Peso ao nascer				
Está vivo (sim, não)				
Planejado (sim, não)				
Desejado (sim, não)				
Aceito (sim, não)				
Intercorrência na gestação (sim, não)				
Depressão após o nascimento da criança (sim, não)				

49. Teve depressão anteriormente não relacionada à gestação? 1 - SIM 2 - NÃO

50. Se sim, tomou algum medicamento? 1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

51. Ainda toma algum medicamento deste tipo? 1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

52. Nesta gravidez, apresentou enjôos, náuseas, vômitos? 1 - SIM 2 - NÃO

53. Se sim, foi:
Leve..... 1
Moderado..... 2
Intenso..... 3

54. Quanto tempo durou?

1 mês..... 1
2 meses..... 2
≥3 meses..... 3

55. Necessitou de internação para esse problema? 1 - SIM 2 – NÃO

ANEXO B – Instrumento utilizado na segunda entrevista (até dois dias de vida do bebê)

Data: _____/____/_____
Entrevistador:_____

Identificação da mãe:
1. Nome completo:_____
2. RG:_____
3. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

4. Número da matrícula no HU/USP:_____

5. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____
6. Endereço:_____

7. Data do parto: _____/____/_____
8. Nome da criança: _____
9. Sexo da criança: 1 - Masculino 2 – Feminino
10. Peso de nascimento: _____ g
11. Altura de nascimento: ___ cm
12. Perímetro cefálico: ____cm
13. Apgar 1º minuto: ___
14. Apgar 5º minuto: ___
15. Apgar 10º minuto: ___

16. Número de consultas no pré-natal?___

17. Durante o período de gestação, a senhora:

a) Fumou?
1 - SIM 2 - NÃO
b) Quantos cigarros por dia? _____

Até que mês? _____

c) Ingeriu bebidas alcoólicas?
1 - SIM 2 – NÃO
d) Com que freqüência?

1 – Menos de uma vez por semana
2 – Uma vez por semana
3 – Duas a três vezes por semana
4 – Quatro a cinco vezes por semana
e) Até que mês? _____

f) Usou outras substâncias?
1 - SIM 2 - NÃO
g) Quais?
_____
h) Com que freqüência?
1 – Menos de uma vez por semana
2 – Uma vez por semana
3 – Duas a três vezes por semana
4 – Quatro a cinco vezes por semana
i) Até que mês? _____

18. Como a Sra. avalia seu pré-natal?

1 2 3 4 5

19. Participou de grupo de gestante?
1 - SIM 2 - NÃO

20. A Sra.foi convidada a conhecer o HU antes de ter o bebê?
1 – SIM 2 - NÃO

21. A Sra. foi conhecer o HU antes de ter o bebê?
1 - SIM 2 - NÃO

22. Sentiu-se acolhida pela equipe e assistência do HU?
1 - SIM 2 - NÃO

23. Teve acompanhante durante o trabalho de parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Quem?_____

24. Teve acompanhante durante o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Quem?_____

25. Qual foi o tempo de gestação? [ ][ ] semanas

26. Tipo de parto: 1 - NORMAL 2 - CESÁREA3 - FÓRCIPE

27. Teve complicações durante o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

28. Permaneceu com o filho desde o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Por quê?_____

29. Com relação às suas expectativas em relação à aparência do bebê:

O bebê correspondeu totalmente às expectativas	1
O bebê correspondeu parcialmente às expectativas	2
O bebê não correspondeu às expectativas	3

Por quê?_____

30. Você pretende amamentar seu filho?
1 - SIM 2 - NÃO
Por quanto tempo?_____
Por quê?_____

31. Você amamentou outros filhos anteriormente?
1 – SIM 2 – NÃO 3 - NÃO SE APLICA
Por quanto tempo?_____
Por quê?_____

32. Você foi amamentada?
1 – SIM 2 – NÃO 3 - NÃO SEI

33. Quantos quilos engordou nesta gestação?
Menos de 9 kg..... 1
Até 9 kg..... 2
Até 15 kg..... 3
Até 20 kg..... 4
Mais de 20 kg..... 5

34. Como se sente fisicamente?
Muito bem..... 1
Disposta..... 2
Um pouco cansada..... 3
Fraca..... 4
Exausta..... 5

35. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5

36. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5

37. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5

38. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5

39. Dê uma nota de 1 (nada) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

1	2	3	4	5

Em relação à outros filhos:

1	2	3	4	5

Em relação a você:

1	2	3	4	5

No relacionamento conjugal:

1	2	3	4	5

Em relação ao seu trabalho:

1	2	3	4	5

Descreva suas preocupações:

_____
_____
_____
_____
_____

QUESTIONÁRIO SOBRE SEMELHANÇA E NOMEAÇÃO DO BEBÊ

40. Quem escolheu o nome do bebê?

Você..... 1
O pai do bebê..... 2
Você e o pai do bebê juntos..... 3
Alguém da sua família..... 4
Alguém da família do pai do bebê..... 5
Outras pessoas..... 6
Itens 4, 5 e 6: Quem?_____

41. Como foi escolhido o nome do bebê?

Você escolheu um nome que já existe na sua família..... 1
Você escolheu um nome que já existe na família do pai do bebê..... 2
Você escolheu um nome de outra pessoa conhecida..... 3
Outros motivos..... 4
Quais?_____

42. Caso a resposta tenha sido 1, 2 ou 3, quem tem o mesmo nome?

_____

43. A criança tem os sobrenomes:

Do pai..... 1
Da mãe..... 2
Do pai e da mãe..... 3
De outros..... 4

44. Com quem, do casal ou das pessoas da família, você acha que seu filho se parece?

Parecido com você 1
Parecido com o pai 2
Parecido com ambos 3

Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:
_____

45. Com quem, do casal ou das pessoas da família, o pai acha que a criança se parece?
Parecido com você 1
Parecido com o pai 2
Parecido com ambos 3
Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:
_____

46. Com quem você acha que se parecia, quando bebê?
Com sua mãe 1
Com seu pai 2
Com ambos 3
Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:
_____

ANEXO C – Instrumento utilizado na terceira entrevista (entre nove e 12 semanas após o nascimento do bebê)

Data: _____/____/_____
Local:
Rio Grande do Norte..... 1
Rio de Janeiro..... 2
São Paulo..... 3

Entrevistador:_____

Local da entrevista:
Domicílio..... 1
UBS..... 2
Outro..... 3
Qual?_____

1. Nome completo da mãe:_____
2. RG:_____
3. Nome completo da criança:_____

4. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

5. Número de matrícula:
HU:_____
UBS:_____

6. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____

7. Endereço: _____

8. Em que cidade você nasceu?_____

9. Há quanto tempo mora em São Paulo?_____ _____

10. Quem, da sua família, mora em São Paulo?
_____
_____
_____

11. A criança saiu registrada do hospital? 1 - SIM 2 – NÃO

Por quê?_____

12. A criança está registrada agora? 1 - SIM 2 – NÃO

Por quê?_____

13. Você está amamentando a criança no peito? 1 - SIM 2 – NÃO

Por quê? _____

14. Se não, por quanto tempo amamentou?_____

15. Se sim, por quanto tempo pretende continuar amamentando?_____

16. Como se sente fisicamente?

Muito bem.....1
Disposta..... 2
Um pouco cansada.....3
Fraca.....4
Exausta.....5

17. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5

18. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5

19. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5

20. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5

21. Dê uma nota de 1 (nenhuma) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

1	2	3	4	5

Em relação à outros filhos:

1	2	3	4	5

Em relação a você:

1	2	3	4	5

No relacionamento conjugal:

1	2	3	4	5

Em relação ao seu trabalho:

1	2	3	4	5

22. Descreva suas preocupações:

_____
_____
_____
_____

23. Dê uma nota de 1 (nenhum) a 5 (muito cansada) para seu cansaço, atualmente:

a) Nas “tarefas” relacionadas ao bebê

1	2	3	4	5

b)Para as “tarefas” da casa

1	2	3	4	5

c) No relacionamento conjugal

1	2	3	4	5

d) Em relação às atividades familiares

1	2	3	4	5

e) Em relação às atividades sociais

1	2	3	4	5

24. Como você tem realizado as atividades rotineiras?

Sinto-me mais ativa do que nunca..... 1
Da mesma forma que realizava antes de engravidar..... 2
Ainda igual ao período da gravidez..... 3
De forma bem mais lenta do que de costume..... 4
Não consigo realizar as atividades do dia-a-dia..... 5

25. Alguém tem ajudado nas tarefas diárias e nos cuidados com o bebê?

1-SIM 2-NÃO

26. Se sim, quem? (especificar parentesco e se é do lado materno ou paterno)_____

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

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..... (0)

Sim, na maior parte do tempo..... 1
Não, nem sempre..... 2
Não, em nenhum momento..... 3

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.

Nos últimos sete dias

27. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
Como eu sempre fiz..... 0
Não tanto quanto antes..... 1
Sem dúvida menos que antes..... 2
De jeito nenhum..... 3

28. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.
Como sempre senti..... 0
Talvez menos do que antes..... 1
Com certeza menos..... 2
De jeito nenhum..... 3

29. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

30. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
Não, de maneira alguma..... 0
Pouquíssimas vezes..... 1
Sim, algmas vezes..... 2
Sim, muitas vezes..... 3

31. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
Sim, muitas vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

32. *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..... 0
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes..... 1
Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles..... 2
Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes..... 3

33. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2

Não, nenhuma vez..... 3

34. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, muitas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, de jeito nenhum..... 3

35. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
Sim, quase todo o tempo..... 0
Sim, muitas vezes..... 1
De vez em quando..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

36. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
Sim, muitas vezes ultimamente..... 0
Algumas vezes nos últimos dias..... 1
Pouquíssimas vezes, ultimamente..... 2
Nenhuma vez..... 3

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Of.0806/CEPH-04/07/06

Senhora Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) aprovou, em reunião de 12/06/2006, o projeto intitulado "Depressão pós-parto, comportamentos de cuidado e vinculação mãe-bebê" a ser desenvolvido pela mestranda Gabriela Andrade da Silva, sob a orientação de V. Exa., no Programa de Pós-Graduação Psicologia Experimental.

Atenciosamente,

Edely Tereza Murda
Secretária do CEPH-IP

Exma. Sra.
Professora Titular Emma Otta
Programa de Pós-Graduação Psicologia Experimental
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária - 05508-020 - São Paulo – SP - Brasil
Fone: (11) 3031.2965 - Fax: (11) 3097.0529 – www.ip.usp.br

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 15 de agosto de 2006

PARECER Nº 0193/CEPS/MS/2006

I - Identificação

Título do projeto:" **Depressão pós-parto, comportamento de cuidado e vinculação mãe-bebê"**
Número CEPSMS: **CAAE 0123/06**
Pesquisadores responsáveis: **EMMA OTTA**

II Objetivos:

- Verificar a incidência de depressão pós-parto (DPP) em mães durante o primeiro trimestre de vida dos bebês, em São Paulo;
- Avaliar alguns comportamentos maternos após o parto indicativos de busca de aumento de vinculação do pai com o bebê, como a atribuição de semelhança física ao pai e a motivação para nomeação;
- Relacionar a DPP no primeiro trimestre após o parto com o estilo de apego da mãe avaliado no último trimestre da gestação;
- Verificar a correlação entre DPP e condições de suporte à mãe (incluindo suporte material, afetivo e emocional) no último trimestre da gestação e entre 9 a 12 semanas após o parto.

III - Sumário do Projeto:

Descrição, caracterização da amostra e critérios de inclusão: mães que tiverem o parto realizado no HU-USP entre setembro e dezembro de 2006, tiverem realizado o pré-natal em uma das unidades de saúde (HU-USP, CSE Butantã, UBS Jardim São Jorge, UBS Vila Dalva e UBS Boa Vista), cujos bebês tiverem nascido a termo e que elas e os bebês apresentem boas condições de saúde.

Adequação da metodologia: serão realizadas entrevistas individuais, aplicados questionários e escalas de apego, de apoio social e de depressão pós-parto. **Os instrumentos de pesquisa foram relacionados no projeto e foram apresentados.**

Adequação das condições: estão adequadas.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

Estrutura do protocolo: Adequado.
Justificativa de uso de placebo: Não se aplica.
Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.): Não se aplica.

Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms

Análise de riscos e benefícios: O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa.
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: O estudo pode trazer benefício para a área do conhecimento..
Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: adequado.
Informação adequada quanto ao financiamento: Está esclarecido que o projeto não demandará despesas para a SMS/SP.
Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

V – Parecer do CEP: PROJETO APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
EMMA OTTA
NESTA

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Hospital Universitário
USP

São Paulo, 27 de novembro de 2006.

Il^mo(a). Sr(a).
Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Divisão de Clínica Pediátrica
Hospital Universitário
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** *"Interação mãe-bebê: depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento"* – **Registro CEP-HU/USP**: 673/06 – **SISNEP CAAE**: 0051.0.198.000-06

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 24 de novembro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para **24 de novembro de 2007.**

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-900 São Paulo – SP
Tels.: (11) 3039-9457 ou 9479 – Fax: (11) 3039-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa **"Interação mãe-bebê e depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento"** que visa obter dados a respeito de aspectos físicos e emocionais referentes à gravidez e ao período pós-parto que possam estar relacionados com a presença ou não de depressão. Nosso estudo começa logo antes do parto e segue a mãe e o bebê até que ele tenha 3 anos de idade.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Natal, estando a coordenação da pesquisa em São Paulo a cargo da Dra. Maria Teresa Zulini da Costa da Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário da USP e da Profa. Emma Otta do Departamento de Psicologia Experimental da USP.

A sua participação é voluntária e muito importante para que possamos esclarecer melhor o problema da depressão pós-parto, que aflige hoje tantas mulheres no mundo todo. Caso concorde em participar, teremos contato com a senhora nas seguintes etapas:

ENTREVISTAS – Serão realizadas entrevistas que terão a duração máxima de 20 minutos nos seguintes momentos:

- No último trimestre da gestação
- No período entre 24 e 48 horas depois do parto, quando a senhora ainda estiver no hospital.
- No período entre 9 e 12 semanas depois do parto
- E antes das filmagens, que acontecerão aos 4, 8, 14, 24 e 36 meses de idade de seu filho (conforme explicado logo abaixo).

FILMAGENS (após as entrevistas): A duração máxima de cada filmagem será de 15 minutos, exceto aos 14 meses, quando deverá durar em torno de 30 minutos. Serão realizadas seis filmagens do seu bebê com a senhora, nas seguintes ocasiões:

- na hora do parto, quando ele é colocado no seu peito.
- com 4 meses de idade
- com 8 meses de idade
- com 14 meses de idade
- com 24 meses de idade
- com 36 meses de idade.

Será oferecida uma fotografia da senhora junto com seu bebê como lembrança de um desses momentos.

COLETA DE SANGUE E SALIVA

Serão coletadas amostras do seu sangue na hora do parto, no 2º dia após o parto, e entre 9 e 12 semanas após o parto. O volume coletado por amostra será apenas de 5 mililitros. Pode haver um pequeno desconforto decorrente da coleta de sangue, e em alguns casos surgir hematoma no local da punção. Entretanto, isso geralmente não ocorre e, quando ocorre, os efeitos são passageiros e os riscos são mínimos. A coleta de sangue será feita por um profissional de saúde especializado, que poderá orientá-la no caso de alguma eventualidade, além de esclarecer qualquer dúvida.

Serão coletadas amostras de saliva do seu bebê através do umedecimento de um pequeno algodão colocado na sua boca, próximo à gengiva. Os momentos da coleta serão os seguintes:

no 2º dia e entre 9 e 12 semanas após o parto. O desconforto para o seu filho, se houver, é mínimo, passageiro e o procedimento é isento de riscos.

O sangue e a saliva coletados serão usados para dosagem hormonal nos casos em que a entrevista indicar depressão. Para um grupo de mães participantes nas quais não tiver sido constatada depressão também serão realizadas dosagens hormonais nas amostras anteriormente coletadas do seu sangue e da saliva do seu filho, para servirem de referência para os casos onde houve indicação. Os exames laboratoriais serão realizados no Laboratório de Dosagens Hormonais da FMVZ da Universidade de São Paulo sob coordenação do Dr. Cláudio Alvarenga. As amostras de sangue poderão também ser objeto de análises de biologia molecular, visando detectar indicadores adicionais da depressão.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Durante os períodos de filmagens e entrevistas, nós avaliaremos o crescimento do seu bebê através da medição do peso e do comprimento, e também o seu desenvolvimento geral (comportamento, movimentos, atitudes, linguagem etc) e neurológico através de EEG.

As fases da pesquisa que ocorrem a partir do momento do parto só serão realizadas com as mulheres que tiverem bebê no Hospital Universitário da USP (HU). Portanto, se a senhora quiser participar de todas as etapas da pesquisa, deverá dar preferência por esse hospital. Caso ele venha a nascer em outro local, não poderemos dar continuidade ao trabalho de pesquisa.

As filmagens de todas as mães e de seus respectivos bebês, assim como as amostras de sangue e saliva que não forem utilizadas para dosagem hormonal, ficarão armazenadas em um banco de dados para futuras pesquisas, mas somente serão usadas após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP.

Se, através das entrevistas, considerarmos que a senhora necessita de tratamento médico para depressão, será feito o encaminhamento para o sistema de saúde público (SUS).

Se, através da avaliação do desenvolvimento de seu filho, considerarmos que o desenvolvimento apresenta problemas, ele também será encaminhado para a rede de atendimento (SUS).

Não haverá nenhum pagamento, porém, haverá ajuda de custo para cobrir gastos com locomoção em todos os momentos em que for necessário em decorrência da sua participação nesta pesquisa.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4042 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

A senhora também pode entrar em contato, para mais informações sobre a pesquisa, ou em caso de qualquer intercorrência, com as seguintes pesquisadoras: Dra. Maria Teresa Zulini da Costa, da Unidade Neonatal da Divisão de Clínica Pediátrica, do Hospital Universitário (Telefone: 30399409 e-mail: mtzcosta@usp.br) e Profa. Emma Otta, do Instituto de Psicologia da USP (Telefone: 30914448 e-mail: emmaotta@usp.br).

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP, caso deseje fazer contato, é: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 e Telefone: 30399457.

A senhora poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Declaro, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador, ter entendido o que me foi explicado e, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, consinto em participar da presente pesquisa.

Nome da participante da pesquisa:

Número do RG:
Endereço residencial:
Telefones para contato:

_____ _____

Assinatura da participante Assinatura do pesquisador

São Paulo, _____
(data)