**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELISIANY MELLO COSTA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO
PÓS-PARTO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
MINAS GERAIS**

**SÃO PAULO
2012**

ELISIANY MELLO COSTA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO
PÓS-PARTO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro.

**SÃO PAULO
2012**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Costa, Elisiany Mello

Sintomas depressivos em mulheres no pós-parto
residentes em um município do sul de Minas Gerais /
Elisiany Mello Costa . -- São Paulo, 2012.

89 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Alice Tsunechiro

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Escala de depressão pós-parto Edinburgh 2. Depressão
pós-parto 3. Saúde mental 4. Enfermagem obstétrica I. Título

Nome: Elisiany Mello Costa

Título: Sintomas depressivos em mulheres no pós-parto residentes em um município do Sul de Minas Gerais.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas a quem muito amo, em especial:

*A minha **Mãe**, iluminada, que se juntou aos anjos e, hoje, olha por mim lá do céu...*

dedico todas as minhas vitórias.

*A minha princesa **Luiza Mello**, presença diária de*

amor e motivação.

*Ao **Juliano**, companheiro de todos os momentos,*

pela compreensão, amor e carinho ao longo do período

de elaboração desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Para elaboração desta pesquisa, foram muitas as pessoas que contribuíram de uma forma ou de outra, no sentido de esclarecer dúvidas, dar sugestões, enriquecer minhas reflexões, enfim, que me ajudaram a concretizar meu ideal!

A DEUS, por conceder-me a oportunidade do aprendizado contínuo nesta trajetória de vida. Pela luz e pela intuição necessárias, que me fazem enxergar e compreender aquilo que se mostra além do óbvio.

À Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro, pela competência e maestria na orientação, por ter acreditado e ajudado-me a construir este trabalho. Sou imensamente grata pela convivência que tivemos.

À Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Bonadio, pelo interesse, reflexões e correções na etapa inicial desta pesquisa.

Às Prof.^a Dr.^a Marlise de Oliveira Pimentel Lima e Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça, pelas contribuições no Exame de Qualificação. Suas sugestões brilhantes foram valiosas para o aperfeiçoamento do trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura que, em suas aulas, conseguiu “arredondar” meu projeto, e por toda a atenção que me cedeu.

Ao Luís Carlos Ferreira de Almeida e Lucas Petri Damian, pela paciência e compreensão durante as análises estatísticas dos dados e disponibilidade.

Ao Centro Universitário de Lavras, pelo apoio e incentivo na conclusão deste estudo.

À amiga Marcella Murata que, com paciência, me ensinou como ser uma “Uspiana” e permitiu a proximidade necessária, não só para a realização desta pesquisa, mas também para meu aprendizado e crescimento como pessoa.

À minha amiga Vivian Spineli, que me acompanhou durante todo o processo seletivo para esse mestrado tão sonhado. Com você a meu lado tudo foi muito mais divertido!

À Professora Ivone Borelli, pela revisão do texto em língua portuguesa.

Às mulheres a quem entrevistei, pela disponibilidade e presteza com que me atenderam.

Costa EM. Sintomas depressivos em mulheres no pós-parto residentes em um município do Sul de Minas Gerais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução: Os transtornos depressivos pós-parto podem afetar a mãe, o bebê e outros membros da família. A depressão pós-parto costuma iniciar na quarta semana e evolui lentamente por várias semanas. **Objetivos:** Identificar a ocorrência de sintomas depressivos em mulheres no pós-parto e verificar a associação entre sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Método:** Estudo transversal realizado com 302 mulheres que se encontravam entre 42 e 56 dias após o parto, residentes no município de Lavras (MG). Os dados foram obtidos no período de agosto de 2011 a janeiro de 2012, por meio de entrevista para obtenção da caracterização da puérpera e aplicação da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), para rastrear a depressão após a gestação. O ponto de corte ≥ 13 pontos na EPDS foi adotado para indicar a presença de episódio depressivo. A associação de sintomas depressivos com algumas variáveis maternas foi analisada pelo teste do Qui-Quadrado e regressão logística. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Processo nº 1059/2011/CEP-EEUSP e do Centro Universitário de Lavras - Protocolo nº 1059/2011. **Resultados:** As mulheres tinham em média 27,04 ($\pm 6,12$) anos de idade; 49,3% eram de cor branca; média de 10,44 ($\pm 2,12$) anos de estudo, 85,8% com parceiro. O coeficiente Alpha de Cronbach verificado foi 0,85. A prevalência de sintomas depressivos foi de 11,9%. Houve diferença significativa no nível de etnia ($p=0,032$), escolaridade ($p<0,001$); situação conjugal ($p<0,001$); número de gestação ($p=0,004$); paridade ($p<0,001$); descanso ($p=0,004$); fumo ($p<0,001$); drogas ($p=0,004$); planejamento da gestação ($p<0,001$); aceitação da gestação ($p<0,001$); gestação desejada ($p<0,001$); experiência pré-natal ($p=0,007$); experiência no parto ($p=0,012$); violência antes da gestação ($p<0,001$); violência na gestação ($p<0,001$); problema psicológico antes da gestação ($p<0,001$); problema psicológico na gestação ($p<0,001$); amamentação ($p=0,006$) e bebê com problema de saúde ($p<0,001$). As variáveis associadas ter parceiro, estar amamentado e ter mais filhos foram consideradas fatores de proteção para sintomas depressivos no pós-parto e as variáveis associadas ser negra/parda, fumantes e ter sofrido violência, fatores de risco. **Conclusões:** A prevalência de sintomas depressivos (11,9%) em mulheres no pós-parto no município de Lavras (MG) está compatível com as da literatura nacional e internacional que se referem como 10% e 20%. O conhecimento das variáveis maternas que podem influenciar a ocorrência de depressão pós-parto é de fundamental importância, para que a equipe de saúde possa intervir de forma precoce e adequada no tratamento das mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Escala de depressão pós-parto de Edinburgh; Depressão pós-parto; Saúde mental; Enfermagem obstétrica.

Costa EM. Depressive symptoms in postpartum women living in a municipality in southern Minas Gerais [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The study objectives were to identify the occurrence of depressive symptoms in postpartum women and the association between depressive symptoms and sociodemographic and obstetric variables. This is a cross-sectional study on 302 women who were between 42 to 56 days after delivery, residents in Lavras (MG). Data were collected from August 2011 to January 2012, through an interview and application of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The EPDS is a self-assessment to track depression after pregnancy, which contains 10 statements, each item has a score ranging from 0 to 3, reaching a maximum score of 30. We adopted a cutoff ≥ 13 points in EPDS, 59.5% sensitivity, 88.4% specificity in the Brazilian population, to detect depressive symptoms. The reliability was assessed by Cronbach's Alpha coefficient and the association of depressive symptoms with some maternal variables were analyzed by chi-square. The project was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing, University of São Paulo under Opinion No 1059/2011 and the University Center Lavras. The women had an average of 27.04 (± 6.12) years of age; 49.3% white, mean 10.44 (± 2.12) years of education, 85.8% with partner. The Cronbach's Alpha coefficient was 0.85 verified. The prevalence of depressive symptoms was 11.9%. There were significant differences in the level of ethnicity ($p = 0.032$), education ($p < 0.001$), marital status ($p < 0.001$), number of pregnancy ($p = 0.004$), parity ($p < 0.001$) and resting ($p = 0.004$), smoking ($p < 0.001$), drug ($p = 0.004$); planning pregnancy ($p < 0.001$); acceptance of gestation ($p < 0.001$); desired pregnancy ($p < 0.001$); experience prenatal care ($p = 0.007$); experience in childbirth ($p = 0.012$); violence before pregnancy ($p < 0.001$); violence during pregnancy ($p < 0.001$); psychological problem before pregnancy ($p < 0.001$); psychological problem during pregnancy ($p < 0.001$); breastfeeding ($p = 0.006$) and baby with health problems ($p < 0.001$). The prevalence of depressive symptoms (11,9%) in postpartum women in Lavras (MG) is compatible with the national and international literature that refer as 10% to 20%. Knowledge of maternal variables that may influence the occurrence of postpartum depression is critical for the health team can intervene early and appropriate treatment of women.

KEYWORDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; Postpartum Depression; Mental Health; Obstetric Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis sociodemográficas. Lavras, 2011-2012.....	41
Tabela 2. - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis psicossociais e comportamentais. Lavras, 2011-2012.	43
Tabela 3 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas. Lavras, 2011-2012.....	45
Tabela 4 - Distribuição das mulheres, conforme a experiência de violência e problema psicológico/psiquiátrico, antes ou durante a última gestação, Lavras, 2011-2012.....	47
Tabela 5 - Distribuição das mulheres, conforme a situação de amamentação e o problema na saúde da criança. Lavras, 2011-2012.	48
Tabela 6 - Valores da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) no pós-parto, a ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach. Lavras, 2011-2012.	49
Tabela 7 - Distribuição dos enunciados da EPDS, conforme a pontuação das mulheres. Lavras, 2011-2012.	51
Tabela 8 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis socioeconômicas com a EPDS. Lavras, 2011-2012.	52
Tabela 9 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis obstétricas com a EPDS. Lavras, 2011-2012.....	53

Tabela 10 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis comportamentais com a EPDS. Lavras, 2011-2012.	54
Tabela 11 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre a experiência de violência ou problema psicológico/psiquiátrico, antes e durante a última gestação com a EPDS. Lavras, 2011-2012.....	55
Tabela 12 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre a amamentação e o problema na saúde da criança com a EPDS. Lavras, 2011-2012.	56
Tabela 13 - Análise entre ocorrência de sintomas depressivos e preditores em modelo de regressão logística, Lavras, 2011-2012.	57

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DPP – Depressão Pós-Parto

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

EPDS – Edinburgh Post-natal Depression Scale

IC – Intervalo de Confiança

MG – Minas Gerais

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtorno Mental Comum

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	27
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	29
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
3.3.1 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	30
3.3.2 PERCURSO AMOSTRAL	31
3.4 COLETA DE DADOS.....	33
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	33
3.4.2 Operacionalização da coleta de dados.....	33
3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	35
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	37
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4 RESULTADOS.....	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS	40
4.2 OCORRÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ASSOCIAÇÕES COM AS VARIÁVEIS MATERNAS.....	49

4.3 REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	56
5 DISCUSSÃO.....	60
6 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	81
ANEXOS.....	86

1 INTRODUÇÃO

A gravidez trata-se, naturalmente, de uma enorme revolução biológica, além de mobilizar forças psicológicas e culturais. A mulher vive a gravidez, o parto e o pós-parto com toda a sua realidade biológica, psíquica e cultural. Após o parto, dependendo de todo o equilíbrio desse conjunto de forças, a mãe vai enfrentar com mais ou menos naturalidade sua nova vida. Uma das questões que vêm gerando grandes discussões é apontar a própria maternidade, como um fator predisponente para o estado de saúde psicológico da mulher (Costa, Pacheco, Figueiredo, 2007).

Em geral, se o período pré-natal for tranquilo, se houver um relacionamento profissional-cliente satisfatório, se a experiência do parto transcorrer sem intercorrências e, sobretudo, se a mulher estiver psiquicamente equilibrada, no pós-parto ela conseguirá conduzir com tranquilidade suas tarefas maternas na nova vida com o bebê. Caso contrário, uma tarefa que parece simples aos olhos de muitos, torna-se um fardo pesado, repleto de desconfortos e frustrações, podendo surgir os primeiros sintomas depressivos ou até mesmo a depressão (Rattón, 2003).

Entende-se por pós-parto ou puerpério¹, o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações impostas pela gestação voltam a seu estado pré-gravídico. É um período cronologicamente variável e específico para cada mulher, no qual ocorrem não só variações fisiológicas, como também as sociais e psicológicas (Lara, 2008).

As variações emocionais próprias do puerpério não podem ser banalizadas e nem sempre devem ser consideradas normais. É preciso entender o contexto em que se insere a mulher para saber diferenciar

¹ O Puerpério pode ser dividido em puerpério imediato (1ª e 2ª horas após o parto), puerpério mediato (da 2ª hora ao 10º dia após o parto), puerpério tardio (do 10º ao 42º dia após o parto) e remoto (do 42º ao 60º dia após o parto), essa classificação pode variar de autor para autor (Carvalho, 2002).

sintomas depressivos e a depressão do desgaste ocorrido durante o parto e pós-parto (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

Tradicionalmente, os transtornos psíquicos no puerpério podem ser divididos em: *maternity blues*, depressão puerperal e psicose puerperal. A *maternity blues* ou *baby blues*, conhecida como tristeza materna, é um transtorno de labilidade emocional transitória, que ocorre nos primeiros 10 dias pós-parto e em todas as classes sociais. Os sintomas mais frequentes são: crises de choro, irritabilidade, hostilidade pelo pai da criança, falta de afeto pelo bebê, alterações do sono, entre outros. A depressão pós-parto é uma condição mais séria, que ocorre de 6 semanas a 1 ano após o parto; mesmo em mulheres depois de um período de bem-estar e boa adaptação, podem surgir sintomas como falta de sono, irritabilidade, fadiga, sentimentos de culpa, medo de não estar sendo uma boa mãe, entre outros. Em situações mais graves, há o risco de suicídio ou infanticídio. A psicose puerperal é um quadro grave, pode surgir a partir do 3º dia até 1 mês de pós-parto. Nessa condição, a mulher está sempre chorosa, com confusão mental, delírios em relação ao filho e sentimentos de culpa, entre outros (Rosenberg, 2007).

O foco deste trabalho são os sintomas depressivos no pós-parto, porém faz-se necessário estabelecer alguns conceitos sobre a depressão. Há certa dificuldade em se definir a depressão pela frequência com que tem sido associada aos mais diversos quadros clínicos, tornando complexas suas explicações etiológicas, bem como sua terapêutica (Zucchi, 1999).

Muitas vezes, os termos depressão e sintomas depressivos são tidos como sinônimos, porém, no sentido literal das palavras, não é realidade. A depressão depende de um diagnóstico clínico, dado por um profissional graduadamente capacitado, como o médico psiquiatra ou o psicólogo, baseado ou não, em instrumentos como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association* (DSM-IV – APA), dentre outros (Mitsuhiro et al., 2006).

Em geral, os sintomas depressivos podem ser diagnosticados por qualquer profissional de saúde, baseados em instrumentos autoaplicados ou

por autorrelatos, como a EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, sendo encaminhados os casos positivos para avaliação e diagnóstico de depressão por um profissional de saúde mental (Zucchi, 1999; Rosenberg, 2007; Raines, Campbell, 2010).

O sentido do termo depressão, em seu uso corriqueiro, pode transpor tanto a ideia de um estado afetivo normal como de um sintoma, uma síndrome, uma ou várias doenças. Para muitos, ainda se associa a sentimentos de perdas e sofrimento, sentimentos esses que, dentro desse contexto, seriam naturalmente normais. Como síndrome ou doença, a depressão pode apresentar alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

Na gestação e no pós-parto, a depressão é um tema que requer atenção especial, visto que a saúde materna pré e pós-parto está intimamente ligada às taxas de morbidade e mortalidade materna/fetal e infantil. Mas, de que se trata na realidade? Será que existe mesmo? Qual sua intensidade? Ela acomete todas as mães da mesma forma? É possível alguma prevenção? De acordo com as revisões de literatura, algumas respostas a essas perguntas revelam-se contraditórias e, por vezes, inexistentes (Fonseca, Silva, Otta, 2010).

Conforme um estudo de revisão bibliográfica que buscou a etiologia e os fatores de risco para a depressão pós-parto, esta ainda não pode ser prevenida e há um grande fator biológico que antecede sua ocorrência. Os autores reportam ainda que a depressão pós-parto pode ocorrer mesmo em mulheres sem histórico psiquiátrico familiar conhecido ou qualquer um dos fatores de risco. A literatura revela que o início da depressão pode verificar-se não somente poucas semanas após o parto, mas até 7 meses depois. Portanto, o monitoramento cuidadoso do humor no primeiro ano após o parto é crucial, especialmente, em mulheres com histórico de depressão pós-parto (Zinga, Phillips, Born, 2005).

De acordo com a literatura, a depressão pós-parto não está associada só a um preditor isolado, como por exemplo, a diminuição hormonal, e sim a um conjunto de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos.

Valendo ressaltar que existem várias associações feitas em relação ao suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe tem relacionamento (Schwengber, Piccinini, 2003; Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

Alguns estudos propõem-se a identificar fatores associados a sintomas depressivos, como um realizado em duas unidades de programa de saúde da família (PSF) em São Paulo, que buscou associar a depressão pós-parto com transtorno mental comum (TMC) e chegou ao resultado de que quanto maior o suporte oferecido pelo marido menores serão os sintomas de depressão pós-parto (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

Outros dois estudos, realizados por Akman et al. (2008) e Hasselmann, Werneck, Silva (2008), fizeram associação entre o aleitamento materno nos primeiro e segundo meses de vida do bebê, respectivamente, com os sintomas depressivos. Em ambos, houve significância estatística entre as duas variáveis, evidenciando que filhos de mulheres com sintomas depressivos apresentam maior risco de desmame precoce. “Esses resultados indicam a importância da saúde mental da mãe para o sucesso do aleitamento materno exclusivo” (Hasselmann, Werneck, Silva, 2008, p. 341).

Quando discretos sintomas aparecem, desde a gestação, devem ser valorizados e, sobretudo, investigados, para que problemas futuros sejam evitados e contornados. Mas, tal atitude ainda é subjugada por muitos profissionais que atendem à mulher no ciclo gravídico-puerperal (Zinga, Phillips, Born, 2005).

De acordo com o estudo de Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005), os sintomas que aparecem dentre os 28 primeiros dias de puerpério são apenas especificadores, podendo ser aplicados às variações de humor tidas pela mãe. Já um episódio depressivo maior é definido como aquele que perdura por um período mínimo de 2 semanas e que apresenta, obrigatoriamente, humor depressivo ou anedonia (desprazer diante de atividades anteriormente prazerosas), associados a quatro, dentre os demais sintomas: ganho ou perda excessiva de peso com mudança significativa no

apetite, insônia ou sono em demasia, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda da concentração e ideias de morte ou suicídio (WHO, 2007).

Mesmo com os achados literários e os meios diagnósticos disponíveis, a detecção de depressão pós-parto não é fácil, em razão das variações dos sintomas relacionados ao número e, sobretudo, à intensidade. Outro impasse no diagnóstico, especialmente, no tocante ao precoce, é o fato da mulher no puerpério, já se encontrar naturalmente fragilizada pelo desgaste ocorrido no parto, à nova função que lhe é imposta de cuidados maternos e, por vezes, ainda caseiros e matrimoniais (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

Em uma revisão sistemática de artigos de 1999 a fevereiro de 2008, os estudos que tratam da depressão na gravidez têm um destaque maior nos países estrangeiros e merecido atenção nos últimos anos. No Brasil, ainda há poucos trabalhos publicados sobre esse tema (Lima, Tsunehiro, 2008).

Alguns estudos brasileiros mostram a prevalência de depressão em mulheres que se encontram gestantes, variando entre 12,9 e 37,9% (Da-Silva et al., 1998; Mitsuhiro et al., 2006).

De acordo com a avaliação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association* (DSM-IV – APA), os sintomas pertinentes à depressão pós-parto ou puerperal não diferem dos apresentados fora desse período e acometem cerca de 6,8% a 16,5% de mulheres na idade adulta (Gotlib et al., 1989; APA, 1994).

Visto que a depressão pós-parto é um acometimento mundial, nota-se que, conforme a região estudada e o instrumento de mensuração utilizado, sua ocorrência tem sido relatada entre 10% e 20%, para a maioria dos estudos (Da-Silva et al., 1998; Santos, Martins, Paquali, 1999; Alvarado et al., 2000; Zinga, Phillips, Born, 2005; Carrascón et al., 2006; Moraes et al., 2006; Silva et al., 2010) e que, diante de sua alta prevalência e custos sociais, se tornou um grave e importante problema para a saúde pública,

evidenciando a necessidade de estudos específicos de cada região, para que comparações generalistas sejam evitadas (Silva et al., 2010).

Correlacionado ao parágrafo anterior, um estudo brasileiro, realizado na cidade de Pelotas (RS) com 410 mulheres, encontrou prevalência de 19,1% com sintomas de depressão pós-parto (Moraes et al., 2006). Estudo anterior realizado em dois Programas de Saúde da Família (PSF) da cidade de São Paulo, com 70 mulheres, apontou uma porcentagem alta de 37,1% de sintomas de depressão pós-parto (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005), o que não se encaixa na realidade anteriormente citada.

Sabe-se que menos de 25% das puérperas com diagnóstico de depressão pós-parto recebem tratamento e que só 50% desses casos são diagnosticados na clínica diária. Nesse contexto, tanto os profissionais de saúde que assistem a mulher quanto seus familiares, podem mascarar a presença de sinais e sintomas depressivos, fazendo-se necessária uma revisão dos conceitos de “cansaço e desgaste” ocorridos em razão do parto e da “depressão pós-parto” em si. Mas, para que isso se torne possível, estudos aprofundados e educação continuada com os profissionais que atendem à mulher no ciclo gravídico-puerperal são indispensáveis (Ruschi et al., 2007).

Contudo, a clareza das consequências da depressão pós-parto, tanto no tocante à mãe como ao recém-nascido, torna-se razão mais do que consistente e relevante para apoiar estudos que se dedicam a apontar fatores de riscos e a sintomatologia relacionada a esse tipo de depressão (Costa, Pacheco, Figueiredo, 2007). Nota-se uma carência de dados mais específicos para nosso País, sobretudo relacionados às regiões específicas, pois os dados encontrados são generalizados e, por vezes, discrepantes, impossibilitando um levantamento concreto no tocante às cidades brasileiras.

Atuando profissionalmente na área de atenção à Saúde da Mulher, no município de Lavras, encontrou-se apenas um estudo sobre depressão pós-parto realizado na região que identificou uma prevalência de 40,4%. O objetivo desse estudo foi avaliar a relação entre a depressão pós-parto, o

desmame precoce e hábitos de sucção não nutritiva. A pesquisa teve como amostra 52 mães de bebês de 6 meses de idade, selecionadas com base nos registros de partos da Santa Casa de Misericórdia do município que responderam à EPDS. A correlação das variáveis demonstrou que, entre a depressão pós-parto e a situação de aleitamento materno, não houve associação, e à depressão pós-parto e aos hábitos de sucção não nutritiva houve associação entre as variáveis testadas (Gonçalves, Oliveira, Matos, 2006).

Ao analisar-se a proporção de sintomas depressivos encontrados no estudo acima, verificou-se uma diferença elevada entre a média nacional. Dada a validade da pesquisa realizada no município em questão, o presente estudo justifica-se pelos altos índices de sintomas depressivos encontrados nessas mulheres (40,4%), ainda no 6º mês após o parto. Visto que os resultados encontrados foram maiores que a média nacional, nesta pesquisa, será adotado como base para cálculo amostral, um estudo recente de Lima (2011), que teve como objetivo analisar a influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida de gestantes e puérperas e encontrou 22,9% de sintomas depressivos no pós-parto.

Considerando a importância de prevenção da depressão pós-parto para evitarem-se danos futuros à mãe, ao bebê e a toda família, julgou-se oportuno e relevante investigar a ocorrência de sintomas depressivos mais precocemente, para que intervenções efetivas sejam aplicadas antes do aparecimento da patologia propriamente dita e suas consequências.

Conhecendo com antecedência a prevalência de mulheres que apresentam sintomas de depressão pós-parto, sobretudo, os fatores associados à realidade do município em questão, será possível oferecer-lhes um acompanhamento adequado, de acordo com sua sintomatologia. As medidas cabíveis à prevenção e tratamento da depressão pós-parto poderão ser implementadas pelos profissionais responsáveis pela assistência à gestante e à puérpera, atendendo às necessidades de cada uma individualmente. O estudo poderá oferecer também subsídios para formulação de políticas públicas voltadas à detecção, acompanhamento e

tratamento dessas mulheres que possam vir a ser acometidas pela depressão pós-parto.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar a presença de sintomas depressivos em puérperas do município de Lavras (MG).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a ocorrência de sintomas depressivos em mulheres no período pós-parto.
- Verificar a associação entre os sintomas depressivos e as variáveis socioeconômicas, psicossociais e obstétricas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa sobre os sintomas depressivos em mulheres no pós-parto residentes em Lavras (MG).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Lavras, localizada na região do Campo das Vertentes, Sul do Estado de Minas Gerais, que se destaca por ser um município de pequeno porte, com uma área de 566,1 km², população estimada de 89.380 habitantes (IBGE, 2010). Conta com dois hospitais gerais, ambos de nível terciário, um Centro Viva-Vida² (nível secundário), um Hospital Psiquiátrico e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em sua área de abrangência, atende outros 23 municípios da região (Lavras, 2010)³.

Em Lavras (MG), as mulheres com depressão pós-parto ou com sintomas indicativos de transtorno mental são encaminhadas ao CAPS, e de lá à unidade básica de referência de seu bairro. Caso haja uma evolução desfavorável do quadro clínico, são encaminhadas para tratamento no Hospital Psiquiátrico. Conforme informações de uma das enfermeiras do CAPS, não há controle do número nem dos encaminhamentos que as mulheres recebem, nem tão pouco existe intervenção de enfermagem para tais mulheres. Não há sistema de referência e contrarreferência no tocante a essa patologia no município e na região.

² O Centro Viva-vida trata-se de uma instituição estadual, de nível secundário, que oferece atendimento em diversas especialidades profissionais, inclusive de média complexidade, a gestantes de alto risco, seus recém-nascidos, a mulheres e homens com problemas de origem reprodutiva. Tem como objetivo a promoção da saúde por meio da prevenção, diagnóstico precoce e de recuperação das doenças e agravos de forma humanizada.

³ Dados obtidos pela Secretaria Municipal de Lavras, 2010.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por puérperas que deram à luz nos dois hospitais do município e também por aquelas que tiveram partos extra-hospitalares (partos domiciliares), e que tiveram as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de seus recém-nascidos recolhidas à Vigilância Epidemiológica de Lavras.

No estudo, as puérperas que atenderam aos seguintes critérios foram incluídas:

- residentes no município (zona urbana e rural);
- que tiveram parto a termo e feto vivo;
- estavam entre as 6^a e 8^a semanas de pós-parto.

As puérperas que tiveram neonatos malformados e/ou morte neonatal foram excluídas da pesquisa.

3.3.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi usada a seguinte fórmula (Lwanga, Lemeshow, 1991):

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2}$$

onde:

n= tamanho da amostra no estudo

z= nível de confiança – valor adotado de 1,96 para um alfa de 0,05

p= prevalência do fenômeno estudado

q= porcentagem complementar (1 – p)

e²= erro máximo permitido (5%)

Tendo em vista que estudo recente indica prevalência de 22,9% (Lima, 2011) de sintomatologia depressiva em torno de 45 dias de pós-parto, adotou-se um valor de 0,23 o que equivale a maior relação entre p e q e precisão desejada de 5% (e).

Assim, para a amostra obteve-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,23 \cdot 0,77)}{0,05^2} = 272,13$$

O tamanho mínimo amostral deste estudo seria de 273 puérperas.

3.3.2 Percurso amostral

Os dados da Figura 1 mostram o percurso realizado até a obtenção da amostra. Vale ressaltar que, à medida que as DNV foram sendo captadas pela pesquisadora, foram recebendo um número sequencial (1, 2, 3...). Conforme iam ocorrendo as perdas, elas eram substituídas pela próxima DNV que viria na sequência, até atingir a amostra estipulada.

Figura 1. Ilustração esquemática do acesso à amostra. Lavras 2011-2012.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos:

1) Questionário socioeconômico, psicossocial e obstétrico (Apêndice I) destinado à obtenção de dados de identificação da puérpera e algumas variáveis socioeconômicas, psicossociais e obstétricas, elaborado pela pesquisadora, mediante os dados e modelos coletados da literatura.

2) *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS): para o levantamento dos sintomas depressivos (Anexo I). Este instrumento foi desenvolvido na Grã-Bretanha, validado e traduzido para o uso em diversos países. Para aplicação nesta pesquisa, utilizou-se a adaptação brasileira feita por Santos et al. (2007). A escala é composta de dez perguntas, com quatro alternativas de respostas que possuem uma pontuação de 0 a 3 pontos, de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados nos últimos 7 dias, com uma pontuação mínima de zero e máxima de 30 pontos.

3.4.2 Operacionalização da coleta de dados

As mulheres elegíveis para o estudo foram captadas por meio das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) que são recolhidas à Vigilância Epidemiológica pelas maternidades dos dois hospitais do município: Hospital Vaz Monteiro e Santa Casa de Misericórdia. Ambos os hospitais são filantrópicos, prestam atendimento particular, a convênios e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem um setor de maternidade, com 15 e 10 leitos e atendimento de 80 e 50 partos ao mês, respectivamente.

Optou-se pela DNV como forma de captação das puérperas, pois ela representa uma fonte significativa de dados tanto para elaboração de alguns

indicadores de saúde como para desencadear uma série de ações a serem desenvolvidas dentro do sistema local de saúde.

Cada DNV tem o seguinte fluxo: na instituição onde ocorre o nascimento são preenchidas três vias, a 1ª via é recolhida semanalmente em ambos os hospitais por uma funcionária da Vigilância Epidemiológica, a 2ª via é entregue à mãe ou outro responsável para proceder ao registro de nascimento e a 3ª permanece arquivada na unidade de saúde.

Solicitou-se autorização à Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Lavras (Apêndice II), para que a pesquisadora tivesse acesso às DNV das puérperas, selecionando-as previamente dentro dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Para isso a pesquisadora visitou a sede da Vigilância Epidemiológica semanalmente, de agosto de 2011 a janeiro de 2012, até a obtenção da amostra total.

As DNV receberam um número sequencial, conforme foram sendo adquiridas. As mulheres que se encaixaram nos critérios de inclusão foram visitadas pela pesquisadora nos endereços constantes nas declarações, no mínimo na 6ª e no máximo na 8ª semanas de pós-parto. Caso a pesquisadora não encontrasse a puérpera, eram realizadas mais duas tentativas, e quando na 3ª não era obtido êxito, essa mulher era excluída da amostra, e a próxima puérpera que viesse na sequência das DNV era incluída, até que se completasse o número total da amostra proposta. No dia da visita, eram expostos os objetivos do estudo e as mulheres eram convidadas a participar do estudo. A entrevista foi sempre realizada pela pesquisadora durante a primeira visita.

Vale ressaltar que, antes de começarem a responder aos dois instrumentos (EPDS e questionário socioeconômico e obstétrico), era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada sua assinatura (Apêndice III); não houve casos de mulheres não letradas. O TCLE continha os objetivos do estudo, as atividades a serem desenvolvidas, a participação voluntária das puérperas, a informação de que os dados seriam utilizados para pesquisas e publicações posteriores, a garantia do sigilo de suas respostas e identidades e também que não haveria riscos para

sua pessoa e que poderiam interromper sua participação caso desejassem. As entrevistadas ficaram com uma via do TCLE devidamente assinada pela pesquisadora.

As participantes foram orientadas a responder a EPDS com uma resposta que mais se aproximasse do que ela sentia nos últimos 7 dias.

Por diferentes motivos, 31 mulheres recusaram a participação; alegaram falta de tempo, não ter interesse e problemas pessoais, entre outros.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variáveis independentes

- Idade: em anos completos;
- Cor: autoatribuída e classificada em branca, preta, amarela, parda e indígena;
- Bairro de procedência: classificado como zona urbana (região central e periferia) e rural, conforme localização no mapa do município;
- Parceiro fixo: sim, não;
- Atividade remunerada: sim, não;
- Anos de estudos completos (descontados os repetidos): _____;
- Religião: sim, não. Qual: _____;
- Renda familiar: _____;
- Número de pessoas que residem no mesmo domicílio: < 18anos: _____, adultos: _____;
- Horas de sono por noite: _____;
- Descansa durante o dia: sim, não. Se não, por que?: _____;
- Fumante: sim, não. Se sim, quantos cigarros/dia: _____;

- Etilista: sim, não. Se sim, tipo e quantos copos/semana: _____;
- Usuária de drogas: sim, não. Se sim, tipo e frequência de uso: _____;
- Sofreu violência física e/ou emocional antes da última gestação: sim, não. Se sim, por parte de quem?: _____;
- Sofreu violência física e/ou emocional na última gestação: sim, não. Se sim, por parte de quem?: _____;
- Problemas psicológicos e/ou psiquiátricos antes da última gestação: sim, não. Se sim, necessitou de tratamento: sim, não;
- Problemas psicológicos e/ou psiquiátricos na última gestação: sim, não. Se sim, necessitou de tratamento: sim, não;
- Número de gestações: classificados em 1, 2, 3 e 4 e mais;
- Número de partos: classificados em 1, 2, 3, 4 e mais;
- História de aborto: sim, não;
- Característica da última gestação: planejada, desejada, aceita - sim, não;
- Término da última gestação: cesárea, parto normal;
- Satisfação com o último pré-natal: sim, não. Por que?: _____
- Satisfação com a última experiência de parto: sim, não. Por que?: _____
- Amamenta: sim, não. Se sim, aleitamento exclusivo, aleitamento misto;
- Amamentou: por quanto tempo: _____. Nunca amamentou;
- Motivo do desmame ou da ausência de amamentação: _____;
- Recebeu suporte após o parto: sim, não. Se sim, de quem?: _____;
- Intercorrências clínicas com o recém-nascido no período: sim, não.

Variável Dependente

- Escore total obtido na EPDS:
 - ≤ 12 pontos – sem sintomas depressivos
 - ≥ 13 pontos - com sintomas depressivos

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados com digitação em dupla entrada, por meio do Microsoft Office Excel 2007.

As variáveis socioeconômicas e obstétricas foram avaliadas em suas frequências absolutas e relativas e analisadas por meio de estatística descritiva, com o cálculo das medidas de tendência central - média, mediana e desvio-padrão, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica.

Para avaliação da *EPDS*, cada item do questionário tem pontuação de 0 a 3, sendo no conjunto total, o escore máximo de 30. Quanto maior a pontuação maior será a presença de sintomas depressivos; foi considerado estado de depressão a pontuação ≥ 13 e sem sintomas depressivos ≤ 12 . Foi considerada a seguinte pontuação, de acordo com cada enunciado da *EPDS*:

- itens 1, 2 e 3 da Escala, as respostas têm valores, respectivamente, de 0, 1, 2 e 3 pontos.
- demais itens 4-10, a pontuação das respostas inicia-se em 3, 2, 1 e 0 pontos.

A confiabilidade da *EPDS* foi testada, utilizando-se o coeficiente de Alfa de Cronbach. A confiabilidade é definida como o grau de precisão com que o instrumento mede o atributo a que se propõe; no caso, os sintomas depressivos manifestados. O Alfa de Cronbach mede a intercorrelação entre

os itens do instrumento e proporciona a estimativa de erro da medida. Varia de zero a um, e quanto mais próximo de um maior será a confiabilidade da medida, para uma determinada amostra de estudo (Pereira, 1999).

Para avaliar a associação entre as variáveis e a EDPS ≥ 13 (sintomas depressivos), utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson (Magalhães, Lima, 2000), adotando um nível de significância de 5%. As variáveis que apresentaram nível descritivo inferior a 0,20 foram selecionadas, como candidatas para modelar a depressão, com exceção das perguntas “sofreu violência na última gestação? E teve problemas psicológicos/psiquiátricos na última gestação?” por serem colineares com as questões “sofreu violência antes da última gestação? E teve problemas psicológicos/psiquiátricos antes da última gestação?”

Modelou-se a depressão pela regressão logística (Hosmer, Lemeshow, 1989), escolhendo o modelo pelo método *stepwise backward* utilizando o critério de Akaike (Venables, Ripley, 2002).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Processo nº 1059/2011/CEP/EEUSP – SISNEP CAAE 0066.0196.189-11 (Anexo II) e do Centro Universitário de Lavras – Protocolo nº 1059/201 – CAAE 0066.0196.189-11 (Anexo III).

Às puérperas que obtiveram classificação na *EPDS* igual ou maior que 13 pontos (risco de depressão), foi oferecido um atendimento na Clínica de Psicologia do UNILAVRAS⁴.

⁴ Contato feito pela pesquisadora com o atual coordenador do curso de Psicologia do UNILAVRAS.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A amostra deste estudo constituiu-se de 302 mulheres residentes no município de Lavras (MG), que foram entrevistadas entre as 6^a e 8^a semanas de pós-parto.

Os resultados obtidos são apresentados abaixo:

- 4.1 Caracterização das puérperas
- 4.2 Ocorrência de sintomas depressivos e associação com as variáveis maternas
- 4.3 Regressão logística

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS

Nesta pesquisa, foram incluídas 302 puérperas que atenderam aos requisitos de seleção da amostra. Nos dados das Tabelas 1 a 5, são apresentadas as características sociodemográficas, psicossociais e comportamentais, obstétricas, violência e problemas psicológicos/psiquiátricos antes e durante a última gestação, situação de amamentação e problema de saúde da criança.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis sociodemográficas. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
< 20	36	11,9
20 a 29	166	55,0
≥ 30	100	33,1
Média DP	27,04±6,12	
Etnia		
Branca	149	49,4
Parda	99	32,8
Preta	43	14,2
Amarela/Indígena	11	3,6
Bairro de residência		
Zona urbana central	80	26,5
Zona urbana periferia	204	67,5
Zona rural	18	6,0
Escolaridade (anos)		
1 – 7	39	12,9
8 -10	80	26,5
≥ 11	183	60,6
Média DP	10,44±2,12	
Mediana	11	
Situação conjugal		
Com parceiro	259	85,8
Sem parceiro	43	14,2
Religião		
Católica	189	62,6
Evangélica	75	24,8
Espírita	13	4,3
Sem religião	25	8,3
Atividade remunerada		
Não	156	51,7
Sim	146	48,3
Renda familiar (R\$) * n=296 **		
≤ 600,00	16	5,4
622,00 a 1.244,00	119	40,2
1.300,00 a 2.400,00	101	34,1
≥ 2.500,00	60	20,3
Média DP	1.732,52±1.150,28	
Mediana	1.500,00	

* Salário-mínimo vigente na época da coleta de dados (de agosto a dezembro de 2011= R\$545,00. Em janeiro de 2012= R\$622,00).

* *Seis mulheres não responderam.

Os dados da Tabela 1 mostram que as mulheres eram jovens, com média de 27,04 anos de idade, variando entre 16 e 45 anos de idade.

Quando questionadas em relação à etnia (autoatribuída), 49,3%, atribuiu-se a cor branca, seguidas da parda 32,8% e preta 14,2%. Em relação ao bairro de residência, a maioria (67,5%) morava na periferia do município, 26,5% na região central e apenas 6,0% na zona rural.

A média de anos de estudos foi de 10,44 ($\pm 2,12$), o mínimo 3 e o máximo 21 anos (8 anos de Ensino Fundamental, 3 de Ensino Médio, 4 de Ensino Superior, 1 de Especialização, 2 de Mestrado e 4 de Doutorado). Foi observado que 40 puérperas (13,2%) da amostra possuíam nível superior completo.

A situação conjugal predominante foi com parceiro fixo (85,8%), englobando casadas ou em união estável e 14,2% sem parceiro.

Quando questionadas em relação à ocupação, 48,3% responderam que exerciam atividade remunerada e 51,7% exerciam atividades domésticas no lar, em geral.

A média da renda familiar foi de R\$1.732,52 $\pm$ R\$1.150,28, mostrando a grande variabilidade da amostra nesta questão. A mediana foi R\$1.500,00.

A seguir, nos dados da Tabela 2, apresentam-se as variáveis psicossociais e comportamentais da amostra pesquisada.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis psicossociais e comportamentais. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	N	%
Número de pessoas que moram na casa		
Menores de 18 anos		
Um	144	47,7
Dois ou mais	158	52,3
Adultos		
Um	9	3,0
Dois ou mais	293	97,0
Apoio pós-parto		
Não	16	5,3
Sim	286	94,7
Horas de sono (horas)		
≤ 5	56	18,5
6 – 7	103	34,1
≥ 8	143	47,4
Descanso		
Não	103	34,1
Sim	199	65,9
Fumo		
Não	253	83,8
Sim	49	16,2
Bebida alcoólica		
Não	257	85,1
Sim	45	14,9
Drogas		
Não	296	98,0
Sim	6	2,0

Observou-se que a maioria das residências visitadas possuía dois ou mais moradores menores de 18 anos (52,3%) e dois ou mais adultos (97,0%).

Do total da amostra pesquisada (n=302), 286 mulheres afirmaram ter recebido apoio após o parto (94,7%), e apenas 5,3% disseram não ter recebido nenhum tipo de apoio.

Quando questionadas em relação às horas de sono durante a noite, 18,5% afirmaram que dormiam menos de 5 horas/noite, 34,1% dormiam entre 6 e 7 horas/noite, e quase a metade das mulheres (47,4%) apresentava um bom padrão de descanso noturno, com 8 ou mais horas/noite de sono.

Sobre o descanso diurno, cerca de dois terços das mulheres (65,9%) relataram que descansavam durante o dia, contra 103 (34,1%) que disseram não ter tempo para descansar. Quando questionadas sobre o motivo de não descansar, as respostas mais comuns foram atribuídas às tarefas domésticas, sobretudo, os cuidados com os filhos ou porque já estavam trabalhando fora do lar.

Os comportamentos de fumar e consumir bebida alcoólica foram encontrados em, respectivamente, 16,2% e 14,9% das puérperas. O uso de drogas ilícitas foi referido por seis mulheres (2,0%) e a maconha foi a droga usual. Cocaína, crack ou outro tipo de droga não foram mencionados. A grande maioria das mulheres (98,0%) negou o uso dessas substâncias.

A caracterização das puérperas, conforme as variáveis obstétricas está apresentada nos dados da Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	N	%
Número de gestações		
Uma	142	47,0
Duas	91	30,1
Três ou mais	69	22,9
Média DP	1,86±1,00	
Número de partos		
Um	162	53,7
Dois	87	28,8
Três ou mais	53	17,5
Média DP	1,72±0,93	
Teve de abortos		
Não	252	83,4
Sim	50	16,6
Planejamento da gravidez		
Não	165	54,6
Sim	137	45,4
Aceitação da gravidez		
Não	15	5,0
Sim	287	95,0
Gestação desejada		
Não	30	9,9
Sim	272	90,1
Pré-natal satisfatório		
Não	24	8,0
Sim	278	92,0
Tipo de parto		
Cesárea	201	66,6
Normal	101	33,4
Experiência do parto satisfatória		
Não	31	10,3
Sim	271	89,7

Na Tabela 3, observa-se que das mulheres da amostra, pouco menos da metade (40,7%) referiu uma gestação, a maioria (53,7%) teve um parto. A grande maioria delas apresentou alta proporção de aceitação da gestação (95,0%) e desejo da gestação (90,1%), não obstante pouco mais da metade (54,6%) tenha planejado a gravidez.

As experiências satisfatórias do pré-natal e do parto também mostraram alta proporção, 92,0% e 89,7%, respectivamente. Chama a atenção, a taxa de 66,6% de mulheres que foram submetidas à cesárea na amostra estudada, em detrimento do parto normal (33,4%).

A Tabela 4 apresenta a distribuição das mulheres da amostra, conforme a experiência de violência e problema psicológico/psiquiátrico, antes ou durante a última gestação.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres, conforme a experiência de violência e problema psicológico/psiquiátrico, antes ou durante a última gestação, Lavras, 2011-2012.

Variáveis	N	%
Violência física/emocional antes da última gestação		
Não	277	91,7
Sim	25	8,3
Agressor n=25		
Parceiro ou ex-parceiro	18	72,0
Familiares	3	12,0
Outro	4	16,0
Violência física/emocional na última gestação		
Não	270	89,4
Sim	32	10,6
Agressor n=32		
Parceiro ou ex-parceiro	19	59,4
Familiares	7	21,9
Outro	6	18,7
Problema psicológico/psiquiátrico antes da gestação		
Não	284	94,0
Sim	18	6,0
Problema psicológico/psiquiátrico na última gestação		
Não	275	91,1
Sim	27	8,9

Os dados da Tabela 4 mostram a ocorrência de violência física e/ou emocional, antes ou durante a gestação. Nota-se que, antes da última gestação, 25 mulheres, ou seja, 8,3% sofreram violência, e durante a última gestação esse número elevou-se para 32 (10,6%). Quando ocorrida a violência, a maioria dos agressores foi o parceiro ou o ex-parceiro, 72,0% antes da última gestação e 59,4% na última.

A Tabela 5 traz a distribuição das variáveis, conforme a situação de amamentação e o problema na saúde da criança nas puérperas.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres, conforme a situação de amamentação e o problema na saúde da criança. Lavras, 2011-2012.

Amamentação	N	%
Não	29	9,6
Sim	273	90,4
Amamenta – tipo n=273		
Exclusivo	207	75,8
Misto	66	24,2
Não está amamentando n=29		
Nunca	4	13,8
Alguma vez:	25	86,2
Dias	6	24,0
Semanas	5	20,0
Meses	14	56,0
Motivo do desmame após ter amamentado alguma vez n=25		
Leite secou	9	36,0
Leite não sustentava	6	24,0
Bebê recusou o peito	5	20,0
Tive doença	1	4,0
Outro	4	16,0
Motivo de nunca ter amamentado n=4		
Não teve leite	1	25,0
Bico impróprio	2	50,0
Outro (uso drogas)	1	25,0
Problema na saúde do filho		
Não	268	88,7
Sim	34	11,3

A situação da amamentação apresentada nos dados da Tabela 5 demonstra que 9,6% das mulheres não estavam amamentando, mas três quartos (75,8%) delas encontravam-se com amamentação exclusiva. Das puérperas que não estavam amamentando (n=29) 86,2% amamentaram pelo menos algumas vezes, e dentre as causas do desmame, 36% referiram que o leite secou.

4.2 OCORRÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ASSOCIAÇÕES COM AS VARIÁVEIS MATERNAS

Os dados da ocorrência de sintomas depressivos obtidos por meio da aplicação da EPDS estão apresentados na Tabela 6.

Na Tabela 7, encontram-se os enunciados da EPDS, conforme a pontuação das mulheres.

Os dados relativos à associação entre as variáveis maternas e os sintomas depressivos estão apresentados nas Tabela 8 a 12.

Tabela 6 - Valores da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) no pós-parto, a ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach. Lavras, 2011-2012.

Período	EPDS (pontos)						Alfa de Cronbach
	≤ 12		≥ 13		Mínimo*	Média DP	
	n	%	n	%	Máximo**		
6 a 8 semanas de pós-parto	266	88,1	36	11,9	0 – 24	5,23 ± 5,25	0,85

* Pontuação 0 = 53 mulheres (17,5%) – sem nenhum sintoma.

** Pontuação 24 = uma mulher (0,3%)

Os dados da Tabela 6 indicam que 11,9% das puérperas apresentaram sintomas depressivos, com pontuação máxima de 24 em uma escala de 30. Vale destacar no escore total da EPDS, a pontuação zero obtida por 17,5% das mulheres, indicando nenhum sintoma depressivo. A consistência interna medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach é de 0,85 e sugere que o instrumento mostrou-se satisfatório.

Conforme previsto na Metodologia, às mulheres que obtiveram pontuação ≥ 13 na EPDS (indicativo de depressão puerperal) eram oferecidos os serviços da Clínica de Psicologia da UNILAVRAS para avaliação e conduta.

Tabela 7 - Distribuição dos enunciados da EPDS, conforme a pontuação das mulheres. Lavras, 2011-2012.

Variáveis - Enunciados	Média DP	Pontuação da EPDS			
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	0,35±0,65	220(72,9)	61(20,2)	17(5,6)	4(1,3)
2. Eu tenho pensado no futuro com alegria.	0,31±0,70	241(79,8)	39(12,9)	12(4,0)	10(3,3)
3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão erradas.	0,75±0,96	171(56,6)	54(17,9)	60(19,9)	17(5,6)
4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	1,07±1,07	128(42,4)	60(19,9)	80(26,5)	34(11,2)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	0,35±0,75	241(79,8)	23(7,6)	32(10,6)	6(2,0)
6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	1,10±1,01	108(35,8)	89(29,5)	72(23,8)	33(10,9)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	0,37±0,79	239(79,2)	24(7,9)	29(9,6)	10(3,3)
8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal.	0,39±0,74	223(73,9)	48(15,9)	23(7,6)	8(2,6)
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.	0,46±0,73	199(65,9)	75(24,8)	21(7,0)	7(2,3)
10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.	0,09±0,43	287(95,0)	6(2,0)	6(2,0)	3(1,0)

A maior média das pontuações apresentadas nos dados da Tabela 7 quanto aos enunciados da EPDS foram obtidas nas questões número 4 (1,07) e 6 (1,10) e são alusivas à ansiedade e sobrecarga, respectivamente. A pontuação zero obtida por mais da metade das mulheres foi a que prevaleceu na maioria dos enunciados, com exceção dos números 4 e 6.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis socioeconômicas com a EPDS. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	EPDS			P
	≤ 12 (n=266) n (%)	≥13 (n=36) n (%)	Total n (%)	
Idade (anos)				
< 20	30 (83,3)	6 (16,7)	36	0,43
20 a 29	145(87,4)	21(12,6)	166	
≥ 30	91(91,0)	9(9,0)	100	
Etnia				
Branca	139 (93,3)	10 (6,7)	149	0,032
Parda	83(83,8)	16(16,2)	99	
Preta	36 (83,7)	7(16,3)	43	
Amarela/Indígena	8(72,7)	3(27,3)	11	
Bairro de residência				
Zona urbana central	71(88,8)	9(11,2)	80	0,246
Zona urbana periferia	177(86,8)	27(13,2)	204	
Zona rural	18(100)	0(0)	18	
Escolaridade (anos)				
1 – 7	26(66,7)	13(33,3)	39	<0,001
8 -10	73(91,3)	7(8,8)	80	
≥ 11	167(91,3)	16(8,7)	183	
Situação conjugal				
Com parceiro	238(91,9)	21(8,1)	259	<0,001
Sem parceiro	28(65,1)	15(34,9)	43	
Religião				
Católica	172(91,0)	17(9,0)	189	0,082
Evangélica	65(86,7)	10(13,3)	75	
Espírita	10(76,9)	3(23,1)	13	
Sem religião	19(76,0)	6(24,0)	25	
Trabalho remunerado				
Não	138(88,5)	18((11,5)	156	0,832
Sim	128(87,7)	18(12,3)	146	
Renda familiar (R\$)	n=262	n=34	n=296	
≤ 600,00	12(75,0)	4(25,0)	16	0,121
622,00 a 1.244,00	102(85,7)	17(14,3)	119	
1.300,00 a 2.400,00	92(91,1)	9(8,9)	101	
≥2.500,00	56(93,3)	4(6,7)	60	

Tabela 9 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis obstétricas com a EPDS. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	EPDS			P
	≤12 (n=266) n(%)	≤13 (n=36) n(%)	Total n(%)	
Número de gestações				
Uma	125 (88,0)	17(12,0)	142	0,004
Duas	87(95,6)	4(4,4)	91	
Três ou mais	54(78,3)	15(21,7)	69	
Teve de abortos				
Não	225(89,3)	27(10,7)	252	0,146
Sim	41(82,0)	9(18,0)	50	
Número de partos				
Um	142(87,7)	20(12,3)	162	<0,001
Dois	84(96,6)	3(3,4)	87	
Três ou mais	40(75,5)	13(24,5)	53	
Planejamento da gravidez				
Não	135(81,8)	30(18,2)	165	<0,001
Sim	131(95,6)	6(11,9)	137	
Aceitação da gravidez				
Não	7(46,7)	8(53,3)	15	<0,001
Sim	259(90,2)	28(9,8)	287	
Gestação desejada				
Não	19(63,3)	11(36,7)	30	<0,001
Sim	247(90,8)	25(9,2)	272	
Experiência do Pré-natal				
Satisfatória	249(89,6)	29(10,4)	278	0,007
Insatisfatória	17(70,8)	7(29,2)	24	
Tipo de parto				
Cesárea	179(89,1)	22(10,9)	201	0,461
Normal	87(86,1)	14(13,9)	101	
Experiência do parto				
Satisfatória	243(89,7)	28(10,3)	271	0,012
Insatisfatória	23(74,2)	8(25,8)	31	

Tabela 10 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis comportamentais com a EPDS. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	EPDS			P
	≤12 (n=266) n(%)	≥13 (n=36) n(%)	Total n(%)	
Apoio pós-parto				
Não	11(68,8)	5(31,2)	16	0,143
Sim	155(89,2)	31(10,8)	286	
Horas de sono (horas)				
≤ 5	45(80,4)	11(19,6)	56	0,139
6 – 7	93(90,3)	10(9,7)	103	
≥ 8	128(88,1)	15(10,5)	143	
Descanso				
Não	83(80,6)	20(19,4)	103	0,004
Sim	183(92,0)	16(8,0)	199	
Fumo				
Não	232(91,7)	21(8,3)	253	0,007
Sim	34(69,4)	15(30,6)	49	
Bebida alcoólica				
Não	226(87,9)	31(12,1)	257	0,856
Sim	40(88,9)	5(11,1)	45	
Drogas				
Não	263(88,9)	33(11,1)	296	0,004
Sim	3(50,0)	3(50,0)	6	

Tabela 11 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre a experiência de violência ou problema psicológico/psiquiátrico, antes e durante a última gestação com a EPDS. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	EPDS			P
	≤12 (n=266) n(%)	≥13 (n=36) n(%)	Total n(%)	
Violência física / emocional antes da última gestação				
Não	258(93,1)	19(6,9)	277(100)	<0,001
Sim	8(32,0)	17(68,0)	25(100)	
Violência física / emocional na última gestação				
Não	247(91,5)	23(8,5)	270(100)	<0,001
Sim	19(59,4)	13(40,6)	32(100)	
Problema psicológico / psiquiátrico antes da gestação				
Não	258(90,8)	26(9,2)	284(100)	<0,001
Sim	8(44,4)	10(55,6)	18(100)	
Problema psicológico / psiquiátrico na última gestação				
Não	252(91,6)	23(8,4)	275(100)	<0,001
Sim	14(51,9)	13(48,1)	27(100)	

Tabela 12 - Distribuição das mulheres, conforme a associação entre a amamentação e o problema na saúde da criança com a EPDS. Lavras, 2011-2012.

Variáveis	EPDS			P
	≤12 (n=266)	≥13 (n=36)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Amamentação				
Não	21(72,4)	8(27,6)	29(100)	0,006
Sim	245(89,7)	28(10,3)	273(100)	
Problema de saúde do filho				
Não	243(90,7)	25(9,3)	268(100)	<0,001
Sim	23(67,6)	11(11,9)	34(100)	

Analisando-se os dados das Tabelas 8 a 12, nota-se que houve diferença significativa nas seguintes variáveis: etnia ($p=0,032$), escolaridade ($p<0,001$); situação conjugal ($p<0,001$); número de gestação ($p=0,004$); paridade ($p<0,001$); descanso ($p=0,004$); fumo ($p<0,001$); drogas ($p=0,004$); planejamento da gestação ($p<0,001$); aceitação da gestação ($p<0,001$); gestação desejada ($p<0,001$); experiência pré-natal ($p=0,007$); experiência no parto ($p=0,012$); violência antes da gestação ($p<0,001$); violência na gestação ($p<0,001$); problema psicológico antes da gestação ($p<0,001$); problema psicológico na gestação ($p<0,001$); amamentação ($p=0,006$) e bebê com problema de saúde ($p<0,001$).

4.3 REGRESSÃO LOGÍSTICA

A Tabela 13 apresenta os resultados das análises da regressão logística para ocorrência de sintomas depressivos e as variáveis estudadas. A estatística C, área sob a curva ROC, do modelo final foi de 88%.

Tabela 13 - Análise entre ocorrência de sintomas depressivos e preditores em modelo de regressão logística, Lavras, 2011-2012.

Variáveis	OR	IC 95%
Raça/Cor		
Branca	1	
Amarela/Indígena	3,86	0,26 - 32,73
Parda	3,86	1,18 – 14,02
Preta	6,92	1,54 – 33,82
Fumo		
Não	1	
Sim	3,43	1,03 – 11,02
Violência antes da gestação		
Não	1	
Sim	25,02	7,49 – 94,82
Número de partos		
Um	1	
Dois	0,17	0,03 – 0,76
Três ou mais	0,81	0,23 – 2,66
Situação conjugal		
Sem parceiro	1	
Com parceiro	0,23	0,08 – 0,65
Amamentação		
Não	1	
Sim	0,17	0,05 – 0,62

Ao analisar as informações contidas nesta tabela, pode-se perceber que as mulheres da raça parda têm 3,86 vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos, quando comparadas às brancas. Chama a atenção mulheres da raça negra, que tem essa chance aumentada para 6,92 vezes mais em comparação à raça branca. As mulheres que fumam apresentam 3,43 vezes mais chances de manifestação dos sintomas se comparadas às que não fumam, e ainda as que sofreram violência antes da última gestação, apresentam 25,02 vezes mais de chances de apresentarem sintomas depressivos quando relacionadas às que não sofreram violência.

Como fator de proteção aos sintomas depressivos, destaca-se o fato de terem dois filhos, reduzindo em até 83% os sintomas, ter um parceiro fixo com 77% de proteção e estar amamentando, que oferece uma diminuição de risco de 83%.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal analisar a presença de sintomas depressivos em puérperas do município de Lavras (MG).

A amostra estudada incluiu 302 puérperas que se encontravam entre 42 e 56 dias após o parto. As entrevistadas foram avaliadas por meio da EPDS, com uma nota de corte ≥ 13 pontos, para que fosse avaliada a presença ou não de sintomas depressivos e, posteriormente, foi feita a associação desses sintomas com as variáveis maternas.

Na revisão da literatura sobre a depressão pós-parto realizada por Schmidt, Piccoloto, Müller (2005), a depressão pós-parto, em sua maioria, acontece entre as 4 e 8 semanas, algumas vezes mais tarde, mas, ainda dentro do primeiro ano.

Os resultados do presente estudo mostraram uma ocorrência de sintomas depressivos de 11,9%. A EPDS caracteriza-se por ser um instrumento eficaz e validado internacional e nacionalmente para a detecção de sintomas depressivos no pós-parto (Cox, Holden, Sagovsky, 1987). A nota de corte usada neste estudo tem sido utilizada em estudos nacionais (Lima, 2011; Silva et al., 2012) e internacionais (Matthey et al., 2006).

O coeficiente Alfa de Cronbach para a EPDS neste estudo foi de 0,85. Santos, Martins, Pasquali (1999) em trabalho de validação transversal encontraram coeficiente de 0,80. Figueira et al. (2009) verificaram 0,87, Lima (2011) 0,85, indicando, em todos os casos, alta consistência interna do instrumento.

Estudo semelhante foi realizado em Pelotas (RS), entre os anos de 2006 e 2008, com a EPDS aplicada entre 30 e 60 dias após o parto, a mesma nota de corte e, a prevalência observada foi de 16,5% de sintomas depressivos na amostra de 1.019 puérperas (Silva et al., 2012). Por outro lado, em uma amostra de 132 mulheres no pós-parto, residentes da zona sul

do Município de São Paulo, Lima (2011) obteve uma proporção de 22,6% com pontuação ≥ 13 na EPDS.

A alta prevalência de 40,4% de sintomas depressivos encontrada por Gonçalves, Oliveira, Matos (2006), no município de Lavras contrapõe o achado do presente estudo. Essa maior proporção pode ser explicada pela utilização da nota de corte ≥ 12 adotado no estudo. Skazufka (2000) realizou um estudo com 114 mães entre os terceiro e sexto meses, após o parto na cidade de São Paulo, também utilizando a EPDS com a nota de corte ≥ 12 e encontrou uma prevalência de 36,8%.

O perfil sociodemográfico predominantemente na amostra foi formado por mulheres jovens (média de idade $27,4 \text{ anos} \pm 6,12$), de cor branca, cuja maioria possuía trabalho remunerado e parceiro estável. O nível de escolaridade encontrado foi consideravelmente alto, apresentando 60,6% com 11 anos ou mais de estudo ($10,44 \pm 2,12$). A escolaridade apresentada pela amostra estudada foi um fator facilitador para a aplicação da EPDS que foi autoadministrada.

A renda familiar foi de $R\$1.732,52 \pm R\$1.150,28$. O fato das mulheres terem grau de instrução elevado sugere salários melhores. Mas, a média salarial encontrada na pesquisa foi menor que a renda nacional que foi de $R\$2.763,47$ (IBGE, 2008). O que nos chamou a atenção foi a grande variabilidade da amostra nesta questão, evidenciando que, assim como no restante do País, a renda foi desigualmente distribuída.

Em um estudo de coorte com 1.247 mulheres americanas, realizado por Schmiede e Russo (2005), verificou-se que mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentavam menor risco para depressão; e mulheres provenientes de famílias populosas tinham um risco mais elevado. Levantou-se também a hipótese de que a existência prévia de transtorno mental pode ser o mais importante fator associado ao risco de se apresentarem novos episódios no puerpério. Neste estudo, apenas 18 puérperas (6,0%) relataram que tiveram problemas psicológicos/psiquiátricos antes da última gestação. Essa variável foi estatisticamente significativa,

porém a regressão logística não confirmou este achado, sendo necessárias maiores investigações.

Em relação à história obstétrica, a média de gestação foi $1,86 \pm 1,00$, partos $1,72 \pm 0,93$ e 16,6% das entrevistadas já tiveram, pelo menos, um aborto. Dessas mulheres 54,6% planejaram a gestação, 90,1% desejaram e 95,0% aceitaram. No estudo em questão, não houve significância estatística relacionada com o planejamento da gestação, o que vai de encontro com um estudo apresentado por Schmiede e Russo (2005), que tentou encontrar uma relação entre a gravidez indesejada e o risco para depressão, mas os resultados foram pouco conclusivos.

Mesmo tendo havido uma porcentagem alta de gestações que não foram planejadas, as mães relataram que, após o impacto da notícia, em sua grande maioria, foram desejadas e aceitas, evidenciando que as mulheres assumiram bem seu papel de mãe e as mudanças que um filho traz na vida da mulher. A análise estatística encontrou significância nesses itens, o que vai de encontro com os resultados da pesquisa que mostraram uma porcentagem dentro da média nacional para os sintomas depressivos.

Em uma pesquisa de revisão da literatura que objetivou obter maiores informações sobre a depressão durante a gravidez para promover a detecção e o tratamento precoce para as mulheres, concluiu que o fato das mulheres não planejarem, aceitarem e desejarem a gravidez é um fator de risco para a depressão na gestação e pós-parto (Ryan, Millis, Misri, 2005).

Quando se compara essa ocorrência com a média nacional, 10% a 20%, observa-se que se encontra, de acordo com a maioria das literaturas (Da-Silva et al., 1998; Santos, Martins, Paquali, 1999; Alvarado et al., 2000; Guedes-Silva et al., 2003; Schmidt, Piccoloto, Müller, 2005; Zinga, Phillips, Born, 2005; Carrascón et al., 2006; Moraes et al., 2006; Silva et al., 2010; Silva et al., 2012).

A prevalência relativamente baixa verificada no presente estudo pode estar relacionada ao local do estudo. Lavras (MG) é um município do Sul do Estado de Minas Gerais, de pequeno porte e pacato, a qualidade de vida é

favorecida pela infraestrutura de saúde e educação, pequena distância entre os bairros de periferia e região central, dentre outras. Além disso, o bom nível de instrução e ter parceiro fixo são fatores que contribuem para a melhor adaptação da mulher a seu novo papel social – ser mãe. Para Konradt et al. (2011), o apoio da família, do companheiro e amigos constituem um importante fator de proteção para a depressão pós-parto.

Em concordância com o achado anterior, Faisal-Cury et al. (2004) observaram que as mulheres que apresentavam nível educacional mais baixo, possuíam estratégias de enfrentamento menos desenvolvidas e maior propensão a ocorrência desse transtorno.

Vários estudos nacionais e internacionais realizados sobre depressão pós-parto, demonstram que os fatores de risco sociodemográficos podem ser influenciados pelas diferenças ambientais e culturais de cada país e região. Além disso, sugerem que há distintos fatores de risco para depressão recorrente e depressão com início no pós-parto (Silva et al., 2012).

A prevalência de depressão pós-parto encontrada pela EPDS nos estudos de Da-Silva et al. (1998); Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005); Ruschi et al. (2007), também foi elevada. Vale ressaltar que as diferenças metodológicas, sociais, culturais e econômicas das populações estudadas justificam a ampla variação nas prevalências encontradas (0% a 60%) como concluiu a metanálise que incluiu trabalhos de 40 países, inclusive brasileiros (Halbreich, Karkun, 2006).

Das variáveis estudadas no presente estudo, houve diferença significativa nas seguintes: etnia ($p=0,032$), escolaridade ($p<0,001$); situação conjugal ($p<0,001$); número de gestação ($p=0,004$); paridade ($p<0,001$); descanso ($p=0,004$); fumo ($p<0,001$); drogas ($p=0,004$); planejamento da gestação ($p<0,001$); aceitação da gestação ($p<0,001$); gestação desejada ($p<0,001$); experiência pré-natal ($p=0,007$); experiência no parto ($p=0,012$); violência antes da gestação ($p<0,001$); violência na gestação ($p<0,001$); problema psicológico antes da gestação ($p<0,001$); problema psicológico na

gestação ($p < 0,001$); amamentação ($p = 0,006$) e bebê com problema de saúde ($p < 0,001$).

Estudos analisados destacam como fatores de risco associados à depressão no ciclo gravídico-puerperal, os antecedentes psiquiátricos, sobretudo a história anterior de depressão. Além disso, problemas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas parecem estar relacionados com uma maior frequência de sintomas emocionais, ansiedade e depressão na gravidez e no pós-parto (Luis, Oliveira, 1998; Pinheiro, Laprega, Furtado, 2005; Pereira, Lovisi, 2008).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva et al. (2012) que evidenciou, como fatores de risco para depressão pós-parto, as mulheres com menor nível socioeconômico ($p = 0,002$), que não viviam com um parceiro ($p = 0,026$), que tiveram problemas psicológico/psiquiátricos anteriores ($p < 0,001$), doenças psiquiátricas na família ($p = 0,046$) e aquelas que usaram tabaco durante a gravidez ($p = 0,007$). Além disso, a presença de depressão gestacional aumentou o risco para a depressão pós-parto ($p < 0,001$).

A escolaridade mostrou forte associação com depressão no estudo de Skazufka (2000). O risco de depressão pós-parto diminuiu, conforme aumentaram os anos de estudo das mães. A autora considerando a escolaridade como um forte indicador da condição socioeconômica, confere associação desta condição à depressão.

Como fatores de proteção aos sintomas depressivos, destacamos o fato de ter dois filhos, um parceiro fixo e estar amamentando. As mulheres que possuíam um parceiro, tiveram até 77% menos chances de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas àquelas sem parceiro. Resultados semelhantes também podem ser encontrados em outros estudos (Camacho et al., 2006; Lima, 2011; Silva et al., 2012).

Para Bortoletti, Silva, Tirado (2007, p.100), a amamentação funciona como um forte instrumento na prevenção da depressão pós-parto e psicose puerperal. Mencionam que “O sentimento de ser capaz de realizar a

maternagem em todas as suas facetas confere segurança à mulher, tornando-a menos vulnerável à depressão pós-parto, uma vez que um dos desencadeantes deste quadro é justamente o sentimento de incapacidade de conciliar o sentimento de incapacidade de cuidar do recém-nascido, entre outros”.

Na regressão logística das variáveis significativas, observou-se que as mulheres pardas e negras, as que fumavam e as que sofreram violência antes da última gestação, apresentaram maiores chances de desenvolverem os sintomas depressivos quando comparadas às mulheres da raça branca, não fumantes e que não sofreram violência.

Um estudo corrobora a associação existente entre o uso do tabaco e a ocorrência de sintomas depressivos (Silva et al., 2012). A dependência ao tabaco pode acarretar danos ao desenvolvimento fetal, bem como à saúde materna (Schmidt, Piccoloto, Müller, 2005; Goodwin, Keyes, Simuro, 2007). Mesmo sendo conhecedora desses malefícios, muitas gestantes não conseguem abandonar o vício, talvez pelo fato do cigarro ser um refúgio aos problemas diários e até mesmo aos psiquiátricos. Portanto, os profissionais não devem apenas oferecer instrução sobre os riscos da nicotina, mas também informações sobre o tratamento psicológico quando as mulheres grávidas não são capazes de parar de fumar.

Para Camacho et al. (2006) os principais fatores de risco psicossociais relacionados à depressão maior no puerpério foram: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social.

O estudo de Ryan, Millis, Misri, (2005) traz os principais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos divididos em dois grandes grupos: biológicos x psicossociais. Os fatores biológicos englobam: história de transtorno do humor ou ansiedade, depressão, transtorno disfórico pré-menstrual e doença psiquiátrica na família. Os fatores psicossociais compreendem: abuso sexual na infância, gravidez precoce,

gravidez não planejada, gravidez não desejada ou não aceita, mães solteiras, ter muitos filhos, reduzido suporte social, violência doméstica ou conflitos no lar, baixo nível de escolaridade e abuso de substâncias/tabagismo.

A variável que apresentou forte associação com sintomas depressivos foi a violência física e emocional, ou seja, a exposição à depressão foi 25 vezes maior para as mulheres com experiência de violência física/emocional. Sabe-se que a gestação pode tanto ser um fator impeditivo como desencadeante da violência. Das mulheres entrevistadas, 30 relataram ter sofrido violência antes ou durante a última gestação (9,9%) e apresentaram sintomas depressivos, confirmando que, para esta amostra, a violência foi fator desencadeante. A violência acontecia com mais frequência pelo companheiro.

No estudo realizado por Mattar, Silva, Camano, (2007), em uma maternidade da cidade de São Paulo, buscando a associação entre violência doméstica e a depressão pós-parto, tiveram como resultado que 58,3% das mulheres com sintomas depressivos já haviam sofrido algum tipo de abuso durante a gestação. Relatam ainda que a violência doméstica tem sido relacionada como uma das causas da depressão pós-parto, pois influencia negativamente na vida social, profissional, na saúde física e mental da mulher.

Outro estudo realizado em Recife (PE), envolvendo gestantes no terceiro trimestre, buscou a associação entre a depressão pós-parto e as violências físicas, sexuais e psicológicas desencadeadas pelo parceiro, e encontrou que gestantes que sofrem violência psicológica pelos seus parceiros têm grandes chances de desenvolver depressão pós-parto, independente se tiveram violência física e sexual associadas (Ludermir et al., 2010).

Ao analisar os enunciados da EPDS de acordo com a pontuação das entrevistadas, alguns itens mereceram atenção. Percebeu-se que a questão número 7 que fala sobre a dificuldade de dormir por se sentir muito infeliz, recebeu uma pontuação pequena pela maioria das mulheres. Isso pode ser

explicado pelo bom padrão de sono apresentado por elas, cuja maioria relatou dormir 8 ou mais horas por noite.

Os enunciados 4 (sentir ansiedade e preocupação) e 6 (sentir-se sobrecarregada pelas tarefas do dia a dia) também nos chamaram a atenção, pois obtiveram as maiores médias quando comparados aos outros. Ambas as questões podem ser explicadas pelas mudanças ocorridas na vida da mãe com a chegada do bebê e por todas as obrigações que a maternidade impõe. Mesmo que não seja o primeiro filho, as responsabilidades aumentam, e a mãe terá de desdobrar-se ainda mais para dar atenção aos filhos, marido, tarefas domésticas e profissionais.

Em geral, essas manifestações de comportamento podem ser consideradas pela mulheres como próprias do período puerperal, o que poderia explicar a falta de adesão das mulheres com pontuação ≥ 13 ao encaminhamento à Clínica de Psicologia da UNILAVRAS, conforme mencionado na Metodologia. Surpreendentemente, apenas três mulheres aceitaram a consulta oferecida, e nenhuma necessitou de tratamento para depressão. Aquelas que não aceitaram, alegaram que eram capazes de superar as dificuldades sem ajuda profissional. Situação semelhante foi observada por Carrascón et al. (2006) em Barcelona (Espanha). A desvalorização dos sintomas pode ser interpretada como uma questão social, ou seja, parte do processo de adaptação que, com o passar do tempo e a aquisição das habilidades com o filho, os sentimentos ambivalentes sejam solucionados.

Um estudo qualitativo, com referencial da fenomenologia social, realizado com 12 mulheres entre as 4 e 6 semanas de pós-parto, identificou, as seguintes categorias: Assumindo responsabilidade pelo bebê; Sentindo-se sobrecarregada, limitada e insegura; Percebendo-se vulnerável; Vivenciando sentimento único e mágico e Referindo satisfação em relação ao atendimento pós-parto. Assim, tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher. O período puerperal é marcado por diversos sentimentos que se mesclam no decorrer dos dias. Dentre eles, pode-se destacar a euforia, o

medo, o alívio, a ansiedade, entre outros (Merighi, Gonçalves, Rodrigues, 2006). Outro estudo diz que as puérperas também relatam, por vezes, chegar ao limite de suas capacidades (Gonçalves, Merighi, 2001).

Chama a atenção que das 18 mulheres que relataram procedência da zona rural do município, nenhuma delas atingiu pontuação ≥ 13 pontos na EPDS, ou seja, não apresentaram sintomas depressivos. É possível que o estilo de vida das pessoas residentes no campo envolva eventos ambientais menos estressantes que as que moram na zona urbana.

É importante ressaltar que o número de mulheres procedentes da zona rural esteja subestimado, pois observou-se que os endereços que constavam nas DNV de algumas mulheres da amostra eram de parentes que moravam na zona urbana, o que impossibilitou o contato com elas.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos e considerando os objetivos propostos neste estudo, concluiu-se que:

A ocorrência de sintomas depressivos no pós-parto da amostra analisada de 11,9% é considerada relativamente baixa e encontra-se dentro dos limites da média nacional.

As variáveis maternas que apresentaram significância estatística com os sintomas depressivos foram: etnia ($p=0,032$), escolaridade ($p<0,001$); situação conjugal ($p<0,001$); número de gestação ($p=0,004$); paridade ($p<0,001$); descanso ($p=0,004$); fumo ($p<0,001$); drogas ($p=0,004$); planejamento da gestação ($p<0,001$); aceitação da gestação ($p<0,001$); gestação desejada ($p<0,001$); experiência pré-natal ($p=0,007$); experiência no parto ($p=0,012$); violência antes da gestação ($p<0,001$); violência na gestação ($p<0,001$); problema psicológico antes da gestação ($p<0,001$); problema psicológico na gestação ($p<0,001$); amamentação ($p=0,006$) e bebê com problemas de saúde ($p<0,001$).

As raças parda e preta tinham 3,86 e 6,92 mais chances, respectivamente, de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas às brancas. Assim como as mulheres que fumavam apresentaram 3,43 vezes mais chances de manifestação dos sintomas se comparadas às que não fumavam e, ainda, as mulheres que sofreram violência antes da última gestação apresentavam 25,02 vezes mais chances de mostrarem sintomas depressivos quando relacionadas às que não sofreram violência.

Como fator de proteção aos sintomas depressivos, destacaram-se o fato de terem dois filhos, reduzindo em até 83% os sintomas, ter um parceiro fixo com 77% de proteção e estar amamentando, que ofereceu uma diminuição de risco de 83%.

Faz-se necessária a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, sobretudo, como esta sente-se no pós-parto, bem como se conta com algum apoio familiar ou social que a ajude a transcorrer às mudanças ocorridas com a chegada do bebê.

O reconhecimento do estado depressivo da mãe foi fundamental, porém, às vezes, difícil em razão das queixas próprias que permeiam o puerpério, que podem sugerir somente problemas orgânicos e não psicológicos/psiquiátricos. É necessário que estes sintomas, vividos subjetivamente pela mulher, possam ser detectados precocemente para ajudá-la no processo de recuperação.

Deve-se lembrar que a mulher esforça-se para se adaptar ao novo papel advindo com a maternidade, e que a vulnerabilidade do período torna-a mais aberta a receber ajuda, que deve envolver, tanto os aspectos físicos como os emocionais e relacionais.

Considera-se que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos em trabalhos com gestantes e puérperas, desempenham um papel importante nesse reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico.

A união de forças entre os profissionais de saúde e familiares é um fator decisivo na percepção precoce dos sintomas depressivos. Só assim será possível proporcionar uma melhor superação das dificuldades, do descaso e da subestimação do sofrimento da mulher quer pela equipe de saúde, quer pela família.

Como limitações deste estudo, pôde ser atribuída à amostragem não probabilística, que pôde não ter permitido o conhecimento mais abrangente sobre a ocorrência dos sintomas depressivos nas mulheres do município em questão, e que não permitiu a reprodução idêntica em outros estudos. Também impediram uma extrapolação para outras populações, devendo os resultados ser utilizados com cautela em outras situações que não a da amostra.

No entanto, cabe ressaltar que o uso da EPDS como instrumento de rastreamento de mulheres com sintomas depressivos mostrou-se apropriado, dada a facilidade de aplicação e compreensão pelas mulheres estudadas. Dessa forma, sugere-se sua utilização na prática obstétrica, sobretudo, pelo enfermeiro e o encaminhamento daquelas com sintomas indicativos de depressão puerperal aos serviços especializados para avaliação e conduta.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoglu M, Orhon L, et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(6):369-73.

Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca P. et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2000;38(2):84-93.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Bortoletti FF, Silva MSC, Tirado MCBA. Aspectos psicológicos do aleitamento materno. In Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. (org.) *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 100-4.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E et al. *Rev. Psiqu. Clín.* 2006;33(2):92-102.

Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesion.* 2006;7(4):5-11.

Carvalho GM. *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: EPU; 2002.

Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(4):157-65.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150:782-6.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.

Faisal-Cury A, Tedesco J, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: In relation to life events and patterns of coping. *Archive of Woman Mental Health*. 2004;7(2):123-31.

Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 1:79-84.

Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):738-46.

Gonçalves MR, Oliveira JA, Matos TMG. Avaliação da relação entre depressão pós-parto, desmame precoce e hábitos de sucção não-nutritiva. *Rev Int Odonto-psicol Odontol Pacientes Espec*. 2006;6(2):38-49.

Gonçalves R, Merighi MAB. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. *Rev Paul Enferm*. 2001;20(3):18-27.

Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):875-83.

Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(2):269-74.

Guedes-Silva D, Souza M, Moreira V, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 2003;3(2):439-50.

Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24 Supl 2: 341-52.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91:97-111.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Resultados divulgados no Diário Oficial da União em 04.11.2010. Minas Gerais. 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>
> Acesso em: 24 jun. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007. Relatório final 2008. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 fev. 2012.

Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LA, Souza LDM et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):76-9.

Lara ACL. *Qualidade de vida no puerpério imediato [dissertação]*. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2008.

Lima MOP. *Qualidade de vida relacionada á saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos [tese]* Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Lima MOP, Tsunehiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O mundo da Saúde São Paulo*. 2008;32(4):530-6.

Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. Disponível em: www.thelancet.com. 376, Sept 11; 2010.

Luis MAV, Oliveira ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Rev Esc Enf USP. 1998;32(4):314-24.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: WHO; 1991.

Magalhães MN, Lima ACP. Noções e probabilidade e estatística. São Paulo: IME-USP; 2000.

Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colas OR, Neto JA, Lippi UG. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Rev Brás Ginecol Obstet. 2007;29(9):470-7.

Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – implications for clinical and research practice. Arch Womens Ment Health. 2006;9:309-15.

Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. Rev Bras Enferm 2006;59(6):775-9.

Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(2):122-5.

Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RAS, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):65-70.

Pereira JC. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.

Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Rev Psiq Clín. 2008;35(4):144-53.

Pinheiro SN, Laprega M, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):593-8.

Raines D, Campbell D. Mulher de alto risco no pós-parto. In: Orshan SA. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães, dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 765-803.

Rattón MR. Nascer: a arte do encontro. Belo horizonte: Folium; 2003.

Rosenberg JL. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. (org.) Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 109-17.

Ruschi GEC, Sun SY, Mattar ACF, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev Psiquiatr Rio GD Sul. 2007; 29(3):247-80.

Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 2005; 51:1087-93.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2577-88.

Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. Rev Psiquiatr Clin. 1999;26(2):32-40.

Schmidt EBS, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF. 2005;10(1):61-8.

Schmiege S, Russo, NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. BMJ. 2005;331:130-5.

Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de psicologia. 2003;8(3):403-11.

Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. Acta Paul. Enferm. 2010;23(3):411-6.

Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:143-8.

Skazufka ET. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados em mães que deram à luz em um hospital universitário do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2000.

Venables WN, Ripley BD. *Modern applied statistics with S.* Springer; 2002.

World Health Organization (WHO). International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision version. Chapter v - mental and behavioural disorders. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/Classifications/icd/en/>> Acesso em: 20 ago. 2010.

Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:556-64.

Zucchi, M. Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. *Cad Saúde Pública.* 1999;5(1):89-97.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário Socioeconômico, psicossocial e obstétrico

I - Dados Socioeconômicos:

- 1- Idade (anos completos): _____ anos
- 2- Em qual das raças/cores você se encaixa: Branca() Preta() Amarela()
Parda() Indígena()
- 3- Bairro de procedência: zona urbana central() periferia()
zona rural ()
- 4- Possui atividade remunerada: sim() não()
- 5- Quantos anos de estudos completos você tem (descontado os repetidos):

- 6- Possui religião: sim() não(). Se sim, qual: _____
- 7- Qual a sua renda familiar: _____
- 8- Qual o número de pessoas que moram na casa: menores de 18
anos: _____. Adultos: _____

II- Dados Psicossociais:

- 9- Possui parceiro fixo: sim() não()
 - 10- Quantas horas de sono você dorme por noite: _____
 - 11- Você descansa durante o dia: sim() não().
Se não, por que: _____
 - 12- Você é fumante: sim() não(). Se sim, quantos cigarros/dia: _____
 - 13- Você ingere bebida alcoólica: sim() não(). Se sim, qual tipo de bebida
_____. Quantos copos por semana: _____
 - 14- Você usa drogas: sim() não(). Se sim, qual tipo: _____.
- Figura 1. Ilustração esquemática do acesso à amostra. Lavras 2011-2012.
- Qual a frequência do uso: _____
- 15- Sofreu violência física e/ou emocional antes da última gestação:
sim() não(). Se sim, por parte de quem: _____

16- Sofreu violência física e/ou emocional na última gestação:

sim() não(). Se sim, por parte de quem: _____

17- Teve problemas psicológicos e/ou psiquiátricos antes da última gestação: sim() não(). Se sim, necessitou de tratamento: sim() não()

18- Teve problemas psicológicos e/ou psiquiátricos na última gestação: sim() não(). Se sim, necessitou de tratamento: sim() não()

19- Sua última gestação foi planejada: sim() não()

20- Sua última gestação foi desejada: sim() não()

21- Você aceitou bem sua última gestação: sim() não()

22- Recebeu apoio após o parto: sim() não()

Se sim, de quem: _____

III - Dados obstétricos:

23- Quantas gestações você já teve: 1() 2() 3() 4 ou mais()

24- Quantos partos você já teve: 1() 2() 3() 4 ou mais()

25- Teve algum aborto: sim() não()

26- Como você teve seu (sua) último (a) filho (a): cesárea() parto normal()

27- Considera satisfatório seu último pré-natal: sim() não().

Por que: _____

28- Considera satisfatória a última experiência de parto: sim() não().

Por que: _____

29- Você amamenta seu (sua) último (a) filho (a): sim() não(). Se sim, aleitamento materno exclusivo() aleitamento materno misto()

30- Caso não esteja amamentando, amamentou por quanto tempo: _____. Nunca amamentou().

31- Motivo do desmame ou da ausência da amamentação: _____

32- O RN teve algum problema de saúde até o momento: sim() não()

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Tel.: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615

São Paulo - SP - Brasil

E-mail: enpee@usp.br

São Paulo, 30 de maio de 2011

Ilma. Sra. Vanessa Abrahão
Coordenadora da Vigilância Epidemiológica
Município de Lavras, MG

Prezada Senhora,

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para obter dados da Declaração de Nascidos Vivos do município, a partir de agosto de 2011. Os dados coletados serão utilizados como critério de inclusão ou exclusão no estudo sobre sintomas depressivos no pós-parto a ser realizado por Elisiany Mello Costa, aluna do Programa de Pós-Graduação desta Escola e destinada à dissertação de mestrado com a orientação da Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres no período pós-parto. Para tanto, contamos com a sua valiosa colaboração no recrutamento das mulheres elegíveis para o estudo. O contato com a puérpera para verificar a sua disponibilidade em participar da pesquisa será feito pela pesquisadora. Ressaltamos que não haverá ônus nem para a instituição, nem para a puérpera, e que serão preservados o sigilo e a confidencialidade individual dos dados coletados.

Outrossim, esclarecemos que o projeto de pesquisa será submetido à apreciação dos Comitês de Ética da Escola de Enfermagem da USP e do Centro Universitário de Lavras, no qual a aluna está vinculada como docente do Curso de Enfermagem.

Agradecendo a atenção e colaboração, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Elisiany Mello Costa

Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro
Orientadora

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa que a enfermeira Elisiany Mello Costa, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP, está fazendo sobre sintomas depressivos no pós-parto.

Esta pesquisa está sendo realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro, da Escola de Enfermagem da USP.

Eu autorizo a pesquisadora a utilizar as informações que eu disser na entrevista para a realização da pesquisa e depois publicar em revistas científicas ou apresentá-las em congressos e encontros de profissionais da saúde.

Fui informada e esclarecida que será mantido segredo sobre a identificação do meu nome na pesquisa e de qualquer dado que de alguma forma possa me identificar. Também fui esclarecida que minha participação será voluntária.

Estou ciente de que serão feitas algumas perguntas sobre diferentes aspectos da minha vida como idade, escolaridade, moradia, entre outras e um formulário com perguntas sobre vários itens de minha saúde. Será realizado um encontro entre mim e a pesquisadora, em dias e horários agendados com antecedência e de minha preferência. Serão aplicados dois questionários, com um tempo previsto de entrevista de 20 minutos.

Tenho garantido que posso desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer prejuízo ou dano pela minha decisão, bem como esclarecer qualquer dúvida que tenha no decorrer do trabalho.

Qualquer esclarecimento que eu quiser poderei obter pelos telefones: (0xx35) 9804-7737 Elisiany Mello Costa (2ª, 3ª e 5ª feiras de 13 às 17 horas) (0xx11) 3066-7602 Maria Alice Tsunechiro (2ª e 3ª feiras de 13 às 17 horas) E pelo e-mail: edipesq@usp.br - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.

Este documento possui duas vias, uma via permanecerá em meu poder e outra arquivada com a pesquisadora deste estudo, Elisiany Mello Costa.

Lavras, ____ de _____ de 20__.

Nome e Assinatura da entrevistada

Nome e Assinatura do responsável legal se menor de idade

Nome e Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

ANEXO I

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) validada no Brasil

Por favor, diga-me a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias, não somente como você se sente hoje:

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

- ☐ Como eu sempre fiz
- ☐ Não tanto quanto antes
- ☐ Sem dúvida, menos que antes
- ☐ De jeito nenhum

2- Eu tenho pensado no futuro com alegria:

- ☐ Sim, como de costume
- ☐ Um pouco menos do que de costume
- ☐ Muito menos do que de costume
- ☐ Praticamente não

3- Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado:

- ☐ Não, de jeito nenhum
- ☐ Raramente
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Sim, muito frequentemente

4- Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- ☐ Sim, muito seguido
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não, de jeito nenhum

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

- ☐ Sim, muito seguido
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, de jeito nenhum

6- Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- ☐ Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- ☐ Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- ☐ Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- ☐ Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, nenhuma vez

8- Eu tenho me sentido triste ou muito mal:

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, de jeito nenhum

9- Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:

- ☐ Sim, a maior parte do tempo
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Só de vez em quando
- ☐ Não, nunca

10- Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma:

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

ANEXO II

Parecer de aprovação do CEP/EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 16 de junho de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Elisiany Mello Costa

Ref.: Processo nº 1059/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0066.0.196.189-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Sintomas depressivos em mulheres no pós-parto residentes em um município do sul de Minas Gerais”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO III

Certificado de Apreciação e Aprovação Ética do UNILAVRAS

Andamento do Projeto

Página 1 de 1

Andamento do projeto - CAAE - 0066.0.196.189-11
Título do Projeto de Pesquisa SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS-PARTO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	31/05/2011 14:35:11	04/07/2011 09:02:51		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	31/05/2011 14:35:11	Folha de Rosto	0066.0.196.189-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	27/05/2011 16:20:11	Folha de Rosto	FR432728	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	04/07/2011 09:02:51	Folha de Rosto	1059/2011	CEP

Voltar