

# Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação

## *Postpartum depression and perceived social support during pregnancy*

Caroline Elizabeth Konrad<sup>1</sup>, Ricardo Azevedo da Silva<sup>2</sup>, Karen Jansen<sup>3</sup>, Daniela Martins Vianna<sup>4</sup>, Luciana de Avila Quevedo<sup>3</sup>, Luciano Dias de Mattos Souza<sup>2</sup>, Jean Pierre Oses<sup>2</sup>, Ricardo Tavares Pinheiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS. <sup>2</sup>Doutor. Professor, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, UCPel. <sup>3</sup>Mestre. Bolsista, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP), nível doutorado. <sup>4</sup>Psicóloga clínica.

### Resumo

**Objetivo:** Verificar o impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão no período de 30 a 60 dias pós-parto.

**Método:** Este estudo de coorte teve como população-alvo gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas (RS). Para avaliar depressão pós-parto, foi utilizada a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Foram consideradas deprimidas as parturientes que atingiram  $\geq 13$  pontos na escala.

**Resultados:** Das 1.019 mulheres avaliadas, 168 (16,5%) apresentaram depressão pós-parto. Aquelas que não receberam suporte do companheiro ( $p = 0,000$ ), de familiares ( $p = 0,000$ ) e de amigos ( $p = 0,000$ ) demonstraram maior risco de ter depressão pós-parto.

**Conclusão:** Nossos achados sugerem que a percepção de suporte social durante a gravidez pode ser um fator protetor para a depressão pós-parto.

**Descritores:** Apoio social, depressão pós-parto, gestantes.

### Abstract

**Objective:** To assess the impact of low perceived social support during pregnancy as a risk factor for depression within 30 to 60 days postpartum. **Method:** This cohort study included pregnant women treated at public hospitals (Brazilian Unified Health System) in the city of Pelotas, state of Rio Grande do Sul, southern Brazil. Postpartum depression was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Women with scores  $\geq 13$  points were considered to be depressed.

**Results:** Of the total of 1,019 women assessed, 168 (16.5%) presented postpartum depression. Women who did not receive support from their partners ( $p = 0.000$ ), their families ( $p = 0.000$ ), and friends ( $p = 0.000$ ) were at higher risk for developing postpartum depression.

**Conclusion:** Our findings suggest that perceived social support during pregnancy may be a protective factor against postpartum depression.

**Keywords:** Social support, postpartum depression, pregnancy.

### Introdução

A depressão materna pode ocorrer no período de até 12 meses após o parto (período pós-parto), possui as mesmas características da depressão na população em geral, como humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, sentimentos de baixa autoestima e diminuição da concentração<sup>1</sup>. Além disso, frequentemente esse período é marcado por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina<sup>2</sup>.

Os episódios de depressão pós-parto (DPP) apresentam sintomas de irritabilidade leve ou severa, tristeza, ansiedade, oscila-

ção de humor e fadiga. A DPP pode durar meses, apresentando sintomas intensos que acabam impossibilitando as tarefas diárias atribuídas à mãe nesse período. A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10 a 15% das mulheres<sup>3-5</sup>. Entretanto, no Brasil, algumas das prevalências encontradas foram 13,4% em Brasília<sup>6</sup>, 37,1% em São Paulo<sup>7</sup> e 19,1% em Pelotas<sup>8</sup>.

São considerados fatores de risco para a DPP vivenciar eventos estressantes, relação marital precária, pouco suporte social, história de depressão ou ansiedade durante a gravidez e história familiar prévia de depressão<sup>6,9</sup>.

O suporte social, de acordo com Antunes & Fontaine<sup>10</sup>, refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela famí-

### Correspondência:

Caroline Elizabeth Konrad, Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Rua Almirante Barroso, 1202/109G, CEP 96010-280, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: carol.konrad@gmail.com

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido 02/09/2010. Aceito em 24/10/2010.

lia e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. Assim, é muito importante que haja engajamento da família e dos amigos para propiciar a percepção de suporte social, que se torna um possível fator protetor para DPP. Essa assistência afetiva, combinada com procedimentos terapêuticos, tanto médicos como psicológicos, colaboram para a melhora nesse período em que as pacientes se encontram.

Sendo assim, este estudo teve por objetivo verificar o impacto da percepção do suporte social durante a gestação como fator de proteção para a depressão no período de 30 a 60 dias pós-parto.

## Método

Este estudo de coorte teve como população-alvo as gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas (RS). As gestantes foram captadas através do Sistema de Pré-Natal (SisPreNatal). Foram excluídas do estudo aquelas que não residiam na zona urbana de Pelotas e aquelas que manifestaram incapacidade de compreender ou responder o questionário.

Após essa etapa inicial de seleção, outra equipe de entrevistadores entrou em contato com as participantes durante o segundo ou terceiro trimestre gestacional, com a finalidade de explicar a investigação, obter o consentimento livre e esclarecido e aplicar os instrumentos de avaliação nas residências das gestantes.

Logo após a coleta de dados do período gestacional, era feita uma previsão da data de nascimento do bebê para programar a visita pós-parto. O nascimento do bebê era confirmado com a mãe por contato telefônico, e, nesse momento, era agendada a visita pós-natal, no período de 30 a 60 dias após o parto. Nessa nova avaliação, eram obtidas informações a respeito do parto e da criança.

Foi utilizado um questionário com as seguintes variáveis: idade materna, estado civil, classificação socioeconômica, percepção subjetiva da gestante quando ao suporte do companheiro, de familiares e amigos, bem como ocorrência de episódios depressivos.

A classificação da situação socioeconômica foi medida através do instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>11</sup>. Essa classificação discrimina os indivíduos com base em determinados “índices de conforto”, como televisão, geladeira, rádio, automóvel e empregado doméstico, além da escolaridade do chefe da família.

A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), traduzida e adaptada ao português, foi utilizada para avaliar episódio depressivo no período de 30 a 60 dias após o nascimento do bebê. A validade psicométrica da EPDS é ponderada com diferentes pontos de corte. Neste estudo, as mulheres foram consideradas deprimidas quando apresentaram escores  $\geq 13$ , pontuação que apresentou 63,6% de sensibilidade, 98,9% de

especificidade, 94,0% de valor preditivo positivo e 88,0% de valor preditivo negativo na validação brasileira<sup>12</sup>.

Os dados foram codificados, e, posteriormente, utilizou-se o programa Epi-Info versão 6.04d (Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA), para dupla digitação dos dados e para a checagem automática de amplitude e consistência. As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata versão 9 (StataCorp LP, College Station, EUA). Após a obtenção de frequência simples de todas as variáveis, procedeu-se à análise bruta pelo teste do qui-quadrado, ajustada pela regressão de Poisson. Na análise ajustada, a fim de evitar a colinearidade entre as variáveis de exposição (percepção de apoio), as mesmas foram associadas individualmente ao desfecho (DPP), tendo como possíveis fatores de confusão as variáveis sociodemográficas com  $p < 0,2$  na análise bruta. Após o ajuste, foram considerados estatisticamente significativos valores de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas (FAU), Pelotas (RS). As gestantes consideradas deprimidas foram encaminhadas para tratamento no ambulatório psiquiátrico do campus de saúde da UCPel.

## Resultados

A amostra foi composta por 1.019 mulheres acompanhadas no período pré e pós-parto. A média de idade foi de  $25,2 \pm 6,4$  anos; 58,0% pertenciam à classificação socioeconômica C, e 28,2% não viviam com companheiro. Conforme a percepção das gestantes entrevistadas, 79 (7,8%) não receberam suporte do companheiro, 32 (3,2%) não receberam suporte dos familiares, e 46 (4,6%) não receberam suporte de amigos.

Neste estudo, 168 (16,5%) mulheres apresentaram DPP. A prevalência de depressão foi maior entre mulheres das classes socioeconômicas D + E ( $p < 0,001$ ), entre aquelas que não viviam com os companheiros ( $p < 0,05$ ) e nas que não perceberam o suporte do companheiro ( $p < 0,001$ ), de familiares ( $p < 0,001$ ) e de amigos ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

Após o ajuste para as variáveis sociodemográficas, a percepção de suporte durante a gestação manteve-se significativamente associada à DPP. As mulheres que não se perceberam apoiadas durante a gestação, seja pelo companheiro, por familiares e/ou por amigos, apresentaram pelo menos duas vezes maior risco de desenvolver DPP (Tabela 2).

## Discussão

A hipótese levantada neste estudo foi confirmada, ou seja, houve relação entre a percepção de falta de suporte social durante a gravidez e a ocorrência de depressão no

**Tabela 1** – Relação entre suporte social durante a gravidez e prevalência de depressão no período pós-parto

Variáveis	Distribuição da amostra n (%)	Depressão pós-parto n (%)	Análise bruta	
			RR (IC95%)	p*
Idade <sup>†</sup>				
13 a 19 anos	215 (21,1)	42 (19,5)	1,07 (0,74-1,57)	
20 a 24 anos	286 (28,1)	46 (16,1)	0,88 (0,61-1,28)	
25 a 29 anos	265 (26,0)	34 (12,8)	0,70 (0,47-1,06)	
30 a 45 anos	253 (24,8)	46 (18,2)	1,00	0,549
Classificação socioeconômica <sup>†</sup>				
A + B	121 (11,9)	16 (13,2)	1,00	
C 591 (58,0)	81 (13,7)	1,04 (0,63-1,71)		
D + E	307 (30,1)	71 (23,1)	1,75 (1,06-2,88)	0,001
Vive com companheiro <sup>‡</sup>				
Não	286 (28,2)	61 (21,3)	1,47 (1,10-1,95)	
Sim	729 (71,8)	106 (14,5)	1,00	0,011
Depressão na gestação				
Não	810 (79,5)	70 (8,6)	1,00	
Sim	209 (20,5)	98 (46,9)	5,42 (4,16-7,08)	0,000
Suporte do companheiro <sup>‡</sup>				
Não	79 (7,8)	29 (36,7)	2,48 (1,79-3,45)	
Sim	934 (92,2)	138 (14,8)	1,00	0,000
Suporte dos familiares <sup>‡</sup>				
Não	32 (3,2)	13 (40,6)	2,60 (1,67-4,05)	
Sim	980 (96,8)	153 (15,6)	1,00	0,000
Suporte de amigos <sup>‡</sup>				
Não	46 (4,6)	17 (37,0)	2,38 (1,59-3,57)	
Sim	961 (95,4)	149 (15,5)	1,00	0,000
Total	1019 (100)	168 (16,5)	-	-

RR = risco relativo; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

\* p considerado significativo quando > 0,05.

† p com teste de tendência linear.

‡ Variáveis com perda de dados.

**Tabela 2** – Regressão de Poisson ajustada para variáveis socio-demográficas, a fim de verificar a relação entre percepção de suporte social durante a gravidez e depressão pós-parto

Variáveis	Análise bruta	
	RR (IC95%)	p
Suporte do companheiro		
Não	2.12 (1.41-3.19)	
Sim	1.00	0.000
Suporte dos familiares		
Não	2.21 (1.41-3.46)	
Sim	1.00	0.002
Suporte de amigos		
Não	2.02 (1.34-3.06)	
Sim	1.00	0.001

RR = risco relativo; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

período pós-parto. Nesse sentido, para Dressen & Braz<sup>13</sup>, o suporte social atua como um fator de proteção contra a DPP, especialmente quando é fornecido pelo companheiro da mãe. Outro estudo apurou que, quanto maior a percepção de apoio social entre mulheres no pós-parto, menor o risco de sintomas depressivos<sup>14</sup>.

Fatores que se referem à vulnerabilidade social também podem ser desencadeantes de DPP. Desse modo, menor classificação socioeconômica e não viver com o companheiro também demonstraram relação significativa com a ocorrência de DPP. Estudos indicam que, independentemente do grau de desenvolvimento do país, a baixa condição socioeconômica das pessoas é um fator de risco para a DPP<sup>15,16</sup>.

Schwengber & Piccinini sugerem ainda uma relação entre idade e DPP: no estudo daqueles autores, mães mais jovens apresentaram sintomas depressivos com maior frequência<sup>16</sup>; o mesmo não foi confirmado no presente estudo.

O suporte social pode ser entendido como o apoio emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, incluindo tudo o que gera no indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro<sup>10</sup>. Sendo assim, a percepção de suporte social, enquanto medida subjetiva dessa sensação, pode estar afetada pela presença de sintomas depressivos durante a gravidez.

Além disso, o suporte social pode ser entendido como um conjunto de fatores socioambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem mais adequadamente com estressores ambientais<sup>17</sup>. Quando essa habilidade falha ou não é suficiente, a adaptação da mulher ao seu novo papel social torna-se mais difícil, o que possivelmente explicaria sua associação com a presença de sintomas depressivos.

O suporte social tem sido estudado como um fator importante na manifestação depressiva, sendo que mães separadas ou sem companheiros e provenientes de famílias não nucleares apresentaram maior frequência de sintomas depressivos em estudos prévios<sup>18</sup>. Além disso, em uma amostra de gestantes, a insatisfação com o apoio do pai do bebê foi associada com sintomas depressivos mais elevados no pós-parto<sup>19</sup>.

A prevalência de DPP observada neste estudo foi de 16,5%, taxa similar aos resultados divulgados em uma metanálise<sup>20</sup>. Contudo, nosso resultado foi mais baixo do que a taxa encontrada na mesma cidade (Pelotas, RS) em 2006 (19,1%)<sup>8</sup>. Cabe ressaltar que o presente estudo foi realizado com gestantes acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde, enquanto o estudo anterior foi realizado com uma amostra populacional, o que talvez explique a diferença. Deve-se salientar que a maioria dessas mulheres não é diagnosticada ou tratada adequadamente<sup>13</sup>.

O pós-parto é um período que exige mais atenção clínica, devido à sua grande vulnerabilidade biológica<sup>21</sup>. Os achados deste estudo sugerem que, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção biopsicossocial às mulheres nesse período. E, nesse cenário, o papel da família, do companheiro e/ou dos amigos adquire grande importância.

## Conclusão

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. O desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção dessa patologia é importante em termos de saúde pública, a fim de reduzir a incidência de DPP.

Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral.

Conclui-se, assim, que uma intervenção precoce com a gestante e seu grupo social, com o objetivo de fortalecer o suporte social à gestante, pode ter como consequência uma menor prevalência de DPP entre as mulheres atendidas por esses serviços.

## Referências

1. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(2):92-102.
2. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambo A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007;29(3):274-80.
3. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-85.
4. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *Br J Psychiatry.* 2002;181:499-504.
5. Hanna B, Jarman H, Savage S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *Int J Nurs Pract.* 2004;10(2):72-9.
6. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289-95.
7. 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.
8. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Souza PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):65-70.
9. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2002;347(3):194-9.
10. Antunes C, Fontaine AM. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paideia.* 2005;15(32):355-66.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2003. <http://www.marketanalysis.com.br/arquivos-download/biblioteca/cceb-1.pdf>. Acessado mai 2008.
12. 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 Saude Publica.* 2007;23(11):2577-88.
13. Dressen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor Pesq.* 2000;16(3):221-231.
14. Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(5):573-9.
15. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(7):805-15.
16. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol.* 2003;8(3):403-11.
17. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:1-5.
18. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007;29(1):28-34.
19. Sheng X, Le HN, Perry D. Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *J Transcult Nurs.* 2010;21(1):35-44.
20. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961-9.
21. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile.* 2010;138(5):536-42.