

Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família

Post-partum depression screening among women attended by the Family Health Program

Eliane Bezerra da Silva Cruz¹, Gláucia Lucena Simões², Alexandre Faisal-Cury³

RESUMO

Objetivos: estimar a prevalência de depressão puerperal (DP) sua associação com transtorno mental comum (TMC) nas mulheres atendidas por duas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de São Paulo e identificar os fatores de risco associados à DP. **Métodos:** estudo de corte transversal com 70 puérperas atendidas nas Unidades do PSF, Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá, entre outubro de 2003 e fevereiro de 2004. Como instrumentos utilizaram-se: questionário com informações sociodemográficas econômicas e dados obstétricos e perinatais; *Self-Report Questionnaire 20* (SRQ-20), para rastreamento de TMC e a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS), para avaliação de DP. Para testar as associações entre variáveis explicativas (fatores de risco) e a presença de DP foram utilizados os testes *t* de Student, χ^2 e χ^2 de tendência linear, quando indicados. Para avaliar a concordância entre a EPDS e o SRQ foi utilizado o coeficiente de concordância kappa (κ). **Resultados:** a prevalência de TMC e de DP foi de 37,1%. As escalas apresentaram boa concordância ($\kappa = 0,75$). As variáveis explicativas idade materna, cor, escolaridade, ocupação e estado civil, além de idade, ocupação e instrução do companheiro, renda familiar, número de gestações, paridade, abortamentos, filhos vivos, partos prematuros, idade gestacional, tipo do parto, planejamento da gestação, Apgar de 1º e 5º minuto, sexo e peso do recém-nascido e aleitamento materno não apresentaram significância estatística. Quanto maior a percepção de suporte social do marido, menor a prevalência de DP ($p=0,03$). **Conclusão:** devido à alta prevalência e impacto negativo sobre a mãe e seu filho, é valioso sensibilizar o profissional de saúde para a importância da DP.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto; Prevalência; Transtornos mentais; Programa saúde da família

ABSTRACT

Purpose: to estimate the prevalence of Family Health Program postpartum depression (PPD) and its association with minor mental disorders (MMD) among women attended in two (FHP) PSF units, in the city of São Paulo, and to identify risk factors associated with PPD. **Methods:** a cross-sectional study with 70 postpartum women from two FHP units (Fazenda da Juta II and Jardim Sinhá), from October 2003 to February 2004. The following instruments were used: questionnaire with socio-demographical-economic data and obstetric and perinatal data; Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), for screening of MMD, and Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS), for evaluation of PPD. To verify association between explanatory variables and PPD, Student's *t* test, χ^2 or linear trend χ^2 were utilized when indicated. To evaluate concordance between scales (EPDS and SRQ-20) kappa (κ) coefficient correlation was used. **Results:** the prevalence of PPD and MMD was 37.1%. Scales presented a good concordance ($\kappa=0.75$). The explanatory variables age, ethnicity, years of education, profession, and marital status, besides partner's profession and years of education, familiar income, number of pregnancies, parity, miscarriage, number of alive children, premature deliveries, gestational age, type of delivery, planning of actual pregnancy, score of Apgar (first and five minutes), newborn sex and weight, and breastfeeding did not show significant statistical association. A greater perception of social support from the partner was associated with lower prevalence of PPD ($p=0.03$). **Conclusion:** because of its high prevalence and negative impact upon mother and child, it is worthwhile to sensitize health care professionals about the importance of PPD

KEYWORDS: Depression, post-partum; Prevalence; Mental disorders; Family health program

¹ Enfermeira Pós-Graduada do curso de Especialização em Saúde da Família da FM/EE/FSP da Universidade de São Paulo, Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Enfermeira consultora técnica da SMS-SP/UNESCO.

² Enfermeira Pós-Graduada do curso de Especialização em Saúde da Família da FM/EE/FSP da Universidade de São Paulo e enfermeira da Unidade Básica de Saúde Fazenda da Juta I.

³ Bolsista de Pós-Doutorado no Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Correspondência: Alexandre Faisal-Cury

Rua Dr Mário Ferraz 135/32 – Jardim Europa – 01453-010 – São Paulo – SP – Tel: 3683-8196 – e-mail: faisal@ip2.com.br – www.sobogip.org.br

Recebido em: 27/9/2004

Aceito com modificações em: 10/3/2005

Introdução

A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, é importante problema para a saúde pública.

Estudos epidemiológicos, nos Estados Unidos, estimam a prevalência de depressão, para o tempo de vida, em 17,1% da população geral¹, sendo que o problema atinge principalmente as mulheres. Estima-se que o risco de desenvolver depressão, ao longo da vida, seja de 10% para os homens e de 20% para as mulheres². No Brasil este fato também é confirmado por estudo realizado por Almeida Filho et al.³ que demonstram que a depressão ocorre mais em mulheres, variando de 3,8 a 14,5%³.

Dentre os transtornos depressivos sofridos por mulheres está a depressão puerperal (DP), que pode acometer cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas⁴ e até 26% das adolescentes⁵. Faisal-Cury et al.⁶, em estudo transversal brasileiro, com mulheres no 10º dia de puerpério, encontraram prevalência de 16% de sintomas depressivos.

De acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association* (DSM-IV - APA)⁷, geralmente a sintomatologia da DP não difere da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério. O início nas quatro primeiras semanas do pós-parto é apenas especificador, que pode ser aplicado aos vários transtornos do humor. Por sua vez, o episódio depressivo maior é definido pela vigência de determinados sintomas pelo período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e idéias de morte ou suicídio.

Mesmo com os critérios classificatórios, o diagnóstico da DP nem sempre é fácil e inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes ele é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao "cansaço e desgaste" naturais do puerpério, cau-

sados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê⁸.

Sabe-se, também, que algumas mulheres não preenchem os critérios diagnósticos de DP, mas apresentam sintomas proeminentes de incapacitação funcional, que podem ser classificados como transtornos mentais comuns (TMC). Os TMC provocam ruptura no funcionamento normal do indivíduo. Estudo transversal, realizado no Brasil por Lima et al.⁹, avaliou 1277 sujeitos maiores de 15 anos, encontrando prevalência de TMC de 17,9% entre os homens e 26,5 entre as mulheres.

O objetivo deste estudo é identificar a prevalência e os fatores de risco para DP e sua associação com TMC, nas puérperas atendidas em duas unidades do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo.

Métodos

Estudo de corte transversal com 70 puérperas das Unidades de Saúde da Família Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá, da Secretaria Municipal de Saúde. Foram escolhidas duas Unidades Básicas de Saúde onde se desenvolve o Programa de Saúde da Família pela parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Fundação Zerbini, localizadas na região sudeste de São Paulo, denominadas Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá, que se compõem por quatro equipes de saúde da família completas que atendem cerca de 4.500 famílias cadastradas.

Foram eleitas todas as puérperas atendidas pelas Unidades, entre 12 e 16 semanas de puerpério, no período de outubro de 2003 a fevereiro de 2004. Foi adotado como critério de exclusão as puérperas cujos recém-nascidos (RN) tiveram má-formação congênita ou vieram a falecer. Foi adotada a seguinte definição: união consensual: pai e mãe habitavam o mesmo lar no momento do parto, independente do estado civil ou religioso. Foram consideradas as seguintes classificações de aleitamento materno: exclusivo – quando o lactente recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos; predominante – quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; complementar – quando o lactente recebe, além do leite materno, alimentos sólidos e semi-sólidos, e artificial – quando o lactente não recebe leite materno.

Considerou-se como presença de suporte so-

cial quando a puérpera alegava receber auxílio e apoio emocional em seus afazeres domésticos e nos cuidados consigo e com o bebê. Questão direta sobre planejamento da gestação foi formulada à gestante, que podia optar por sim (planejada) ou não (não planejada). Classificou-se a gestação como indesejada quando a puérpera referia ter tentado interrupção voluntária da gravidez por meio de práticas medicamentosas abortivas, sem sucesso.

Foi elaborado questionário para obter informações sociodemográficas e socioeconômicas das puérperas e companheiros, antecedentes obstétricos e do parto e dados do recém-nascido. As características sociodemográficas e socioeconômicas avaliadas foram: idade, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, idade/ocupação/instrução do companheiro e renda familiar. Quanto aos antecedentes obstétricos, foram investigados número de gestações, paridade, abortamentos, filhos vivos e partos prematuros. Os dados obstétricos e do RN avaliados foram: a idade gestacional, o tipo do parto, Apgar de 1° e 5° minuto, sexo e peso do RN, aleitamento materno, suporte social e planejamento da gravidez.

O questionário incluiu questão aberta sobre a percepção do suporte emocional. Foi perguntado à puérpera: "Você considera que recebe apoio emocional neste período de alguma pessoa?". Caso a resposta fosse positiva, era indagado quem a apoiava.

O *Self-Report Questionnaire 20* (SRQ-20) foi utilizado para avaliar TMC. O SRQ-20 é instrumento de rastreamento para TMC, como depressão e ansiedade, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para estudar transtornos psiquiátricos em países em desenvolvimento. Consiste de 20 perguntas com respostas "sim" e "não", podendo ter escore que varia de 1 a 20. Já foi traduzido para 8 idiomas e sua versão em português foi validada no Brasil em 1986 por Mari et al.¹⁰. Foram considerados prováveis casos de TMC mulheres com escores 8 ou mais. Na validação de Mari et al.¹⁰ esse ponto de corte apresenta sensibilidade e especificidade de 77 e 81% para mulheres, respectivamente.

Utilizou-se também a escala EPDS (*Edinburgh Post-Natal Depression Scale*) para rastreamento de DP. A EPDS é um instrumento de auto-registro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e culpa) encontrados entre os sintomas mais freqüentes de depressão. Foi validado no Brasil por Santos et al.¹¹, que demonstraram com escore 11/12, sensibilidade de

72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78%.

O processo de seleção das puérperas foi feito pelos autores, com colaboração dos agentes comunitários de saúde das unidades estudadas, que forneciam as listas com os dados das puérperas e os acompanhavam nas visitas domiciliares para entrevistas.

As entrevistas eram realizadas no domicílio, onde primeiramente eram explicados os objetivos da pesquisa e assinados os termos de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, era preenchido o questionário e aplicados a escalas EPDS e o SRQ-20.

Após a construção do banco de dados a partir das fichas preenchidas com informações sobre as puérperas e seus RN, com uso do programa Epi-Data 2.1, foi realizada a checagem de consistência dos dados. A seguir foram descritas as variáveis categóricas com uso de freqüências e as variáveis quantitativas com uso de medidas de tendência central (média e/ou mediana) e de dispersão (desvio-padrão).

Foi estimada a prevalência de DP, com seu respectivo intervalo de confiança (IC 95%). A associação entre as variáveis explanatórias (características das puérperas e dos RN) e a variável desfecho (presença de DP) foi estimada com uso da razão de prevalência (RP) e seu respectivo IC. Para testar as associações entre variáveis explanatórias quantitativas e a presença de DP foi utilizado o teste *t* de Student; para testar a associação entre variáveis explanatórias qualitativas e a presença de DP foi utilizado o teste de χ^2 . No caso de variáveis qualitativas ordenadas foi utilizado o teste de χ^2 de tendência linear.

Para avaliar a concordância entre a EPDS e o SRQ foi utilizado o coeficiente de concordância *kappa* (κ), que pode assumir valores até 1. Segundo Landis e Koch (1977)¹², valores de *kappa* maiores que 0,61 e 0,81 definem concordâncias boa e quase perfeita entre as escalas, respectivamente.

O nível descritivo da diferença entre as duas escalas foi obtido com o teste de χ^2 de McNemar. A análise estatística foi realizada com o uso do programa STATA (versão 7.0). Admitiu-se nível de significância estatística $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram incluídas no estudo 70 puérperas. A idade das mães incluídas variou de 15 a 43 anos (média = 25,8 anos). Houve predomínio da raça branca (55,1%) e apenas 12 (17,2%) delas eram solteiras. Uma (1,4%) puérpera era apenas alfa-

betizada e 37 (52,9%) chegaram a concluir no máximo o ensino fundamental. Quarenta e três (61,4%) mulheres eram donas de casa. Entre as 20 (28,6%) mulheres que exerciam ocupações fora do lar e não eram estudantes, a maior parte correspondia a empregadas domésticas (diarista, doméstica, etc.) ou tinham empregos em funções pouco qualificadas (auxiliares, ajudantes, etc.).

Quanto aos indicadores sociais, o número de moradores nos domicílios variou de três a 13 pessoas (média = 5,2 habitantes); a renda familiar variou de zero a 6,25 salários mínimos (média = 2,3 SM), sendo que vinte e oito (42,4%) mulheres tinham renda familiar inferior a dois SM; a renda per capita para 63 mulheres variou de zero a 1,7 SM (média = 0,6 SM). A idade dos maridos ou companheiros das puérperas variou de 19 a 46 anos (média = 29,4 anos). Os companheiros eram em média 2,8 anos mais velhos que suas esposas ($p < 0,001$). Trinta e quatro (58,7%) cônjuges cursaram até o ensino fundamental.

O número de gestações das puérperas variou de uma a 13 gestações (mediana = duas gestações). Vinte e seis (37,1%) puérperas eram primigestas e 37 (52,9%) eram primíparas. Cinquenta e quatro (77,1%) mães nunca haviam abortado. Metade das puérperas tinha apenas um filho vivo. Quinze (21,4%) mulheres tinham histórico de prematuridade. Quarenta e quatro mulheres (62,8%) não planejaram a gestação e duas (2,9%) chegaram a tentar práticas abortivas sem sucesso. A maior parte (92,9%) não referiam intercorrências na gestação. O parto foi vaginal em 41 (58,6%). Onze mulheres (16,2%) tiveram parto antes das 37 semanas.

Metade dos bebês era do sexo masculino. O peso dos RN variou de 1.675 g a 3.880 (média = 3.100 g). Sete (10,0%) bebês nasceram com peso inferior a 2.500 g. No quinto minuto, três (6,5%) bebês apresentavam Apgar inferior a oito. Quando a entrevista foi realizada, 30 (42,9%) bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. Oito (11,6%) puérperas referiram não contar com nenhum tipo de suporte no cuidado ao RN.

A pontuação das puérperas na EPDS variou de zero a 22 pontos (média = 9,5; desvio-padrão = 6,5). A prevalência de DP (pontuação na EPDS superior a 11) foi de 37,1% (IC 95%: 25,9 a 49,5%) (Tabela 1). A pontuação das puérperas no SRQ variou de zero a 16 pontos (média = 5,8; desvio-padrão = 4,6). A prevalência de TMC (pontuação no SRQ superior a 8) foi de 37,1% (IC 95%: 25,9 a 49,5%). A concordância entre os diagnósticos de DP e de TMC foi boa ($k = 0,75$) (Tabela 1).

Quanto às características sociodemográficas das puérperas e a presença de DP, não foi

observada diferença na distribuição etária das puérperas com DP (média de idade = 25,5 anos; desvio-padrão = 6,1 anos) e sem este transtorno (média de idade = 26,0 anos; desvio-padrão = 7,0 anos) ($p = 0,77$). Também não foi observada associação entre cor, escolaridade, renda per capita e ocupação e presença de DP. A renda per capita das puérperas com DP (média = 0,57 SM; desvio-padrão = 0,46 SM) foi semelhante à das puérperas que não apresentavam este transtorno de humor (média = 0,55 SM; desvio-padrão = 0,46 SM; $p = 0,88$) (Tabela 2).

Tabela 1 - Concordância entre a escala EPDS e o SRQ nas puérperas (n=70).

EPDS	SRQ		Total
	Não caso	Caso	
Não caso	40	4	44
Caso	4	22	26
Total	44	26	70

$\kappa = 0,75$; $p < 0,001$.

Nível descritivo (teste de χ^2 de McNemar) = 1,00.

EPDS (Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS)).

SRQ-20 (Self-Report Questionnaire).

Quanto as demais variáveis explicativas (características obstétricas das puérperas, dos RN, tipo de aleitamento e suporte social), não foi observada associação entre o número de gestações prévias e a presença de DP. Também não houve associação entre história de abortamento ou de prematuridade e a presença de DP (Tabela 3).

Pacientes com risco obstétrico não apresentaram maior prevalência de DP. Foi observada maior proporção de puérperas com depressão entre aquelas que tiveram seu parto pós-termo (57,1%) quando comparadas àquelas que deram à luz a termo (36,0%) ou pré-termo (36,4%), porém sem significância estatística.

A presença de DP foi mais freqüente entre as mães de RN com Apgar menor que oito no primeiro minuto (60,0%) que entre as mães cujos bebês nasceram com Apgar maior que oito (33,3%). Esta diferença, porém, não apresentou significância estatística ($p = 0,13$), possivelmente devido à perda de informações sobre o Apgar de 24 bebês.

A presença de suporte por parte do marido apresentou efeito protetor sobre a presença de DP (RP=0,3; IC 95%: 0,1 a 0,9; $p = 0,03$). Outras formas de suporte não apresentaram este efeito protetor. O aleitamento materno não apresentou associação com a DP.

Tabela 2 - Razões de prevalência (RP) de depressão puerperal e características sociodemográficas e histórico obstétrico das puérperas (n=70).

	Total	Depressão puerperal	%	RP	IC _{95%}	p*
Cor						0,57
Branca	39	13	33,3	1		
Não branca	30	12	40,0	1,2	0,6 a 2,2	
Estado civil						0,31
Casada/união consensual	58	20	34,5	1		
Solteira	12	6	50,0	1,4	0,7 a 2,8	
Escolaridade						0,33
Ensino fundamental	37	12	32,4	1		
Ensino médio	32	14	43,7	1,3	0,7 a 2,5	
Ocupação						0,62
Dona de casa	43	15	34,9	1		
Outras	27	11	40,7	1,2	0,6 a 2,1	
Número de gestações						0,31*
Cinco ou mais	8	4	50,0	1		
Duas a quatro	36	14	38,9	0,8	0,3 a 1,7	
Uma	26	8	30,8	0,6	0,2 a 1,5	
Número de partos						0,53*
Cinco ou mais	8	4	50,0	1		
Dois a quatro	25	9	36,0	0,7	0,3 a 1,7	
Um	37	13	35,1	0,7	0,3 a 1,6	
História de aborto						0,23**
Não	54	18	33,3	1		
Sim	16	8	50,0	1,5	0,8 a 2,8	
História de partos prematuros						0,73**
Não	55	21	38,2	1		
Sim	15	5	33,3	0,9	0,4 a 1,9	

*p correspondente ao teste de χ^2 de tendência linear. **p correspondente ao teste de χ^2 . IC 95% - intervalo de confiança de 95%.

Discussão

Neste estudo, encontramos na amostra de 70 puérperas, a prevalência de 37,1% (IC 95%: 25,9 a 49,5) de DP, segundo a EPDS, e a prevalência de TMC também de 37,1% (IC 95%: 25,9 a 49,5), segundo o SRQ, sendo a concordância entre os diagnósticos de DP e de TMC boa ($\kappa = 0,75$) (Tabela 1). Não se observou associação estatisticamente significativa entre risco de DP e fatores sociodemográficos como idade, cor, escolaridade e renda.

Também não se observou associação entre risco de DP e características obstétricas tais como: gestações prévias, abortamento, prematuridade e risco obstétrico. Foi observada maior proporção de DP entre as puérperas que tiveram parto pós-termo e naquelas em que o RN apresentou Apgar menor que oito no primeiro minuto, embora a diferença não tenha sido estatisticamente signifi-

cante. A presença de suporte social do marido apresentou efeito protetor sobre a presença de DP.

Algumas limitações metodológicas deste estudo merecem considerações. Em primeiro lugar, o desenho transversal do presente estudo avalia associações entre DP e TMC com fatores de risco, mas não permite inferências sobre causalidade. Segundo, a pequena amostra estudada compromete algumas possíveis associações estatísticas. Terceiro, foram utilizados a escala EPDS e o SRQ e não critérios clínicos de depressão e TMC como os preconizados pelo DSM-IV. Geralmente essas escalas utilizadas como instrumentos de rastreamento pretendem identificar as mães que apresentem determinados sintomas e que possam ser casos de depressão. Quanto à questão relacionada a suporte social foi referida pelas mães, muitas vezes não ficando claro o significado deste conceito. Finalmente, não houve possibilidade de obter dados referentes a transtornos mentais prévios, tratando-se de fator de risco

Tabela 3 - Razões de prevalência (RP) de depressão puerperal e características obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social (n=70).

	Total	Depressão puerperal	%	RP	IC _{95%}	p*
Planejamento da gestação						0,85
Planejada	24	8	33,3	1		
Não planejada	44	17	38,6	1,2	0,6 a 2,3	
Indesejada	2	1	50,0	1,5	0,3 a 6,7	
Tipo de parto						0,54
Vaginal	41	14	34,1	1		
Cesárea	29	12	41,4	1,2	0,7 a 2,2	
Idade gestacional						0,55
Termo	50	18	36,0	1		
Pré-termo	11	4	36,4	1,0	0,4 a 2,4	
Pós-termo	7	4	57,1	1,6	0,8 a 3,3	
Apgar (primeiro minuto)						0,13
Oito a dez	36	12	33,3	1		
Menor que oito	10	6	60,0	1,8	0,9 a 3,6	
Intercorrências com o recém-nascido						0,80
Não	61	23	37,7	1		
Sim	9	3	33,3	0,9	0,3 a 2,3	
Baixo peso						0,74
Não	63	23	36,5	1		
Sim	7	3	42,9	1,2	0,5 a 2,9	
Tipo de aleitamento						0,47
Materno exclusivo	30	11	36,7	1		
Predominante/complementar	21	6	28,6	0,8	0,3 a 1,8	
Artificial	19	9	47,4	1,3	0,7 a 2,5	
Suporte social						0,03
Nenhum	8	4	50,0	1		
Marido	26	4	15,4	0,3	0,1 a 1,0	
Mãe	17	8	47,1	0,9	0,4 a 2,1	
Outros	18	10	55,6	1,1	0,5 a 2,5	

*p correspondente ao teste de χ^2 .

Intervalo de confiança (IC) 95% = 25,9 a 49,5).

considerado importante para desenvolver DP, tornando-se uma limitação para o estudo.

No presente estudo a prevalência de DP e TMC foi de 37,1%. O único trabalho encontrado que obteve resultado semelhante foi realizado por Cooper et al.¹³, na África do Sul, que mostrou prevalência de 34,7%, em amostra de 147 mulheres, interrogadas dois meses após o parto¹³.

Os demais estudos realizados em outros países demonstram prevalência de DP de 10 a 20%. Recente estudo com quase 300 mulheres de 8 países confirma que existem diferenças significativas nas cifras entre as diferentes culturas, e afirma que a prevalência média ao redor do sexto mês do puerpério é de 12,3%¹⁴.

No Brasil, estudo transversal com 236 mulheres entre 6 e 36 semanas do puerpério, realizado por Santos et al.¹¹, encontrou prevalência de 13,4% de DP, segundo a EPDS. Da Silva et al.¹⁵ avaliaram, prospectivamente, 33 mulheres de baixa renda até seis meses pós-parto, encontrando prevalência de 12% de DP¹⁵. Recentemente, Faisal-Cury et al.⁶ estudaram 113 mulheres no décimo dia do puerpério, com o Inventário de Beck, encontrando prevalência de DP de 15,9%⁶.

Independentemente da alta prevalência de DP encontrada, eventualmente explicada pelo baixo nível socioeconômico, chama a atenção a alta prevalência de TMC nesta população. Embora os instrumentos utilizados avaliem transtornos do hu-

mor diferentes, fica evidente, em função das altas cifras e da boa concordância entre as escalas, que neste grupo de mulheres há necessidade de investigação dos aspectos emocionais. De fato, o nível socioeconômico desta população é muito baixo, sendo que a média de renda familiar foi de 2,3 SM. Possivelmente, este dado demográfico, atípico para a população brasileira, reflita as condições sociais e econômicas desta região geográfica da cidade de São Paulo. Desse modo, os dados encontrados não podem ser extrapolados para outros grupos sociais.

Quanto aos fatores de risco, nosso estudo não encontrou associação entre aspectos pesquisados e DP, exceto em relação à questão do suporte social. Alguns trabalhos destacam o suporte social e emocional dos parentes, em particular da mãe, neste momento de transição da vida da mulher, como fator protetor contra a DP¹⁶. O apoio social, advindo dos amigos e demais familiares, parece exercer igualmente o mesmo efeito protetor¹⁷. Do mesmo modo, suporte emocional durante o trabalho de parto se associa com a redução do risco de DP¹⁸.

A associação de DP com diversos fatores de risco é, no entanto, tema controverso. Em pesquisa realizada no nosso meio, o número de filhos vivos foi importante fator de risco para DP⁶. De fato, a relação entre DP e os indicadores de baixo nível socioeconômico, entre os quais a multiparidade e maior número de filhos, tem sido defendida por vários autores^{19,20}. No entanto, alguns autores discordam desta associação^{21,22}.

Do mesmo modo, a relação entre complicações obstétricas e DP é também controversa, com estudos mostrando tanto associação positiva quanto negativa. Parte da controvérsia é explicada pelas diferentes definições de complicações obstétricas adotadas nos diversos estudos²³. Neste estudo, encontramos maior número de casos de DP nas mulheres cujos RN apresentaram Apgar menor do que 8 no primeiro minuto, ainda que isto não tenha atingido significância estatística. Este vai na mesma direção da associação entre DP e admissão do RN em unidades de terapia intensiva. O efeito da DP sobre o aleitamento materno também é controverso^{24,25}, já que puérperas deprimidas podem amamentar.

Segundo meta-análise de O'Hara e Swain²⁶, baseada em 59 trabalhos, o nível socioeconômico e as complicações obstétricas apresentam pequena associação com DP²⁶. Porém, há tendência na literatura em considerar como fatores de risco para DP os seguintes fatores: história pessoal e familiar de depressão, falta de suporte social, conflitos conjugais, ansiedade e depressão na gravidez.

Concluimos que a prevalência de DP e TMC, nas puérperas atendidas nas unidades básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família, foi de 37,1%. Quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de DP.

Considerando a dificuldade da puérpera de acessar os serviços de saúde mental, demonstrase a necessidade de um instrumento para encaminhamento adequado para as consultas psiquiátricas. A utilização da EPDS e/ou do SRQ-20 é estratégia interessante de rastreamento de DP e/ou TMC. Tais instrumentos podem ser utilizados por obstetras, enfermeiros e demais profissionais de saúde, no puerpério, possibilitando a identificação de casos de DP e/ou TMC, com posterior encaminhamento para o médico da equipe ou especialista, que determinará o tratamento adequado, de acordo com a intensidade dos sintomas.

Referências

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
2. Depression in women. ACOG technical bulletin number 182-July 1993. *Int J Gynaecol Obstet*. 1993;43(2):203-11.
3. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL*. 1992;14(3):93-104.
4. 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.
5. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol*. 1990;99(1):69-78.
6. Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Women Ment Health*. 2004;7(2):123-31.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Vieira AHG. Transtornos mentais associados a menstruação, puerpério perimenopausa. In: Almeida OP, editor. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 162-7.

9. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1999;26(5):225-35.
10. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
11. Santos MF, Martins FC, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1999;26(2):90-5.
12. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
13. Cooper PJ, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L, Murray L. The impact of a mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *Br J Psychiatry*. 2002;180:76-81.
14. Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004;46:s17-23.
15. Da Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.
16. Nilsson A, Almgren PE. Para-natal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women. II. The influence of background factors, psychiatric history, parental relations, and personality characteristics. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1970;220:65-141.
17. O'Hara MW, Rehm LP, Campbel SB. Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis*. 1983;171(6):336-41.
18. Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000946.
19. Bågedahl-Strindlund M, Monsen Börjensson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(4):272-5.
20. Seguin L, Potvin, St-Denis M, Loisel J. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health*. 1999;29(1):57-72.
21. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*. 1990;46(5):588-92.
22. Alvarado R, Rojas M, Morandé J, Neves E, Olea, E, Perucca E, et al. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiatr (Santiago de Chile)*. 1992;9(3/4):1168-75.
23. O'Hara MW, Zekoski EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington I, editors. *Motherhood and mental illness: causes and consequence*. London: Wright; 1998. p. 17-63.
24. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(6):426-33.
25. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(4):257-66.
26. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8(1):37-54.