

Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados

Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: associated factors

Síntomas maternos de depresión en el puerperio inmediatamente posterior al parto: factores asociados

Marcela Muzel Poles¹

Ana Paula Pinho Carvalheira²

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes¹

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

Descritores

Período pós-parto; Sintomas depressivos;
Epidemiologia analítica, Fatores de risco

Keywords

Postpartum period; Depressive symptoms;
Analytical epidemiology; Risk factors

Descriptorios

Período posparto; Depresión; Epidemiología
analítica; Factores de riesgo

Submetido

27 de Janeiro de 2018

Aceito

13 de Agosto de 2018

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 1099 puérperas. A presença de sintomas depressivos maternos foi obtida com a escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, aplicada no segundo dia após o parto, adotando-se como ponto de corte escore ≥ 10 . Os dados foram coletados em Botucatu-SP, no período de janeiro a junho de 2012. Fatores associados aos sintomas depressivos foram inicialmente investigados por regressão logística múltipla e aqueles associados em nível de $p < 0,20$ foram incluídos em modelo de regressão final, considerando-se nível crítico de significância $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e atendeu às recomendações para pesquisas com seres humanos.

Resultados: A prevalência de sintomas depressivos foi de 6,7%. Uso de medicação antidepressiva na gestação, violência sofrida na gestação e cesariana associaram-se a sintomas depressivos no puerpério imediato em duas, quatro e duas vezes, respectivamente.

Conclusão: Especial atenção deve ser dada às mulheres usuárias de medicação antidepressiva, àquelas que sofreram violência na gestação e às que evoluíram para cesariana, visto que esses eventos foram identificados como fatores de risco de sintomas depressivos.

Abstract

Objective: Investigate the prevalence and risk factors for maternal depressive symptoms in the immediate postpartum period.

Methods: Cross-sectional study, involving 1099 postpartum women. The presence of maternal depressive symptoms was measured using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, applied on the second day after birth, adopting ≥ 10 as a cut-off point. The data were collected in Botucatu-SP between January and June 2012. Factors associated with the depressive symptoms were initially investigated using multiple logistic regression, and those associated at the level of $p < 0,20$ were included in the final regression model, significance being set as $p < 0,05$, with a 95% confidence level. This study received approval from a Research Ethics Committee and complied with the recommendations for research involving human beings.

Results: The prevalence of depressive symptoms amounted to 6.7%. Use of antidepressants during pregnancy, violence suffering during pregnancy and cesarean section were associated with the depressive symptoms in the immediate postpartum two, four and two times, respectively.

Conclusion: Women taking antidepressants, who were victims of violence during pregnancy and who gave birth through a cesarean section need particular attention, considering that these events were identified as risk factors for depressive symptoms.

Resumen

Objetivo: Investigar la prevalencia y factores de riesgo para síntomas depresivos maternos en el período inmediatamente posterior al parto.

Métodos: Estudio transversal realizado con 1099 parturientas. La presencia de síntomas depresivos maternos se logró con la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, aplicada en el segundo día después del parto, adoptándose como punto de corte la puntuación de ≥ 10 . Se recogieron datos en Botucatu-SP, en el período de enero a junio de 2012. Los factores asociados a los síntomas depresivos fueron investigados inicialmente por regresión logística múltiple y los asociados a nivel de $p < 0,20$ se incluyeron en el modelo de regresión final, teniendo en cuenta el nivel crítico de significancia $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y contempló las recomendaciones para investigaciones con seres humanos.

Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos fue del 6,7%. El uso de medicación antidepressiva en la gestación, violencia sufrida en la gestación y cesárea, se asociaron a síntomas depresivos en el puerperio inmediato en dos, cuatro y dos veces, respectivamente.

Conclusión: Se debe prestar especial atención a las mujeres usuarias de medicamentos antidepressivos, a las que han sufrido violencia durante el embarazo y a las que han tenido una cesárea, ya que estos eventos fueron identificados como factores de riesgo para síntomas depresivos.

Autor correspondente

Marcela Muzel Poles
http://orcid.org/0000-0002-6992-5437
E-mail: marcela.mpoles@gmail.com

DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800050

Como citar:

Poles MM, Carvalheira AP, Carvalhaes MA, Parada CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. Acta Paul Enferm. 2018;31(4):351-8.



¹Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

²Faculdade Sudoeste Paulista, Avaré, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Os períodos pré e pós-parto têm sido particularmente identificados como aqueles que compõem fase da vida da mulher onde o risco de apresentar algum transtorno mental é maior. Ao tornar-se mãe, a mulher deixa suas atividades sociais (algumas formas de lazer ou trabalho, atividades anteriormente praticadas e que podem ter sua frequência reduzida após o nascimento do filho) para cuidar da criança e esse fato, aliado à adaptação aos novos papéis exigidos, pode gerar demanda psicológica individual nas relações e nos recursos existentes. Também, certa instabilidade emocional é natural às transições da vida e adaptações às mudanças, sendo o processo de gravidez, parto e nascimento de um filho importante momento de transição.⁽¹⁾ Destaca-se que um terço das mulheres que desenvolvem sintomas depressivos no puerpério mantém o quadro além do primeiro ano após o parto.⁽²⁾

Entre os transtornos mentais que acometem a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a depressão é o principal: sua prevalência é de 10% durante a gravidez e 13% após o parto em mulheres de países de alta renda. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda maiores: 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto.⁽³⁾ Assim, a depressão tanto em países subdesenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, constituem problema relevante.⁽⁴⁾

Na atualidade, há entendimento de que a depressão pós-parto possa ser a continuidade da depressão pré-parto e que quanto mais precocemente o estado for identificado, maiores as chances de intervenções que reduzam seu impacto negativo. Evidências demonstram que a depressão pré-parto é o principal fator de risco para depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, continuação da depressão iniciada na gestação.⁽⁵⁾ É importante ressaltar que a depressão no ciclo gravídico-puerperal pode gerar consequências graves para a mulher, família e criança, sendo esta tanto na formação do feto, quanto no vínculo mãe-bebê e consequente prejuízo no seu desenvolvimento, o que evidencia a importância dos sintomas depressivos serem investigados na assistência pré-natal.⁽⁶⁾

Entre os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos (pré e pós-parto) já identificados

na literatura, encontram-se: história pregressa de depressão; ausência de suporte social, familiar ou marital; gravidez não desejada; estresse extremo e ansiedade; dependência de álcool, tabaco ou outras drogas; história de violência doméstica e situação de pobreza. Grande parte das pesquisas admitem que tais fatores atuam inter-relacionados na gênese da depressão. De modo geral, os fatores de risco associados à depressão no ciclo gravídico-puerperal em países em desenvolvimento foram os mesmos encontrados nos países desenvolvidos, com exceção de alguns relativos a contextos economicamente desfavoráveis, como baixa escolaridade, desemprego, dificuldades financeiras e violência, que foram predominantes nos estudos em países de baixa renda.^(3,5,7,8)

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. Acredita-se que as respostas poderão orientar ações na atenção pré-natal e ao parto no nível local e irão ampliar o entendimento desse importante aspecto de saúde na atualidade.

Métodos

Estudo epidemiológico e transversal. Os dados são provenientes de um estudo maior “O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil”.

O estudo foi realizado em Botucatu, município situado na região centro-sul do estado de São Paulo, que conta com população estimada para 2018 de 138.590 habitantes e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Em 2016, nasceram vivos neste município 1735 crianças, a taxa de mortalidade infantil municipal era de 12,6 por mil nascidos vivos, aproximadamente metade da população (47,2%) possuía emprego formal na área de serviços e o rendimento médio mensal dos trabalhadores nessa área era de R\$ 3.458,30. A cidade tem índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,800, que é superior ao do estado (IDH=0,783).⁽⁹⁾

A coleta de dados foi realizada nas maternidades dos dois hospitais do município, sendo um público

e outro pertencente à rede de saúde suplementar, no período de janeiro a junho de 2012. A população de interesse eram as puérperas (N=1395) que tiveram filhos em Botucatu nesse período. A amostra foi selecionada por conveniência, sem o cálculo do número mínimo necessário, uma vez que se pretendia captar, no período estabelecido, todas as puérperas. O único critério de inclusão foi ter o parto realizado em uma das duas maternidades do município. Por impossibilidade de contato antes da alta hospitalar, das 1395 foram contatadas 1317 puérperas e, destas, excluíram-se 22 casos de gestação gemelar e 196 casos com dados incompletos sobre variáveis relativas à mãe e/ou bebê, resultando em amostra intencional de 1099 puérperas incluídas nesse estudo.

Os dados foram obtidos durante visita às maternidades no puerpério imediato, no segundo dia após o parto, a partir dos prontuários, anotações da sala de parto, cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para coleta de dados, instrumentos especificamente construídos para a pesquisa “mãe”.

As variáveis de exposição incluíram dados sociodemográficos maternos: idade no parto (anos), cor da pele autorreferida (branca, não branca), ensino fundamental completo ou mais (sim, não) e presença de companheiro (sim, não); história obstétrica: número de gestações, partos, abortos e filhos nascidos vivos prévios; peso pré-gestacional (quilogramas); problema de saúde anterior à gestação (sim, não); dados da gestação atual: idade gestacional na primeira consulta pré-natal e no parto (semanas), acompanhamento pré-natal (sim, não), número de consultas pré-natais, gestação planejada (sim, não) e gestação classificada como de risco (sim, não); presença na gestação de: tabagismo (sim, não), uso de álcool (sim, não), uso de drogas ilícitas (sim, não), violência sofrida na gestação (sim, não), uso de medicação antidepressiva auto relatada (sim, não) e doença intercorrente na gestação (sim, não); via de parto (parto vaginal, cesariana); intercorrência no parto (sim, não) e peso do recém-nascido ao nascer (gramas). A variável de desfecho foi presença de sintomas depressivos (sim, não).

A aferição de sintomas depressivos e sua posterior classificação foram realizadas com a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS). Trata-se de escala que pode ser aferida por entrevista ou autoaplicável, mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores à coleta de dados. Foi aplicada a partir de entrevista, em conjunto com as demais questões contidas nos instrumentos utilizados pelas entrevistadoras. O resultado da aplicação da EPDS pode variar de zero (melhor situação) a 30 (pior situação). Diversos estudos apontam o escore ≥ 10 como valor preditivo positivo na triagem da depressão, e este valor foi adotado no presente estudo.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Para avaliação dos fatores associados aos sintomas depressivos maternos realizou-se regressão logística múltipla, com todas as variáveis de interesse. Em seguida, as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) foram incluídas em um segundo modelo múltiplo final, quando se adotou $p < 0,05$ para considerar associação entre exposição e desfecho. Relações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$, adotando-se Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A análise foi realizada com o *software* SPSS v 21.0.

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (CAAE 65750817.0.0000.5411, Parecer de Aprovação: 1.997.274). As mulheres com escore ≥ 10 na EPDS foram atendidas na rotina da atenção básica, com possibilidade de encaminhamento para serviço especializado quando necessário.

Resultados

A prevalência de sintomas depressivos entre as puérperas do estudo foi de 6,7% (74 puérperas), sendo o escore máximo obtido na EPDS 26, um único caso. A idade materna mediana foi de 26 anos (13-48 anos); a mediana do número de gestações prévias, partos e filhos nascidos vivos foi 1 (0-9); o número mediano de consultas de pré-natal foi 9 (1-20) e o peso media-

no do recém-nascido ao nascer foi 3190 gramas (880-5210 gramas), conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Características maternas e dos recém-nascidos incluídos no estudo

Características	Mediana (mínimo-máximo)
Idade no parto (anos)	26(13 - 48)
Número de gestações prévias	1(0 - 9)
Número de partos prévios	1(0 - 9)
Número de abortos prévios	0(0 - 5)
Número de filhos nascidos vivos previamente	1(0 - 9)
Peso pré-gestacional (quilogramas)	62(40- 145)
Idade gestacional (semanas) na 1ª consulta pré-natal	9(5 - 40)
Número de consultas pré-natais	9(1 - 20)
Idade gestacional (semanas) no parto	38(26 - 42)
Peso do recém-nascido ao nascer (gramas)	3190(880 - 5210)
Variáveis	n(%)
Cor da pele autorreferida	
Branca	851(77,4)
Não branca	248(22,6)
Ensino fundamental completo ou mais	
Sim	888(80,8)
Não	211(19,2)
Presença de companheiro	
Sim	934(85,0)
Não	165(15,0)
Gestação planejada	
Sim	488(44,4)
Não	611(55,6)
Realização de pré-natal	
Sim	1094(99,5)
Não	5(0,5)
Problema de saúde prévio à gestação	
Sim	588(53,5)
Não	511(46,5)
Gestação classificada como de risco	
Sim	392(35,7)
Não	707(64,3)
Tabagismo na gestação	
Sim	137(12,5)
Não	962(87,5)
Uso de álcool na gestação	
Sim	41(3,7)
Não	1058(96,3)
Uso de drogas ilícitas na gestação	
Sim	5(0,5)
Não	1094(99,5)
Violência sofrida na gestação	
Sim	13(1,2)
Não	1086(98,8)
Uso de medicação antidepressiva na gestação	
Sim	30(2,7)
Não	1069(97,3)
Doença intercorrente na gestação	
Sim	252(22,9)
Não	847(77,1)
Via de parto	
Parto vaginal	514(46,8)
Cesariana	585(53,2)
Intercorrência no parto	
Sim	206(18,7)
Não	893(81,3)

A maioria das puérperas possuía ensino fundamental completo ou mais e possuía companheiro. Quase a totalidade (99,5%) havia feito pré-natal e mais da metade referiu algum problema de saúde durante a gestação. Foram classificadas como gestantes de risco 35,7% das participantes do estudo. O tabagismo esteve presente em 12,5% das gestantes e o consumo de álcool em 3,7% delas. Usaram drogas ilícitas e sofreram violência na gestação aproximadamente 1% das puérperas. O nascimento do recém-nascido por cesariana ocorreu em 53,2% dos casos (Tabela 1).

Fatores associados a presença de sintomas depressivos maternos constam da tabela 2. Cor da pele, uso de medicação antidepressiva na gestação, peso pré-gestacional, realização de pré-natal, violência sofrida na gestação, idade gestacional no parto e nascimento por cesariana foram as variáveis selecionadas para serem incluídas no modelo de regressão logística múltipla final (Tabela 3), pois foram as variáveis mais fortemente associadas aos sintomas depressivos no puerpério imediato ($p < 0,20$).

Tabela 2. Regressão logística múltipla das variáveis sociodemográficas, relativas à história obstétrica e clínica, considerando-se o desfecho sintomas depressivos maternos

Variáveis	OR	IC95%	p-value
Idade no parto (anos)	1,01	0,96 - 1,05	0,816
Cor da pele branca	1,52	0,87 - 2,65	0,139
Ensino fundamental completo ou mais	1,15	0,56 - 2,33	0,703
Presença de companheiro	0,87	0,42 - 1,80	0,710
Número de gestações prévias	1,66	0,61 - 4,52	0,324
Número de partos prévios	0,83	0,42 - 1,64	0,594
Número de abortos prévios	1,03	0,38 - 2,76	0,958
Número de filhos nascidos vivos previamente	0,85	0,32 - 2,30	0,753
Peso pré-gestacional (quilogramas)	1,01	1,00 - 1,03	0,097
Problema de saúde prévio à gestação	1,00	0,56 - 1,79	1,000
Doença intercorrente na gestação	0,92	0,44 - 1,94	0,834
Uso de medicação antidepressiva na gestação	3,68	1,45 - 9,30	0,003
Idade gestacional (semanas) na 1ª consulta pré-natal	1,03	0,98 - 1,08	0,244
Gestação planejada	1,21	0,71 - 2,09	0,481
Realização de pré-natal	0,17	0,02 - 1,71	0,134
Número de consultas de pré-natal	0,94	0,84 - 1,05	0,277
Gestação classificada como de risco	0,71	0,37 - 1,38	0,310
Tabagismo na gestação	1,24	0,59 - 2,62	0,572
Uso de álcool na gestação	0,88	0,27 - 2,89	0,839
Uso de drogas ilícitas na gestação	2,92	0,21 - 41,49	0,429
Violência sofrida na gestação	4,36	1,03 - 18,44	0,045
Idade gestacional (semanas) no parto	0,91	0,80 - 1,04	0,177
Cesariana	2,58	1,43 - 4,65	0,002
Intercorrência no parto	0,71	0,36 - 1,38	0,308

Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla final entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e sintomas depressivos maternos.

Variáveis	OR	IC95%	p-value
Cor da pele branca	1,63	0,97-2,76	0,068
Uso de medicação antidepressiva na gestação	2,07	1,12-3,61	0,010
Peso pré-gestacional (quilogramas)	1,01	0,99-1,02	0,206
Realização de pré-natal	0,19	0,02-1,81	0,149
Violência sofrida na gestação	4,06	1,02-16,19	0,047
Idade gestacional (semanas) no parto	0,91	0,82-1,01	0,086
Cesariana	2,07	1,22-3,53	0,007

A tabela 3 é relativa ao modelo de regressão logística múltipla final. De maneira independente, uso de medicação antidepressiva na gestação, sofrer violência na gestação e ser submetida à cesariana se associaram à presença de sintomas depressivos maternos. Usar medicação antidepressiva aumentou em duas vezes (OR=2,07, IC 95%=1,12-3,61); sofrer violência na gestação aumentou em quatro vezes (OR=4,06, IC 95%=1,02-16,19) e evoluir para cesariana aumentou em duas vezes (OR=2,07, IC 95%=1,22-3,53) as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato.

Discussão

O presente estudo investigou a ocorrência de sintomas depressivos em puérperas, as quais foram avaliadas dois dias após o parto, por meio de instrumento consistente, validado e de ampla utilização na literatura. Adotando o ponto de corte ≥ 10 , 6,7% das puérperas apresentaram sintomas depressivos. Como na EPDS os sintomas depressivos referem-se aos sete dias que antecedem a aplicação e a referida escala foi usada durante a internação para o parto, com aplicação no segundo dia de puerpério, avaliou-se a prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato. Eventualmente, tais sintomas podem ser a continuidade de outros semelhantes, ocorridos na gestação ou mesmo em fases anteriores da vida, como as pesquisas de Pereira *et al.*, Ghaedrahmati *et al.* e Faisal-Cury *et al.* permitem supor.^(5,13,14)

Identificaram-se três fatores associados de modo independente a maior chance de sintomas depressivos: uso de medicação antidepressiva na gestação, sofrer violência na gestação e nascimento do filho por cesariana. Considerando que é comum o sub-

diagnóstico de depressão gestacional e que há relutância na prescrição e uso de medicamentos nesse período,⁽¹⁵⁾ é possível que as puérperas que usaram medicação antidepressiva no pré-natal sejam aquelas que apresentaram sintomas depressivos anteriores à gestação, desde o início da gravidez ou com maior gravidade. Porém, foi investigado o uso de antidepressivo na gestação, sem abordar o uso prévio, o que constitui limitação deste estudo.

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* advoga que as obstetrias investiguem sistematicamente estressores psicossociais e depressão a cada trimestre gestacional e no pós-parto, e atuem com o necessário cuidado, em casos positivos.⁽¹⁶⁾ Na principal política pública materno infantil vigente, a Rede Cegonha, aponta-se o período pós-parto como fundamental para detecção de problemas em relação a situações que podem levar à depressão e que demandem acompanhamento clínico.⁽¹⁷⁾

Na literatura científica tem sido encontrada associação entre transtorno de saúde mental durante a gestação e ocorrência de depressão pós-parto: Ghaedrahmati *et al.* em revisão de literatura entre os anos 2000 e 2015, apontou que a história anterior de depressão e ansiedade estavam entre os fatores mais fortemente associados à depressão pós-parto.⁽¹³⁾ Faisal-Cury *et al.* em estudo realizado com 831 mulheres na cidade de São Paulo, encontrou risco de depressão pós-parto 2,4 vezes maior entre mulheres que apresentaram depressão pré-parto.⁽¹⁴⁾ Tais estudos reforçam a importância da avaliação precoce das puérperas para rastreamento de sintomas depressivos. Ainda nesse contexto, em estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2013, aplicou-se a EPDS até dois dias após o parto e estabeleceu-se ponto de corte ≥ 10 . Os sintomas depressivos pós-parto foram significativamente associados à depressão em algum momento da gestação ou à tristeza durante o último trimestre da gravidez, o que corrobora com os achados dessa pesquisa e apoia o rastreamento sistemático de depressão na atenção pré-natal e em maternidades.^(18,19)

A violência sofrida na gestação apareceu como determinante negativo para sintomas depressivos no puerpério imediato, aumentando o reconhecimento já presente na literatura das graves consequências para

a mulher e o bebê da violência na gravidez. Pesquisa japonesa apontou que tanto a violência física, quanto a violência verbal são determinantes causais para o desenvolvimento de sintomas depressivos nas mães durante a gestação, ressaltando a importância dos enfermeiros em identificarem a violência durante seus atendimentos com gestantes, e realizarem oportuno encaminhamento para apoio psicossocial, como forma de prevenir os sintomas depressivos no pré e pós-parto⁽¹⁹⁾ e também de reduzir suas repercussões negativas sobre o binômio mãe-filho.

Estudo realizado na Tanzânia com 1013 mulheres apontou que uma em cada três foram expostas à violência por parceiros íntimos durante a gestação, o que contribuiu para a estreita associação ao desenvolvimento da depressão pós-parto. A exposição à violência doméstica pelo menos uma vez aumentou o risco de depressão pós-parto em mais de três vezes.⁽²⁰⁾ Resultado semelhante foi obtido em Bangladesh, em estudo no qual mais da metade das mulheres que sofreram violência física, sexual ou psicológica durante a gravidez desenvolveram depressão pós-parto.⁽²¹⁾ Pesquisa indiana também encontrou relação entre exposição à violência por parte do parceiro no puerpério imediato, depressão pós-parto e ideação suicida.⁽²²⁾

Outro fator associado aos sintomas depressivos no presente estudo foi ter sido submetida à cesariana, situação que aumentou em duas vezes a chance de escore ≥ 10 na EPDS. Esse resultado, ainda que difícil de explicar completamente, também encontra respaldo na literatura: revisão sistemática apontou a cesariana como fator de risco para sintomas depressivos pós-parto, sendo a hipótese explicativa o trauma cirúrgico ou os problemas que levaram à indicação da cirurgia, como a dor pélvica, a disfunção gastrointestinal, entre outros, todos potencialmente capazes de afetar o estado psicológico materno.⁽²³⁾ Recente estudo realizado na Califórnia, com 223 mulheres, expos que participantes que deram à luz por parto vaginal apresentaram quase metade da chance de terem sintomas depressivos pós-parto quando comparadas àquelas que sofreram cesariana.⁽²⁴⁾ O estudo mais próximo do presente foi realizado na Itália, com 950 mulheres avaliadas com a EPDS no segundo dia após o parto e adotando o mesmo ponto de corte da presente pesquisa, e este

também identificou associação positiva entre cesariana e sintomas depressivos.⁽²⁵⁾

A análise realizada e o resultado obtido são relevantes, em especial face a elevada taxa de cesarianas no Brasil. É difícil avaliar a direção da associação, pois tanto sintomas depressivos prévios ao parto podem favorecer a cesariana quanto o inverso, ou seja, a cesariana pode desencadear sintomas depressivos na mulher.⁽²³⁾ Apenas com estudos prospectivos a temporalidade dessa relação poderá ser melhor conhecida.

Comparar a prevalência de sintomas depressivos maternos obtida em Botucatu com os resultados reportados por outros autores é tarefa difícil, uma vez que nos estudos podem ser utilizados instrumentos de aferição e/ou pontos de corte diferentes, bem como variação no tempo de aferição dos sintomas. Além disso, há de se levar em conta que fatores socioculturais podem ser importantes e refletirem nos resultados dos estudos. Ainda assim, merecem ser apresentados alguns resultados de pesquisas.

Em 2014, pesquisa realizada na Espanha e França, encontrou alta taxa, 39,3% de depressão pós-parto, porém, apesar de adotar o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado no presente estudo, o ponto de corte foi mais alto (≥ 12) e a aplicação do instrumento foi realizada quatro semanas após o parto.⁽⁴⁾ É possível que diferenças nas características da amostra possam ser a principal causa da diferença de prevalência entre esses resultados.

Revisão de literatura que incluiu estudos desenvolvidos em nove países, inclusive no Brasil, apontou taxa de depressão pós-parto muito variada: 4,9% no Nepal, com aplicação da EPDS entre cinco e dez semanas após o parto e ponto de corte >12 e 59,4% na Índia, com aplicação a partir de seis meses após o parto e com ponto de corte para a mesma escala ≥ 10 .⁽²⁶⁾

Estudo brasileiro realizado em Minas Gerais encontrou prevalência de depressão pós-parto de 26,9% também utilizando ponto de corte ≥ 10 ,⁽¹²⁾ enquanto outro, realizado em Bauru, interior de São Paulo, utilizou ponto de corte 12 e obteve prevalência de 29,5%.⁽²⁷⁾ Faisal-Cury *et al.*, encontrou prevalência de 15,9%, sendo a coleta de dados no décimo dia de puerpério e adotando o *Beck Depression Inventory* como instrumento de aferição da depressão.⁽²⁸⁾

As duas pesquisas mais próximas do presente estudo encontraram prevalências maiores: em hospital público no município de São Paulo, aplicando a EPDS no segundo ou terceiro dia de puerpério e o mesmo ponto de corte (≥ 10), a prevalência foi 18%⁽²⁹⁾ e no município de Rio Grande/RS, com a mesma escala e ponto de corte, a prevalência foi de 14%, sendo a medida realizada no segundo dia de puerpério.⁽¹⁸⁾

Pelo exposto, a comparação da prevalência obtida em Botucatu com outras encontradas no Brasil e no exterior deve ser feita com cautela, tendo em vista as diferenças relativas ao momento de avaliação, escala utilizada e ponto de corte adotado.

Mesmo com prevalência mais baixa que outros estudos, constatar que 6,7% das puérperas apresentaram sintomas depressivos é relevante e justifica a atenção das equipes de maternidade, pelo potencial impacto negativo sobre os cuidados iniciais à criança. O uso da EPDS no puerpério imediato remete aos sintomas depressivos vivenciados pelas mulheres em um período delicado, que inclui os últimos dias da gestação e os primeiros dias de vida do bebê. Desta forma, reconhecer a presença de sintomas depressivos e os fatores associados, ainda na maternidade, pode resultar em ações preventivas à depressão por parte da equipe de saúde no pós-parto.

Não foi possível identificar o momento de início dos sintomas depressivos e avaliar o uso de antidepressivo na gestação ou anteriormente a ela, uma vez que não houve acompanhamento das mulheres na gestação, limitação inerente ao desenho transversal adotado. Também vale apontar que, embora exista um quadro conhecido como tristeza puerperal ou *baby blues*, com sintomas semelhantes aos da depressão, ao avaliar as mulheres no segundo dia de puerpério, as chances de ter-se identificado esse quadro e não os sintomas depressivos que de fato eram o foco do presente estudo são pequenas, visto que o *baby blues* tem início entre três e quatro dias pós-parto.⁽³⁰⁾

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato foi de 6,7%. Puérperas que fizeram uso

de medicação antidepressiva na gestação, sofreram algum tipo de violência na gestação ou foram submetidas à cesariana apresentam maiores chances de sintomas depressivos. Considerando esses resultados, mulheres com essas características devem receber atenção especial das equipes de saúde de maternidade.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo auxílio à pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida à primeira autora.

Colaborações

Poles MM colaborou com concepção do projeto, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Carvalheira APP, Carvalhaes MABL e Parada CMGL colaboraram na análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(4):369–79.
2. Harris L; The Lancet. Screening for perinatal depression: a missed opportunity [editorial]. *Lancet*. 2016;387(10018):505.
3. Worldwide about 10% of pregnant women and 13% of women who have just given birth experience a mental disorder, primarily depression. In developing countries this is even higher, i.e. 15.6% during pregnancy and 19.8% after child birth. In severe cases mothers' suffering might be so severe that they may even commit suicide. In addition, the affected mothers cannot function properly. As a result, the children's growth and development may be negatively affected as well. Maternal mental disorders are treatable. Effective interventions can be delivered even by well-trained non-specialist health providers.
4. Ortiz Collado MA, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):22.
5. Pereira PK, Lima LA, Legay LF, de Cintra Santos JF, Lovisi GM. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World J Clin Pediatr*. 2012;1(4):20–3.

6. Lima MO, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):39–46.
7. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care.* 2015;15(1):E3–8.
8. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JF, Cavalcanti MT, Lovisi GM. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. *J Bras Psiquiatr.* 2012;61(4):214–20.
9. Fundação Seade. Perfil dos municípios paulistas [Internet]. São Paulo, 2018. [citado 22 Maio 2018]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/?#>
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987 ;150(06):782–6.
11. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, 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.
12. 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 Saude Publica.* 2009;43 Supl 1:79–84.
13. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.* 2017 Aug;6:60. doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16.
14. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):446–50.
15. Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington: OPAS; 2016.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Screening for perinatal depression. [cited 2018 May 23]. Available from: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal%20Depression>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha [Interne]. [citado 2018 Ago 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
18. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2017;33(9):e00094016.
19. Miura A, Fujiwara T. Intimate partner violence during pregnancy and postpartum depression in Japan: a cross-sectional study. *Front Public Health.* 2017 Apr;5:81. doi: 10.3389/fpubh.2017.00081.
20. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord.* 2017;218:238–45.
21. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *PLoS One.* 2017;12(5):e0176211.
22. Tabb KM, Huang H, Valdovinos M, Toor R, Ostler T, Vanderwater E, et al. Intimate partner violence is associated with suicidality among low-income postpartum women. *J Womens Health (Larchmt).* 2018 Feb;27(2):171–8.
23. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2017;97:118–26.
24. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and obstetric factors related to symptoms of postpartum depression in hispanic women in rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(1):23–31.
25. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;137(3):277–81.
26. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139G–49G.
27. Campos BC, Rodrigues OM. depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *PSICO.* 2015;46(4):483–92.
28. 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.
29. Mattar R, Silva EY, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. Domestic violence as a risk factor in the screening of postpartum depression. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:470–7.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.