

Desafios no estudo da prevalência da depressão pós-parto

Challenges in pos-partum depression studies

Patrícia Figueira¹, Leandro Malloy-Diniz², Humberto Corrêa³

Prezado editor,

Lemos com interesse o excelente artigo de Cantilino *et al.*¹ abordando a prevalência da depressão pós-parto (DPP) em uma amostra de mulheres da cidade de Recife e suas associações com fatores biopsicossociais.

Os autores argumentam acertadamente que na maior parte dos estudos já realizados utiliza-se como instrumento diagnóstico uma escala, geralmente a de Depressão Pós-parto de Edimburg¹. Essa, embora seja um bom instrumento de triagem, certamente não é um instrumento diagnóstico². Esse fato, entre muitos outros fatores, pode ajudar a entender o porquê de prévios estudos apresentarem alta variabilidade da prevalência de diagnóstico de DPP no Brasil e no mundo¹.

No estudo de Recife¹, os autores utilizaram uma entrevista estruturada para o diagnóstico, encontrando uma prevalência de 7,2% de DPP (previos estudos brasileiros encontraram prevalências de 16% a 46%)¹. Os autores argumentam que a menor prevalência por eles encontrada se deve ao uso de uma entrevista estruturada, ao contrário dos estudos anteriores. Entretanto, já havíamos realizado estudo, anterior ao de Cantilino *et al.*¹, usando uma entrevista estruturada para diagnóstico (MINI-PLUS³), segundo critérios do DSM-IV, e obtivemos uma prevalência de 26,9% de DPP².

Há muitas explicações para as diferenças de prevalência observadas entre nosso estudo² e o de Recife¹.

Em primeiro lugar, as participantes de nosso estudo foram selecionadas aleatoriamente entre todas as que tiveram partos no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006, em uma maternidade privada de Belo Horizonte. A entrevista foi realizada posteriormente em seus respectivos domicílios. No estudo de Recife, os dados foram obtidos a partir de uma amostra de conveniência, de mulheres atendidas em três instituições de saúde (duas públicas e uma privada). Em uma amostra randomizada como a nossa, potenciais vieses de seleção são reduzidos, enquanto em uma amostra de conveniência não estamos livres desses vieses. Por exemplo, poder-se-ia especular que mulheres deprimidas teriam menor motivação para procurar serviços de saúde por causa de seus sintomas depressivos e estariam dessa forma sub-representadas na amostra total.

No nosso estudo, as pacientes foram entrevistadas entre 40 e 90 dias após o parto (média de $58,2 \pm 9,5$ dias), enquanto no estudo de Recife¹ foram incluídas mães a partir de duas semanas de pós-parto. Segundo O'Hara e Swain⁴, estudos feitos com oito semanas ou mais de pós-parto mostram taxas de prevalências mais elevadas do que aqueles feitos com quatro semanas, certamente por abranger um período maior de tempo de seguimento.

Recebido em
6/7/2010
Aprovado em
12/7/2010

1 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Neurociências.

2 UFMG, Departamento de Psicologia.

3 UFMG, Departamento de Saúde Mental.

Endereço para correspondência: Patrícia Figueira
Rua Gustavo Pena, 44, sala 504, Horto
31015-060 – Belo Horizonte, MG
E-mail: patriciafigueira@planetarium.com.br

Finalmente, estudamos uma população atendida em uma instituição privada e que certamente não reflete o perfil socioeconômico de toda a população brasileira (por exemplo, em nossa amostra mais de 50% das mulheres tinham escolaridade de nível superior), enquanto no estudo de Recife a população estudada foi predominantemente aquela atendida em serviços públicos e com menor nível socioeconômico do que a nossa.

Concluindo, os estudos de prevalência de DPP são ainda um grande desafio. Diversas variáveis como o período a ser realizada a entrevista diagnóstica, critérios diagnósticos usados, perfil socioeconômico, entre muitos outros, parecem importantes. Novos estudos são necessários para melhor entendermos esse grave problema de saúde e assim melhorarmos nossas estratégias de detecção precoce, tratamento e compreensão de sua etiologia⁵.

REFERÊNCIAS

1. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque T, et al. Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):1-9.
2. Figueira P, Correa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev Saude Publica.* 2009;43(Supl 1):79-84.
3. Amorim P. The Mini Neuropsychiatric Interview (MINI): desenvolvimento de um questionário diagnóstico padronizado breve para avaliação dos transtornos mentais do DSM-IV e da CID-10. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;22(3):26-39.
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8(1):37-54.
5. Figueira P, Malloy-Diniz L, Campos S, Miranda DM, Romano-Silva MA, Neves FS, et al. An association study between the Val66Met polymorphism 5 of the BDNF gene and postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(3):285-9.