

Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto

Marital problems and other factors associated with postpartum psychiatric disorder

Artigo original

Palavras-chave

Período pós-parto
Depressão pós-parto
Impacto psicossocial
Transtornos mentais
Casamento

Keywords

Postpartum period
Depression, postpartum
Psychosocial impact
Mental disorders
Marriage

Resumo

OBJETIVO: Estudar a associação entre transtornos mentais pós-parto e fatores demográficos e psicossociais, pré e perinatais. **MÉTODOS:** Todas as famílias com crianças de quatro meses da Vila Jardim – Porto Alegre (RS) – nascidos entre novembro de 1998 e dezembro de 1999 foram avaliadas. Utilizou-se o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e entrevistas clínicas semiestruturadas individuais e do casal para fundamentar uma hipótese diagnóstica segundo os critérios do da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Realizou-se a avaliação da relação conjugal e do relacionamento da mãe com as famílias de origem e a rede social utilizando-se a Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional (GARF). **RESULTADOS:** Foram avaliadas 148 mães e os 116 pais que coabitavam. Segundo o SRQ, 34,4% das mães e 25,4% dos pais apresentaram suspeita de transtorno psiquiátrico. Clinicamente os percentuais foram maiores. Coabitar ou não com companheiro não esteve associado com transtorno mental materno. Na análise da totalidade do grupo de mulheres, estiveram associados: baixa renda familiar (OR=0,8; p<0,05) e a presença de transtorno materno no passado (OR=2,2; p<0,05). O estudo apenas das mulheres que coabitavam (n=116) mostrou associação exclusivamente com a má qualidade da relação conjugal (OR=7,3; p<0,05). **CONCLUSÃO:** Este estudo reforça a necessidade de se verificar a presença de transtorno mental materno da mãe nas consultas de pré-natal e puericultura, e introduz dados sobre o pai e, especialmente, sobre a importância da relação conjugal.

Abstract

PURPOSE: To study the association between postpartum psychiatric disorder and demographic and psychosocial, pre- and perinatal factors. **METHODS:** All families having 4-month-old infants in Vila Jardim, a district of Porto Alegre, Brazil, born at a public hospital from November 1998 through December 1999 were assessed. The Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and semi-structured interviews were used for the psychiatric assessment that included a possible diagnosis using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) criteria. Relational functioning between couples, the relationship with mother's family of origin and social network were assessed using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF). **RESULTS:** A total of 148 mothers and 116 cohabiting fathers were assessed. According to the SRQ, 34.4% of the mothers and 25.4% of the fathers had a suspicion of psychiatric disorder. Clinical assessments using DSM-IV criteria detected larger numbers. In the analysis of the whole group of women, low family income (OR=0.8; p<0.05) and presence of previous maternal disorder (OR=2.2; p<0.05) were associated. When only women living with partners were assessed (n=116), there was an exclusive association with quality of marital relationship (OR=7.3; p<0.05). **CONCLUSION:** This study reinforces the need of investigating the presence of maternal psychiatric disorder during prenatal care, introduces data about the father, and especially, the importance of routine assessment of the marital relationship.

Correspondência:

Suzi Roseli Kerber / Olga Garcia Falceto
Rua Ramiro Barcelos, 2.350
CEP: 90035-003 – Porto Alegre (RS), Brasil

Recebido

05/04/2011

Aceito com modificações

25/04/2011

Serviço de Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Gerência da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

Os índices de depressão pós-parto variam de 10 a 20%¹. Em um estudo brasileiro, Coutinho, Baptista e Morais² encontraram a taxa de 32,9% de sintomas depressivos em mulheres de uma amostra paulistana de baixa renda.

Fatores psicossociais relacionados a transtornos mentais pós-parto são amplamente discutidos na literatura. A imensa maioria é sobre depressão pós-parto. As taxas de sintomas depressivos variaram de 8,7³ a 53%⁴ nas mulheres avaliadas, sendo o primeiro um estudo maltês e o segundo um estudo sobre mulheres mexicanas que viviam nos Estados Unidos em más condições socioeconômicas.

Milhares de mulheres participaram dos estudos revisados incluindo americanas, inglesas, brasileiras, mexicanas, nigerianas, chinesas, suecas, turcas, maltesas, tailandesas, dentre outras. Os fatores que estiveram relacionados ao aumento nas taxas de sintomas depressivos foram: história prévia de doença psiquiátrica³⁻⁶, eventos de vida estressantes especialmente no ano anterior à gestação^{3,5,7,8}, mau relacionamento com o companheiro^{3,9}, baixo nível econômico⁹⁻¹¹, apoio social inadequado³⁻⁴, mau relacionamento com familiares^{3,4}, desemprego^{8,9}, pouca educação¹¹, gestação na adolescência¹², violência familiar¹³ e imigração recente^{4,5}.

Os fatores protetores encontrados foram boa renda familiar, bom apoio social, boa autoestima⁷, boa qualidade do relacionamento conjugal, apoio emocional e envolvimento em cuidados domésticos e com a criança oferecidos pelo pai¹⁴.

Este artigo visou estudar quais fatores estiveram associados com transtorno mental materno pós-parto na população de um bairro de periferia urbana de Porto Alegre (RS), incluindo-se, quando casadas ou coabitando com companheiro, a avaliação da saúde mental deste e a qualidade da relação conjugal.

Métodos

Delineamento do estudo

Este estudo de coorte transversal foi idealizado a partir da solicitação da Coordenação do Programa da Criança do Serviço de Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para colaborar na investigação das famílias de risco de sua área de abrangência tendo focalizado, inicialmente, os índices de aleitamento materno¹⁵, razão pela qual a coleta de dados foi feita quatro meses após o parto.

Foram incluídas todas as famílias do bairro Vila Jardim – Porto Alegre (RS) – que tiveram filhos no período compreendido entre novembro de 1998 e dezembro de 1999.

População

O bairro Vila Jardim, com aproximadamente 18 mil habitantes, tem características econômicas e socioculturais heterogêneas, predominando famílias de classe média baixa; tem boas condições de infraestrutura urbana como água, luz, esgoto, coleta de lixo, asfalto, exceto em algumas regiões constituídas por invasões de áreas verdes. Este bairro tem a cobertura de três postos de saúde pertencentes ao GHC.

A identificação das famílias do estudo foi feita através das declarações de nascidos vivos (DN) feitas sistematicamente nos hospitais pela prefeitura de Porto Alegre.

Amostra

Entre as 230 famílias com crianças de 4 meses que foram identificadas na comunidade, 70 (30,4%) não completaram a pesquisa e 12 foram excluídas devido a HIV materno ou outra razão que impedia o aleitamento materno, óbito do recém-nascido ou recusa em participar da pesquisa. Foram incluídas as 148 famílias que completaram o estudo.

Procedimentos diagnósticos

Embora o manual diagnóstico DSM-IV¹⁶ defina que os transtornos mentais pós-parto devam se iniciar até quatro semanas após o parto e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁷ cite o período de até seis semanas após o parto, definições baseadas em consenso de *experts* da Sociedade Marcé têm sugerido que transtornos pós-parto são aqueles iniciados no primeiro ano após o nascimento da criança¹⁸. Por isto, nesta pesquisa são chamados pós-parto os transtornos encontrados aos quatro meses após o nascimento da criança.

O questionário autorrespondido SRQ é uma escala amplamente utilizada como instrumento para detecção de transtornos psiquiátricos. Já foi utilizada em Porto Alegre por Busnello, Lima e Bertolete¹⁹ e validada na população de São Paulo, em 1986, por Mari e William²⁰. A versão utilizada, de 20 itens, mostrou-se capaz de identificar transtornos não psicóticos. Em estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury²¹, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e o *Self Report Questionnaire* (SRQ) apresentaram boa concordância como instrumentos de avaliação (K=0,75). O uso do SRQ justifica-se, também, por ser um instrumento amplamente utilizado em cuidados primários e de fácil aplicação.

A Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional (GARF) serve para a avaliação do funcionamento familiar, tendo sido validada para o Brasil por Falceto, Busnello e Bozzetti²². A escala dá uma nota global pontuando as famílias ou casais entre um (a unidade relacional está funcionando satisfatoriamente, segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores) e cinco (a unidade tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação). O grupo utilizou os

mesmos critérios para avaliar a relação das mães com suas famílias de origem e a relação com a rede social.

Na entrevista clínica individual, utilizaram-se perguntas abertas e perguntas dirigidas para identificar sintomas específicos. O paciente e familiares foram entrevistados. No diagnóstico, foram utilizados os critérios da DSM-IV.

Logística do estudo

O Núcleo de Epidemiologia do GHC recebeu as DN de todos os recém-nascidos da rede pública hospitalar que viviam na área de abrangência do estudo no período de novembro de 1998 a dezembro de 1999 e repassou-as ao grupo de pesquisa.

Aos quatro meses de vida da criança foi feita uma visita domiciliar por um estudante de Medicina, com o objetivo de obter-se permissão para fazer a entrevista familiar e agendá-la, além de obterem-se dados de identificação, moradia e outros. As famílias receberam a carta de apresentação da pesquisa e assinaram consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas e do GHC.

A entrevista foi realizada por dois terapeutas de família, foi semiestruturada e durava cerca de duas horas. Além da coleta de informações, foram observados os comportamentos e as interações dos entrevistados. A entrevista consistiu de uma conversa inicial com todos os membros da família incluindo avós e outros familiares e amigos. A segunda parte foi feita apenas com o casal e a criança, e a terceira, individualmente, com cada um dos pais. Quando a mãe declarou não ter companheiro ou estar separada, a conversa começou do mesmo modo e continuou individualmente com ela ou incluiu um membro de sua família de origem. As informações foram registradas em um protocolo padrão. As entrevistas foram gravadas em vídeo.

Os terapeutas de família avaliaram independentemente o funcionamento do casal, com as famílias de origem e rede social utilizando a escala GARF, assim como fizeram hipóteses diagnósticas pelo DSM-IV em relação ao pai e à mãe da criança. A pontuação final para cada dado foi feita por consenso desenvolvido em discussão entre os entrevistadores.

As mães e os pais preencheram o SRQ durante a entrevista, respondendo as perguntas dos entrevistadores.

Os responsáveis pela pesquisa (OGF e CF) realizaram entrevistas ao longo do processo, em duplas, com diferentes entrevistadores, para garantir a fidedignidade das informações. Os dados foram digitados duas vezes e cruzados para excluir eventuais erros de digitação.

Análise estatística

A análise estatística incluiu o cálculo de frequências das diversas variáveis. O teste *t* de Student foi utilizado para a comparação entre os grupos de mulheres com SRQ abaixo de sete e com SRQ igual ou superior a sete para as

variáveis contínuas, e o teste χ^2 para as variáveis categóricas. O teste de MacNemar foi utilizado para avaliar a correlação entre duas formas de avaliação, como entre a opinião a respeito da relação conjugal formulada pela mãe e pelos entrevistadores e, entre o SRQ e a avaliação clínica dos entrevistadores. Ao final, realizou-se um teste de regressão logística para se verificar a influência de possíveis variáveis de confusão na associação entre os fatores pesquisados e transtornos psiquiátricos do pós-parto. Entraram no modelo as variáveis que na análise bivariada, tiveram valor *p* inferior a 0,2. Embora renda e escolaridade tenham relação com o desfecho, estas apresentam uma alta correlação linear, e a renda provavelmente tem um impacto mais direto sobre a família, por isso foi escolhida. A mesma correlação linear ocorreu entre a saúde mental da mãe e do pai no passado e, entre qualidade do relacionamento da mãe com a família materna e relacionamento com a rede social. Optou-se por manter apenas a saúde mental materna e qualidade do relacionamento com a rede social.

Iniciou-se a análise comparando os grupos de mulheres com e sem transtorno. No modelo de regressão logística ficaram excluídos todos os fatores do pai e da relação conjugal por haver no grupo 32 mulheres sem companheiro. Este grupo foi pequeno para permitir uma regressão logística própria. Entretanto, foi possível realizar análise bivariada e regressão logística com o grupo de mulheres que coabitavam com companheiro.

O nível de significância estatística estabelecido para o estudo foi de 0,05. As análises foram realizadas no programa SPSS.

Fatores em estudo

Os seguintes fatores foram incluídos na pesquisa: a idade materna em anos completos; a escolaridade materna em anos completos de estudo; a renda familiar em salários-mínimos; o número de filhos morando na casa; se houve ou não planejamento da gravidez; se a experiência de parto foi considerada boa ou ruim; se havia a presença de companheiro; se havia ou não doença mental materna no passado.

Para se identificar doença mental materna e paterna, foi aplicado o SRQ; foram feitas perguntas diretas sobre uso de substâncias psicoativas, aplicada uma entrevista semiestruturada buscando um diagnóstico conforme os critérios do DSM-IV e formulada uma impressão dos entrevistadores a respeito da saúde mental.

Para avaliar a qualidade da relação conjugal colheram-se declarações da mãe e do pai sobre sua avaliação da relação conjugal, das relações sexuais e da frequência e tipo de conflitos entre os dois, o que resultava em uma resposta distribuída nas seguintes categorias: (1) o casal está bem; (2) o casal está mais ou menos; (3) o casal relaciona-se mal; (4) não se aplica (estão separados). Considerou-se como

tendo bom funcionamento conjugal o casal que pertencia à categoria 1. A partir de todas as observações da relação do casal durante a entrevista e informações obtidas, os entrevistadores utilizaram a escala GARF para atribuir um escore ao seu funcionamento. Para efeito de análise, os grupos foram categorizados em “sem dificuldades importantes”, quando as notas eram 1 ou 2 ou “com dificuldades de moderadas a graves”, quando as notas eram de 3 a 5.

Para a relação com a família de origem, a família paterna e a rede social, os entrevistadores deram uma nota de acordo com os critérios da escala GARF e a análise foi realizada com os mesmos critérios da relação de casal.

Resultados

Das 230 famílias entrevistadas, 12 (5,2%) foram excluídas e 70 (30,4%) participaram apenas da entrevista feita pelo estudante de Medicina.

Foi realizado um estudo comparativo entre as famílias que não foram entrevistadas pelos terapeutas de família e as que entraram no estudo, em busca de um possível viés de seleção. Foram analisados os seguintes fatores: idade materna, escolaridade materna, cor de pele da mãe, estado civil, se tinha companheiro, se trabalhava e tipo de vínculo com o trabalho, idade paterna, escolaridade paterna, cor de pele do pai, estado civil do pai, se trabalhava e tipo de vínculo, número de filhos do casal, número de pessoas morando na casa, tempo de residência na casa, tempo de migração, sexo do bebê, tipo de parto, se a gestação foi a termo, se houve hospitalização ou malformação do bebê. A análise identificou diferenças entre os grupos com maior número de homens negros ($p < 0,05$), sem emprego formal ($p < 0,05$) e com maior número de filhos por casal ($p < 0,05$) nas famílias que não completaram o estudo.

Entre as famílias estudadas, a idade média das mães foi de 22,5 anos (DP=6,5 anos), sua escolaridade média foi de 6,6 anos (DP=2,9 anos de estudo). A renda mediana foi de 3,5 salários-mínimos. Cerca de 57% das mulheres eram brancas, 27% negras e 16% de outras origens. Quinze por cento das mulheres trabalhavam em tempo integral, 6,8% em tempo parcial ou eventual e 77,7% não tinham emprego. A moradia foi considerada satisfatória (com luz elétrica, água encanada e instalações sanitárias) em 66,9% das famílias, regular em 23,6% e, insatisfatória em 9,5%. Dez por cento pertenciam à classe B, 43,5% à classe C, 29,3% à classe D e 17% à classe E. Setenta e oito por cento dos casais coabitavam, 8,8% dos casais não moravam juntos e 12,8% das mulheres não tinham companheiro. Em relação ao tipo de parto, 73,6% tiveram parto normal e 24,4% parto por cesareana. O peso médio dos bebês foi de 3.238g, sendo 52% do sexo masculino e 48% feminino. Quinze por cento dos bebês ficaram internados imediatamente após o nascimento e 4,1% necessitaram internar após esse período.

No momento da entrevista pela avaliação do questionário autorrespondido SRQ, 34,4% das mães tinham transtorno psiquiátrico. Por outro lado, a entrevista clínica utilizando os critérios do DSM-IV, identificou 54% das mães como apresentando evidências de transtorno mental, sendo que destas 63,8% evidenciaram quadro depressivo, 16,3% transtornos de ansiedade, 12,5% dependência de nicotina, 3,8% dependência ou abuso de álcool e 3,8% apresentavam outras patologias. Muitas apresentavam comorbidades.

Entre os pais, pela avaliação com o SRQ, 25,4% apresentavam transtorno psiquiátrico e pela avaliação clínica, 42,4%. Destes, 64,7% eram companheiros de mulheres que também tinham transtornos psiquiátricos.

A Tabela 1 mostra a associação entre os fatores em estudo e o desfecho no grupo total de mulheres. Os

Tabela 1 - Comparação intra-amstral entre as mulheres do grupo com suspeita de transtorno mental do grupo e sem esta suspeita e fatores associados

	Transtorno mental da mãe		Valor p
	Com suspeita n=51	Sem suspeita n=97	
Idade materna (n=148) – média e (DP)	27,1 (7,0)	24,7 (6,2)	<0,05
Escolaridade materna (anos) – (DP) (n=148)	5,5 (2,7)	7,3 (2,9)	<0,05
Renda familiar (n=147) – mediana (PC25 – PC75)	2,5 (1,1 – 4,4)	4,1 (2,2 – 6,3)	<0,05
Número de filhos (n=148) – mediana (PC25 – PC75)	2,0 (1,0 – 3,0)	1,0 (1,0 – 2,0)	<0,05
Gravidez não planejada – n (%)	42 (82,4)	68 (70,1)	0,1
Experiência de parto ruim – n (%)	23 (46)	39 (40,6)	0,6
Mãe sem companheiro – n (%)	9 (17,6)	23 (23,7)	0,5
Saúde mental da mãe com problemas no passado – n (%)	30 (58,8)	34 (35,1)	<0,05
Saúde mental paterna com problemas no momento da entrevista (n=116)* – n (%)	22 (52,4)	12 (15,6)	<0,001
Funcionamento do casal com problemas (n=116)** – n (%)	20 (47,6)	7 (9,5)	<0,001
Relação com a família de origem materna com problemas – n (%)	22 (43,1)	25 (25,8)	<0,05
Relação com a família de origem paterna com problemas – n (%)	12 (27,9)	18 (22,8)	0,9
Relação com a rede social com problemas – n (%)	20 (39,2)	24 (24,7)	0,1

DP: Desvio-padrão; PC25: percentil 25; PC75: percentil 75; *escala *Self Report Questionnaire*; **escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional.

fatores que se mostraram associados ao desfecho foram idade materna ($p < 0,05$), escolaridade ($p < 0,05$), renda familiar ($p < 0,05$), número de filhos ($p < 0,05$), planejamento da gravidez ($p = 0,16$), saúde mental materna no passado ($p < 0,05$), saúde mental paterna no momento da entrevista ($p < 0,001$), funcionamento do casal ($p < 0,001$), relacionamento materno com sua família ($p < 0,05$).

Segundo a regressão logística, quando analisadas em conjunto as mulheres com companheiro (116) e sem companheiro (32), os fatores que mostraram-se relacionados com o desfecho, na regressão logística (Tabela 2), foram baixa renda familiar ($p < 0,05$) e a presença de transtorno psiquiátrico materno no passado ($p < 0,05$).

Em uma nova análise bivariada apenas das mulheres que coabitavam com companheiro, 116 resultaram os fatores apresentados na Tabela 3 da regressão logística que estavam associados com transtorno mental ($p < 0,20$). As variáveis que entraram para a regressão logística foram: renda familiar, número de filhos, planejamento da gravidez, saúde mental no passado, qualidade da relação do casal e do relacionamento com a rede social. Após a regressão logística, apenas a má qualidade da relação do casal esteve associada com a presença de transtornos psiquiátricos quatro meses após o parto (OR = 7,3; $p < 0,05$).

Discussão

Este estudo, utilizando os critérios da Sociedade Marcé, avaliou mulheres quatro meses após o parto. Foram encontradas taxas alarmantes de transtornos mentais. Pela avaliação clínica de entrevistadores treinados, os índices de transtorno mental nas mães correspondeu a 54,0% da amostra enquanto que pelos critérios do SRQ o índice foi de 34,4%. Na totalidade da amostra, dois fatores estiveram associados a transtornos mentais pós-parto: baixa renda familiar e a presença de transtorno psiquiátrico materno no passado. O fato de ter ou não companheiro não modificou a frequência de transtornos mentais, dado semelhante ao encontrado na literatural²³. Entre as mulheres que tinham companheiro, apenas a má qualidade da relação conjugal mostrou-se associada à presença de transtorno psiquiátrico.

Esses dados de prevalência são semelhantes aos de Coutinho, Baptista e Morais² que, em mulheres de baixa renda de São Paulo, encontraram uma proporção de 32,9% das mulheres com depressão e aos de Cruz Simões e Faisal-Cury²¹ que estudaram mulheres atendidas em Programa de Saúde da Família e identificaram 37,1% de transtorno mental pelo SRQ e 37,1% de depressão pós-parto utilizando a EPDS. Além disso, na população estudada mais de 43,2% das mães e 35,6% dos pais tinham história psiquiátrica positiva. Estas proporções são superiores às relatadas na literatura^{24,25}. Vários autores também já documentaram esta associação³⁻⁶. Este achado

Tabela 2 - Análise de regressão logística dos fatores associados com transtorno mental pós-parto na totalidade das mulheres (n=148)

		Valor p	OR ajustado	Valor p
Idade materna OR (IC)	1,1 (1,0 - 1,1)	<0,05	1,1 (1,0 - 1,1)	0,15
Renda familiar OR (IC)	0,8 (0,7 - 1,0)	<0,05	0,9 (0,7 - 1,0)	<0,05
Número de filhos OR (IC)	1,5 (1,2 - 2,0)	<0,05	1,3 (0,9 - 1,7)	0,1
Planejamento da gravidez OR (IC)	0,5 (0,2 - 1,2)	0,1	0,6 (0,2 - 1,4)	0,2
Saúde mental materna no passado OR (IC)	2,7 (1,3 - 5,3)	<0,05	2,2 (1,0 - 4,9)	<0,05
Rede social OR (IC)	2,0 (1,0 - 4,1)	0,07	1,1 (0,5 - 2,6)	0,7

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3 - Análise de regressão logística dos fatores associados com suspeita de transtorno mental no pós-parto, incluindo apenas as mulheres que coabitam com companheiro (n=116)

	OR Bruto	IC	Valor p	OR Ajustado	IC	Valor p
Renda familiar	0,9	0,7 - 1,0	<0,05	0,9	0,8 - 1,1	0,07
Número de filhos	1,5	1,1 - 2,0	<0,05	1,3	0,9 - 1,8	0,14
Planejamento da gravidez	0,4	0,2 - 1,0	0,05	0,8	0,3 - 2,3	0,64
Saúde mental materna no passado	2,9	1,3 - 6,3	<0,05	2,0	0,8 - 5,2	0,16
Funcionamento do casal*	8,7	3,3 - 23,3	<0,001	7,3	2,2 - 24,5	<0,05
Rede social*	1,9	0,8 - 4,3	0,14	0,6	0,2 - 1,9	0,36

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confiança; *escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional.

confirma as evidências de que o transtorno presente no pós-parto é um episódio a mais na história de vida dessas mães e pais. Em um estudo em Portugal, a prevalência cumulativa encontrada na cidade do Porto de depressão no primeiro ano pós-parto foi de 53,7% para as mães e de 28,6% para os pais, muito acima de um estudo australiano, que apontou 27,3% para as mulheres e 10,1% para os homens. Uma possível razão para a diferença de prevalências é que o estudo australiano foi feito em uma amostra de famílias com melhor situação socioeconômica. Outros artigos citam índices entre 10 a 20% como sendo a prevalência esperada de depressão pós-parto, mas são todos originários de países desenvolvidos²⁶ e, além disso, não parecem se referir a prevalência cumulativa.

Problemas de saúde mental paternos também foram muito frequentes na população estudada. Entre os 118 pais estudados, 25,4% apresentavam suspeita de transtorno avaliado pelo SRQ e pela avaliação clínica, 42,4%. Este dado confirma o que encontramos na literatura. O pai também é afetado por algumas das mudanças negativas do puerpério,

como as alterações do sono e a sua relativa exclusão da relação mãe-bebê. Dois grupos de pesquisa referem-se à saúde mental do pai no período ao redor do nascimento de um filho^{27,28}; relatam que os homens são mais frequentemente acometidos de depressão a partir de três meses depois do nascimento e ao longo do primeiro ano de vida do bebê. Homens que têm esposas deprimidas tendem a se deprimir mais. Também as mulheres de companheiros com história de depressão têm um risco maior. Possivelmente, a falta de apoio mútuo, resultante do estado depressivo, está relacionada com estes achados. Há também, no período estudado, ou seja, quatro meses após o parto, uma tendência que a ajuda da rede social diminua, o que talvez confronte o pai, mais intensamente, com seu papel de provedor e protetor e com suas limitações pessoais, o que se torna ainda mais difícil quando a companheira sofre de transtorno mental¹⁵.

Na totalidade da amostra, outro fator associado a transtornos mentais pós-parto foi a baixa renda familiar, corroborando os dados da literatura⁹⁻¹¹. As mulheres sem companheiro demonstraram ter renda familiar menor neste grupo e houve uma tendência maior de apresentarem transtornos psiquiátricos no passado.

Entre as mulheres que tinham companheiro, apenas a má qualidade da relação conjugal mostrou-se associada à presença de transtorno psiquiátrico. Parece que nestas mulheres que têm mais idade e que têm companheiros também com mais idade e melhores condições de sustento das famílias, a qualidade da relação conjugal passa a ser o fator mais fortemente associado à sua saúde mental no pós-parto. Também é possível que mulheres com transtornos mentais no passado e com dificuldades econômicas tenham mais dificuldades de relacionamento, especialmente com seus companheiros, complicando a relação conjugal. Por este motivo, cabe uma verificação mais detalhada da saúde mental das mulheres casadas e com relações conjugais problemáticas, já que existe associação entre estas duas variáveis.

Entre as possíveis limitações metodológicas da pesquisa está o fato de ser um estudo transversal que não permite estabelecer relação de causa e efeito. Também não foram feitas comparações com outras populações como aquela de melhor renda no mesmo bairro, por exemplo. Ainda

cabe lembrar o alto número de famílias identificadas como candidatas ao estudo que não puderam ser entrevistadas. É importante ressaltar que é mais difícil a participação quando a pesquisa exige o envolvimento de toda a família. Além disso, a comparação entre o grupo estudado e o grupo não estudado indica que, possivelmente, os resultados seriam ainda mais preocupantes se toda a população tivesse sido entrevistada já que neste último havia um grupo maior de famílias vivendo em situação adversa, com maior número de homens negros, sem emprego formal e com maior número de filhos. Além disso, as exclusões também foram de um grupo de maior risco.

É importante explicar porque se utilizou a escala autorrespondida SRQ e não a EPDS que é a mais adotada na literatura: na época da coleta de dados, só a primeira estava validada no Brasil. Os resultados obtidos podem não ser superponíveis aos dos estudos que utilizaram a escala EPDS, entretanto, tendem na mesma direção. Além disso, nossos resultados mostraram boa correlação entre as notas do SRQ e a avaliação clínica feita por entrevistadores treinados.

A maior contribuição desta pesquisa está na originalidade de sua metodologia. A equipe entrevistou as mulheres em suas casas, procurou tornar as medidas o mais objetivas possível, usando dois métodos de aferição, solicitando informações a mais de um membro da família e valorizando os resultados do consenso da observação de dois terapeutas familiares treinados, que tinham um consultor (e vídeos das entrevistas) para ajudar na pontuação final quando não havia consenso.

Muito possivelmente, os resultados desta pesquisa podem ser estendidos à maioria das famílias com características e cultura semelhantes às da população estudada. Acreditamos que é fundamental, e que é possível, treinar o pessoal da saúde nos vários níveis de atenção, inclusive em cuidados primários, a realizar a detecção precoce de transtornos psiquiátricos nas mães e fatores de risco associados²⁹, em especial a qualidade da relação conjugal. A identificação, seguida do tratamento adequado, certamente trará consequências positivas para as mulheres, evitando a cronificação da depressão e prejuízos na qualidade da relação com a criança.

Referências

1. Brockington IF. A portfolio of postpartum disorders. In: Brockington IF. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996; p. 200-84.
2. Coutinho DS, Baptista MN, Morais PR. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*. 2002;10(2):63-71.
3. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese woman. *J Affect Disord*. 2004;82(2):297-30.
4. Martinez-Schallmoser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs*. 2003;14(4):329-38.
5. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(5):338-46.

6. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):125-33.
7. Ritter C, Hobfoll SE, Lavin J, Cameron RP, Hulsizer MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychol*. 2000;19(6):576-85.
8. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):97-104.
9. Owoeye AO, Aina OF, Morakinyo O. Risk factors of postpartum depression and EPDS scores in a group of Nigerian women. *Trop Doct*. 2006;36(2):100-3.
10. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):65-70.
11. Ozdenir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychol Health Med*. 2005;10(1):96-107.
12. Wolff L C, Valenzuela X P, Esteffan S K, Zapata B D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-8.
13. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac Med*. 2009;70(2):115-118.
14. Silva MR, Piccinini CA. Paternidade no contexto da depressão pós-parto: revisando a literatura. *Estud Psicol. (Natal)*. 2009;14(1):5-12.
15. Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(3):173-83.
16. American Psychiatric Association. *DSM-IV™ – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 1995. Transtornos do humor; p. 303-73.
17. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
18. Parry BL. Síndromes psiquiátricas pós-parto. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1134-41.
19. Busnello E, Lima B, Bertolete JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico – tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J Bras Psiquiatr*. 1983;32(4):207-10.
20. Mari JJ, William 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.
21. 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.
22. Falceto OG, Busnello ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;7(4):255-63.
23. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum psychiatric syndromes. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadocks comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1276-83.
24. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*. 1984;144:35-47.
25. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):30-5.
26. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):801-6.
27. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):36-41.
28. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*. 2000;60(2):75-85.
29. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3):411-6.