

## INVESTIGAÇÃO DOS FATORES INDICATIVOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM DOIS GRUPOS DE PUÉRPERAS

Mariana de Oliveira Fonseca\*  
Darlene Mara dos Santos Tavares\*\*  
Leiner Resende Rodrigues\*\*\*

### RESUMO

Este estudo descritivo, observacional e prospectivo teve como objetivos identificar a ocorrência da depressão pós-parto em puérperas de um hospital universitário e comparar as puérperas com indicativo de depressão pós-parto com aquelas sem este indicativo, segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Participaram 35 mulheres, as quais foram entrevistadas no hospital e posteriormente no domicílio, entre 30 e 45 dias após o parto, com a aplicação da Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS). Os dados foram analisados através de frequência simples e teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). A maioria das mulheres possuíam renda familiar que variava entre 1 e 3 salários mínimos (60%), 37,1% delas tinham primeiro grau incompleto, 51,4% tinham idade entre 19 e 35 anos 71,4% se constituíam de mulheres casadas ou que moravam com companheiro. A ocorrência de depressão pós-parto encontrada foi de 34,3%. As variáveis número de filhos, paridade e apoio da família e/ou amigos apresentaram associação com a ocorrência de depressão pós-parto. A depressão pós-parto pode ser considerada um sério problema de saúde pública e, devido a isso, sua inclusão deve ser considerada em todos os serviços de saúde que prestam atendimento a gestantes e puérperas, possibilitando sua detecção e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-parto. Enfermagem. Epidemiologia. Saúde da Mulher.

### INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é uma síndrome caracterizada por um transtorno no funcionamento emocional, comportamental, físico e cognitivo da mulher. Existem evidências de que ela não só afeta a puérpera e sua relação com o bebê, mas também se reflete em distúrbios cognitivos, comportamentais, sociais e psicológicos na criança e pode, a longo prazo, trazer impacto negativo sobre o desenvolvimento familiar<sup>(1-2)</sup>.

Esse mal atinge entre 10 e 15% das mulheres em geral, podendo ser o primeiro episódio de depressão para 60% delas<sup>(2-5)</sup>. Sua etiologia ainda não está bem definida, entretanto, nesse período ocorrem modificações neuroendócrinas e psicossociais. A interação dos fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, possivelmente, responde pela patogênese da doença<sup>(2-3,6,7)</sup>. O início dos sintomas é insidioso, ocorrendo na segunda ou terceira semanas do

puerpério<sup>(5)</sup>.

A sintomatologia depressiva no período pós-parto não difere muito da que ocorre em outras fases da vida, sendo caracterizada por ansiedade, baixa autoestima, humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso e apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, preocupação em cuidar do bebê, queixas somáticas, fadiga, sentimentos de inutilidade e/ou culpa, capacidade diminuída de pensar e de concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, tristeza, diminuição da feminilidade, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas e perda do interesse sexual<sup>(5,8-10)</sup>.

Os principais fatores de risco para depressão pós-parto são a falta de adequado suporte social, problemas conjugais, dificuldades econômicas, mudanças bioquímicas e hormonais, gravidez não desejada, complicações obstétricas, ausência de aleitamento materno, idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio,

\*Enfermeira. Mestranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. (EERP/USP). E-mail: marianaoliveirafonseca@hotmail.com

\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: darlenetavares@netsite.com.br

\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: leiner.rodrigues@bol.com.br

eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, a condição de solteira ou divorciada, e situação de desemprego, entre outros<sup>(9-10)</sup>.

Diferentes escalas permitem identificar, nos serviços de saúde, o indicativo de depressão pós-parto, com destaque para a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS), considerada um instrumento confiável e de fácil aplicação<sup>(4,7-8,10)</sup>. Isto pode trazer grandes benefícios para a mãe e sua relação com o bebê e sua família, pois seu uso rotineiro permitirá a identificação e tratamento precoces da depressão puerperal.

O enfermeiro, no atendimento às gestantes e puérperas, deve estar atento aos fatores de risco de depressão pós-parto, com o objetivo de prevenir e identificar precocemente o indicativo de depressão e favorecer o estabelecimento do vínculo mãe-bebê<sup>(11)</sup>; Contudo não se observa rotineiramente nos serviços de saúde o rastreamento do indicativo de depressão pós-parto. Desta forma, essa experiência, vivida subjetivamente pela mulher é por vezes invisível aos profissionais de saúde. Ademais, quando as mulheres ou familiares buscam tratamento, um quadro mais grave pode estar instalado.

Por outro lado, a atenção adequada e precoce à saúde da gestante e puérpera promove o seu processo de reconstrução, o fortalecimento das relações familiares e o crescimento e desenvolvimento saudável da criança<sup>(1,6)</sup>.

Este estudo foi conduzido com a finalidade de contribuir com a discussão sobre o rastreamento do indicativo de depressão pós-parto e sobre a reorganização do planejamento da atenção às gestantes e puérperas, e teve como objetivos identificar a ocorrência de indicativo de depressão pós-parto em puérperas de um hospital universitário e comparar as puérperas com indicativo de depressão pós-parto com aquelas sem este indicativo, segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo é descritivo, observacional e prospectivo. Os métodos de estatística descritiva têm o objetivo de resumir ou descrever as características importantes de um conjunto de dados. Em estudos observacionais observam-se e medem-se características específicas, mas não se modificam os sujeitos objeto do estudo. Há

diferentes tipos de estudos observacionais, entre eles o estudo prospectivo (ou longitudinal ou de coorte), no qual os dados são coletados no futuro, de grupos que compartilham fatores comuns<sup>(12)</sup>.

A presente investigação foi conduzida no Alojamento Conjunto da Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.

A população do estudo foi constituída por mulheres que atenderam aos critérios: ter realizado parto vaginal (normal ou por fórceps) ou cirúrgico (cesárea) nos meses de abril e maio de 2008, residir na zona urbana do município e aceitar participar da pesquisa. Como critério de exclusão adotou-se as puérperas não estarem em casa após três visitas. Destarte, 44 mulheres tiveram seu parto no período do estudo e 35 foram entrevistadas, uma vez que nove não foram encontradas no domicílio após três visitas.

Os dados foram coletados em dois momentos, a saber, no Hospital, durante o período de internação, e no domicílio, após 30 a 45 dias do parto. O segundo momento da coleta de dados foi definido baseando-se na literatura científica, que descreve que o início da sintomatologia depressiva ocorre a partir da segunda ou terceira semanas após o parto<sup>(5)</sup>. Nos dois momentos, os dados foram coletados por meio de entrevista.

No primeiro momento, as variáveis contidas no instrumento eram sociodemográficas (renda familiar, escolaridade, trabalho durante a gravidez, faixa etária, estado civil e número de filhos) e obstétricas (tipo de parto, número de consultas de pré-natal, necessidade de unidade de terapia intensiva, intermediária ou alojamento conjunto para o recém-nascido, paridade, planejamento da gravidez, apoio do companheiro, família e/ou amigos durante a gravidez e pensamentos e tentativas de interromper a gestação). No segundo momento utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), a qual é validada no Brasil e avalia, especificamente, o indicativo de depressão pós-parto<sup>(4)</sup>. Essa escala pode ser aplicada por profissionais de saúde que não psiquiatras, ou até mesmo pela paciente, além de ter uma interpretação rápida e direta. A partir daí

um diagnóstico mais apurado deve ser feito por profissional da área psiquiátrica. Tal escala é constituída de dez questões de múltipla escolha, cada uma delas constituída de quatro itens, os quais recebem valores que variam entre 0 e 3 pontos de acordo com a gradação dos sintomas avaliados, que são: humor deprimido ou disfórico, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa, ideias de morte e suicídio e distúrbios do sono<sup>(7-8,10,13)</sup>. A somatória dos pontos de cada questão perfaz um escore de no máximo 30. É considerado como indicativo de depressão pós-parto a puérpera obter um somatório igual ou superior a 12 pontos<sup>(4)</sup>.

As puérperas foram divididas em dois grupos: grupo 1, constituído por aquelas que apresentaram indicativo de depressão pós-parto, e grupo 2, composto pelas que não tiveram esse indicativo.

Construiu-se um banco de dados eletrônico no Programa EpiInfo 6<sup>TM</sup>. As variáveis categóricas foram analisadas por meio da distribuição de frequências. Para a comparação das puérperas do grupo 1 e do grupo 2 foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo considerado significativo quando  $p < 0,05$ .

A ocorrência de indicativo de depressão pós-parto foi verificada pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de mulheres com indicativo de depressão pós-parto}}{\text{Total de mulheres}} \times 100$$

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atendendo à Resolução N.º 196/96, protocolo n.º 924. Para garantir o anonimato e o sigilo das respostas, os instrumentos foram identificados por números. Às puérperas ofereceram-se informações sobre os objetivos e a natureza do estudo, e elas formalizaram sua anuência por meio da assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". As mulheres com indicativo de depressão pós-parto foram orientadas a procurar o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) de Uberaba ou a Clínica de Psicologia da Universidade de Uberaba (Uniube) para avaliação médica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ocorrência de indicativo de depressão pós-parto foi de 34,3%, percentual superior ao obtido em estudo (19,1%) no qual se utilizou a Escala de Hamilton (HAM-D)<sup>(3)</sup>.

Os percentuais obtidos nesta investigação sugerem a necessidade de utilização da EPDS como instrumento de rastreamento da depressão pós-parto, em especial pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma, seriam detectados precocemente os casos de indicativo de depressão pós-parto.

**Tabela 1.** Distribuição de frequências das puérperas dos grupos 1 e 2 segundo as variáveis sociodemográficas. Uberaba-MG, 2008.

Variáveis sociodemográficas	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>						
Até 1	1	7,7	5	22,7	6	17,1
1-3	9	69,2	12	54,6	21	60,0
Acima 3	3	23,1	5	22,7	8	22,9
<b>Escolaridade</b>						
Primeiro grau incompleto	6	46,1	7	31,8	13	37,1
Segundo grau incompleto	3	23,1	9	40,9	12	34,3
Segundo grau completo	4	30,8	6	27,3	10	28,6
<b>Trabalho durante a gravidez</b>						
Sim	4	30,8	7	31,8	11	31,4
Não	9	69,2	15	68,2	24	68,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
12-18	1	7,8	3	13,7	4	11,5
19-35	6	46,1	12	54,5	18	51,4
36-44	6	46,1	7	31,8	13	37,1
<b>Estado civil</b>						
Solteira	1	7,7	6	27,3	7	20,0
Divorciada	2	15,4	0	0	2	5,8
Viúva	1	7,7	0	0	1	2,8
Casada/mora com companheiro	9	69,2	16	72,7	25	71,4
<b>Número de filhos</b>						
1	2	15,4	11	50,0	13	37,1
2-5	8	61,5	5	22,7	13	37,1
>5	3	23,1	6	27,3	9	25,8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Pela distribuição da renda familiar (Tabela 1) observa-se que a maioria das entrevistadas (60%) recebe de 1 a 3 salários mínimos, o mesmo ocorrendo com o grupo 1 (69,2%) e o grupo 2 (54,6%). Destaca-se que no grupo 2 há maior percentual de mulheres (22,7%) recebendo

até 1 salário mínimo. Investigações realizadas nas cidades de Pelotas (35,6%), Vitória (36%) e São Paulo (42,4%) encontraram resultados semelhantes, em que a renda variava entre 1 e 4 salários mínimos<sup>(3,8,14)</sup>.

É possível que a renda familiar baixa possa estar relacionada ao fato de a maioria das mulheres (68,6%) não estar inserida no mercado de trabalho, e também a não terem sido incluídas mulheres internadas no sistema privado de saúde.

Quanto à escolaridade (Tabela 1), a maior parte das entrevistadas (37,1%) tem primeiro grau incompleto. Destaca-se que 46,1% das puérperas do grupo 1 possuem primeiro grau incompleto, enquanto 40,9% daquelas do grupo 2 possuem segundo grau incompleto. Esses resultados corroboram os de estudos realizados em Pelotas (53,4%) e em São Paulo (52,9%)<sup>(3,14)</sup>, entretanto diferem de outros dois - desenvolvidos na região de Brasília (92,8%) e em Santiago, no Chile (45,9%) - em que os maiores percentuais foram para as mulheres que possuíam segundo grau completo<sup>(13,15)</sup>.

A maioria das puérperas (68,6%) (Tabela 1) refere não ter trabalhado durante a gravidez, o mesmo ocorrendo para ambos os grupos. Uma pesquisa chilena que analisou a qualidade de vida de puérperas deprimidas mostrou que 89,3% das mulheres não trabalharam fora de casa durante a gravidez<sup>(15)</sup>. Diferentemente, dois estudos - desenvolvidos na região de Brasília e na cidade do Porto, Portugal - obtiveram maiores percentuais para aquelas que possuíam trabalho remunerado<sup>(13,16)</sup> respectivamente 71% e 76,1%. Destarte, apesar de o desemprego representar fator de risco para a depressão pós-parto<sup>(10)</sup>, não se observou consenso na literatura científica que evidencie a influência do trabalho na ocorrência da depressão pós-parto.

Quanto à faixa etária (Tabela 1), verifica-se que 51,4% das puérperas têm entre 19 e 35 anos de idade. No Grupo 1 os percentuais são iguais (46,1%) para as puérperas que estão entre 19 e 35 e 36 e 44 anos, enquanto no grupo 2 a maioria está entre 19 e 35 anos (54,5%); portanto, 92,2% das mulheres que apresentaram indicativo de depressão pós-parto são adultas e 7,8% são adolescentes. A predominância desta faixa etária também foi encontrada em pesquisa

que avaliou a prevalência da depressão pós-parto (57,1%)<sup>(3)</sup>.

Esperava-se que o grupo 1 fosse constituído de mulheres adolescentes, uma vez que a gravidez na adolescência pode ser um problema social e trazer consequências e impactos biopsicossociais negativos para a jovem, favorecendo o surgimento da depressão pós-parto<sup>(17)</sup>.

No que se refere ao estado civil (Tabela 1), 71,4% das puérperas são casadas/moram com companheiro. No grupo 1 este percentual é menor (69,2%) do que no grupo 2 (72,7%). Estudos realizados em cidades de três países - Brasil, Chile e Portugal - corroboram estes resultados<sup>(3,8,13,15-16)</sup>. Esta situação indica a necessidade de cuidar tanto do recém-nascido quanto da puérpera. Assim, a equipe de saúde pode estimular o estreitamento desta relação e o compartilhamento das atividades, tanto no momento em que a puérpera estiver nos serviços de saúde quanto durante as visitas domiciliares.

Observa-se na Tabela 1 a mesma porcentagem (37,1%) para as puérperas com 1 filho e com 2 a 5 filhos. Destaca-se que há maior proporção de puérperas com indicativo de depressão com maior número de filhos (2 a 5) quando comparadas àquelas sem o referido indicativo ( $\chi^2=6,01$ ;  $p=0,049$ ). Estes resultados corroboram com os de um estudo desenvolvido na cidade de Vitória, Espírito Santo<sup>(8)</sup>, no qual mulheres com maior número de filhos apresentaram maior índice de depressão pós-parto.

Ressalta-se que os problemas financeiros estão entre os fatores de risco para depressão pós-parto<sup>(9-10)</sup>. Nesta perspectiva, maior número de filhos gera mais gastos com alimentação, saúde, educação, higiene, etc. A ocorrência desta situação entre as famílias de recursos limitados pode levar a dificuldades financeiras e a desgaste emocional, propiciando o aparecimento de depressão pós-parto nas mulheres.

Verifica-se na Tabela 2 que a maioria das puérperas (57,1%) se submeteu ao parto cirúrgico. Dados diferentes foram encontrados entre os grupos. O parto cirúrgico foi mais frequente entre as mulheres do Grupo 1 (76,9%), enquanto no grupo 2 predominou o parto vaginal (54,5%). Outras investigações obtiveram

resultados diferentes, pois o parto vaginal ocorreu com mais frequência<sup>(14-15)</sup>.

**Tabela 2.** Distribuição de frequências das puérperas dos grupos 1 e 2 segundo as variáveis obstétricas. Uberaba-MG, 2008.

Variáveis obstétricas	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	3	23,1	12	54,5	15	42,9
Cirúrgico	10	76,9	10	45,5	20	57,1
<b>Número de consultas de pré-natal</b>						
1-5	0	0	4	18,2	4	11,4
6 ou mais	13	100,0	18	81,8	31	88,6
<b>Cuidados com o RN</b>						
Intensivos	1	7,7	0	0	1	2,9
Intermediários	0	0	4	18,2	4	11,4
Alojamento conjunto	12	92,3	18	81,8	30	85,7
<b>Paridade</b>						
Primípara	2	15,4	11	50,0	13	37,1
Múltipara	11	84,6	11	50,0	22	62,9
<b>Gravidez planejada</b>						
Sim	4	30,8	12	54,5	16	45,7
Não	9	69,2	10	45,5	19	54,3
<b>Apoio do companheiro</b>						
Muito	5	38,5	12	54,5	17	48,6
Normal	5	38,5	6	27,3	11	31,4
Pouco	3	23,0	4	18,2	7	20,0
<b>Apoio da família/amigos</b>						
Muito	3	23,0	15	68,2	18	51,5
Normal	5	38,5	6	27,3	11	31,4
Pouco	5	38,5	1	4,5	6	17,1
<b>Pensou em interromper a gestação</b>						
Sim	4	30,8	1	4,5	5	14,3
Não	9	69,2	21	95,5	30	85,7
<b>Tentou interromper a gestação</b>						
Sim	1	7,7	0	0	1	2,9
Não	12	92,3	22	100	34	97,1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15% dos partos devem ser realizados com intervenção cirúrgica, mais precisamente os que apresentam risco, ou seja, aqueles em que a cesárea é indispensável. No Brasil, o índice de partos cirúrgicos é de 43%, aumentando para 80% entre as mulheres que utilizam planos de saúde<sup>(18)</sup>. Em virtude destes números, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2008 uma

campanha para promover o aumento do índice de partos normais.

Com base nestes achados, é imprescindível a ação do enfermeiro no que se refere ao incentivo ao parto normal. As mães devem ser orientadas desde o início da gestação, durante as consultas de pré-natal, de modo a favorecer o aumento do seu conhecimento sobre a temática e, consequentemente, maior adesão.

Tal ação de enfermagem pode contribuir para a redução deste transtorno, tendo-se em vista que o parto cirúrgico é fator de risco para depressão pós-parto<sup>(11)</sup>. Ademais, a recuperação das mulheres que se submetem ao parto normal é mais rápida do que a daquelas que fazem parto cirúrgico, o que favorece o cuidado ao recém-nascido e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Quanto ao número de consultas de pré-natal observa-se, na Tabela 2, que 88,6% das puérperas passaram por seis ou mais consultas. Tal resultado está acima dos obtidos em outra investigação (73,7%)<sup>(3)</sup>. Destaca-se que todas as puérperas que apresentaram indicativo de depressão pós-parto realizaram seis ou mais consultas, enquanto para as sem este indicativo o percentual foi de 81,8%. O Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, das quais uma deve ocorrer no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Recomenda-se que o pré-natal seja iniciado precocemente, devendo ser regular e completo, de modo a garantir que todas as avaliações propostas sejam realizadas<sup>(19)</sup>.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de o enfermeiro realizar o rastreamento precoce da depressão pós-parto por meio da identificação dos seus fatores de risco, de ações preventivas e do encaminhamento precoce de puérperas com indicativo. A presença da gestante no serviço de saúde é um momento privilegiado para realizar ações educativas em que se discutam a repercussão da gestação na vida familiar, o cuidado ao recém-nascido, a interação familiar e outras questões de interesse.

Levando-se em consideração os cuidados destinados aos recém-nascidos após o nascimento, verifica-se (Tabela 2) que, em sua maioria (85,7%), as puérperas tiveram seus filhos encaminhados às enfermarias de alojamento conjunto. Ressalta-se que não houve

recém-nascido do grupo 1 que tenha necessitado de cuidados intermediários no berçário e nenhum do grupo 2 que tenha apresentado necessidades de cuidados intensivos em CTI neonatal. Resultado diferente foi encontrado em trabalho realizado na cidade do Porto, em Portugal, no qual 10,8% dos recém-nascidos necessitaram de cuidados intensivos<sup>(16)</sup>.

O encaminhamento do recém-nascido para o alojamento conjunto fortalece o vínculo entre mãe e filho, permitindo a convivência desde a sala de parto até a alta hospitalar. Esta situação certamente contribui para a redução da preocupação e ansiedade das mães em relação à saúde e alta hospitalar dos filhos, eventos que são os mais significativos neste período.

Em sua maior parte, as puérperas (Tabela 2) são multíparas (62,9%). No grupo 1, a porcentagem de multíparas (84,6%) é superior à de primíparas (15,4%), enquanto no grupo 2 os percentuais são iguais (50%) para multíparas e primíparas. Resultado contrário foi encontrado em estudo que rastreou a depressão pós-parto em mulheres atendidas por duas unidades da ESF, em que a maior parte delas (52,9%) constituiu-se de mulheres primíparas<sup>(14)</sup>. Há maior proporção de puérperas multíparas com indicativo de depressão pós-parto quando comparadas às primíparas que não apresentam este indicativo ( $\chi^2=2,84$ ;  $p=0,091$ ). Associação significativa entre a presença de depressão pós-parto e o maior número de partos também foi encontrada em outras investigações, desenvolvidas nas cidades de Vitória e Recife<sup>(8,17)</sup>.

A gravidez não foi planejada pela maioria das puérperas (54,3%). No grupo 1, o planejamento não foi feito por 69,2% das mulheres, enquanto no grupo 2 a maioria o fez (54,5%). Este resultado reforçou o apresentado por estudos desenvolvidos nas cidades de Santiago (61,6%), São Paulo (62,8%) e Pelotas (67,2%), nos quais a maioria das mulheres não haviam planejado sua gravidez<sup>(14-15,20)</sup>. É possível que, para algumas mulheres, a maternidade seja uma dificuldade, particularmente se a gravidez não é planejada.

No que diz respeito ao apoio que as puérperas receberam do companheiro, durante a gestação e no pós-parto, verifica-se que o maior percentual (48,6%) corresponde às que referiram ter recebido muito apoio. Destaca-se que no grupo 2

os percentuais daquelas que receberam muito apoio (54,5%) foi superior aos obtidos no grupo 1 (38,5%). Tais resultados corroboram com os de uma investigação que avaliou a prevalência de depressão pós-parto e seus fatores associados, na qual a maioria das mulheres recebeu muito apoio por parte do companheiro<sup>(3)</sup>. Isto pode representar, de certa forma, um fator protetor contra a depressão pós-parto. O apoio do companheiro favorece a interação com o recém-nascido, diminuindo o risco do aparecimento de doenças e favorecendo o desenvolvimento da criança.

Quanto ao apoio recebido pelas puérperas por parte da família e/ou amigos, verifica-se que a maioria recebeu muito apoio (51,5%). Estudo brasileiro desenvolvido em uma cidade do Sul do País evidenciou que 96,3% das entrevistadas receberam muito apoio por parte da família durante a gestação e no pós-parto<sup>(3)</sup>. No grupo 1 constatou-se maior proporção de puérperas que receberam pouco apoio ou apoio normal por parte da família e/ou amigos, quando comparado com o grupo 2, cujas integrantes receberam muito apoio ( $\chi^2=9,04$ ;  $p=0,0108$ ). Um estudo desenvolvido em duas unidades de saúde da família também encontrou associação significativa entre maior ocorrência de depressão pós-parto e menor apoio recebido pelas puérperas por parte da família e/ou amigos<sup>(14)</sup>. O apoio e o suporte social dos parentes e/ou amigos, neste momento de transição para a maternidade, representam o mesmo efeito protetor que o apoio advindo do companheiro.

A maior parte das puérperas relatou não ter pensado em interromper a gestação (85,7%), corroborando os resultados de outra investigação<sup>(3)</sup>. Em ambos os grupos a ausência deste pensamento foi relatada pela maioria delas, entretanto, no grupo 1, 30,8% das mulheres pensaram em interromper a gestação. O profissional de enfermagem pode detectar precocemente tal pensamento por meio de relatos e expressões das gestantes durante os cuidados prestados, visitas domiciliares e consultas de pré-natal. Assim, uma vez detectada a vontade de interromper a gestação, o enfermeiro deverá procurar compreender os reais motivos que as levaram a pensar nisto, orientando-as e encaminhando-as para um profissional especializado.

Na Tabela 2 observa-se que a maioria das puérperas (97,1%) relatou nunca ter tentado interromper a gestação. Pesquisa conduzida em Pelotas mostrou que 96,1% das entrevistadas nunca tentaram interromper a gestação<sup>(3)</sup>. Destaca-se que no grupo 1, 7,7% tentaram interromper a gestação em algum momento, e no grupo 2 este percentual representou 2,9%.

## CONCLUSÕES

Neste estudo, os maiores percentuais foram para as puérperas com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, primeiro grau incompleto, idade entre 19 e 35 anos, que eram casadas ou moravam com companheiro, não trabalharam durante a gravidez, submeteram-se ao parto cirúrgico, passaram por seis ou mais consultas de pré-natal, tiveram seus bebês encaminhados para o alojamento conjunto, eram múltíparas, não planejaram a gravidez, receberam muito

apoio por parte do companheiro e da família e/ou amigos e não pensaram nem tentaram interromper a gestação.

A ocorrência de indicativo de depressão pós-parto foi de 34,3%. A comparação entre os grupos 1 e 2 evidenciou que havia maior proporção de puérperas com indicativo de depressão pós-parto, múltíparas que tinham entre 2 e 5 filhos e que receberam pouco apoio ou apoio normal por parte da família e/ou amigos, quando comparadas às puérperas sem este indicativo.

Sugere-se o uso da EPDS nos serviços de saúde, bem como a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. É essencial que as puérperas sejam avaliadas quanto ao indicativo de depressão pós-parto, de maneira a se fazer a detecção e o tratamento precoce. Desta forma se estará contribuindo para a prevenção de doenças, com a consolidação dos laços afetivos da mãe e do filho e de todos os membros familiares.

---

## INVESTIGATION OF INDICATIVE FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN TWO GROUPS OF MOTHERS

### ABSTRACT

This descriptive, observational and prospective study, aimed to identify the occurrence of postpartum depression on mothers of a University Hospital and compare mothers with postpartum depression indicative to those without, according to the sociodemographic and obstetric variables. Participated in the study 35 women, interviewed in the Hospital and later at home, 30 to 45 days after birth, when the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was applied. The data were analyzed using simple frequency and chi-square test ( $p < 0.05$ ). Most women had family income between 1|-|3 minimum wage (60%); elementary school education (37.1%); aged between 19|-|35 years (51.4%) and married/lived with partner (71.4%). The occurrence of postpartum depression was 34.3%. The variables: number of children, parity and support from family and/or friends were associated with the occurrence of postpartum depression. The postpartum depression can be considered a serious public health problem and, because of that, its inclusion must be considered in all health services that provide care to pregnant women and mothers, allowing early detection and treatment.

**Key words:** Postpartum Depression. Nursing. Epidemiology. Women's Health.

---

## INVESTIGACIÓN DE LOS FACTORES INDICATIVOS DE DEPRESIÓN POSPARTO EN DOS GRUPOS DE PUÉRPERAS

### RESUMEN

Este estudio descriptivo, observacional y prospectivo, tuvo como objetivos identificar la ocurrencia de la depresión posparto en puérperas de un Hospital Universitario y compararlas con indicativo de depresión posparto con aquellas sin este indicativo, según las variables sociodemográficas y obstétricas. Participaron 35 mujeres, entrevistadas en el Hospital y posteriormente en el domicilio, entre 30 y 45 días después del parto, donde se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS). Los datos fueron analizados a través de frecuencia simple y teste chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ). La mayoría de las mujeres poseía renta familiar que variaba entre 1|-|3 salarios mínimos (60%), la escuela primaria incompleta (37,1%), edad entre 19|-|35 años de edad (51,4%) y era casada/vivía con compañero (71,4%). La ocurrencia de depresión posparto encontrada fue de 34,3%. Las variables número de hijos, paridad y apoyo de la familia y/o amigos presentaron asociación con la ocurrencia de depresión posparto. La depresión posparto puede ser considerada un grave problema de salud pública y, debido a esto, su inclusión debe ser considerada en todos los servicios de salud que brinden atención a mujeres embarazadas y puérperas, posibilitando la detección y el tratamiento precoces.

**Palabras-clave:** Depresión Posparto. Enfermería. Epidemiología. Salud de la Mujer.

## REFERÊNCIAS

- Schmidt EB, Piccoloto NM, Miller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF*. 2005;10(1):61-8.
- Wender MCO, Magno VA, Marc C, Manfroí A. Depressão puerperal: atualização. *Femina*. 2002 ago; 30(7):439-44.
- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(1): 65-70.
- Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasilienses. 1995. [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria. 6ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Barbosa FS, Maus KP, Lima RP, Zinerman DE, Lima CP. Episódio depressivo Maior com início no pós-parto: fatores de risco. *Femina*. 2003 jan/fev; 31(1):73-7.
- Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comun Ciências Saúde*. 2008;19(1):51-60.
- Ruschi GEC, Sun YS, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29(3):274-80.
- Coutinho DS, Baptista MN, Morais PR. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto: Rev Neuropsiquiatr Infãnc e Adoles*. 2002; 10(2): 63-71.
- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):92-102.
- Mendes APD, Galdeano LE. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Cienc Cuid Saúde*. 2006; 5(3):363-71.
- Triola MF. Introdução à Estatística. 10ª. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
- Santos MFS, Martins FC, Pasquali F. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin*. 1999; 26(2):32-40.
- Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-8.
- Rojas GC, Fritsch RM, Solís JG, González AM, Guajardo TV, Araya BR. Calidad de vida de mujeres deprimidas em el posparto. *Rev Med Chile*. 2006; 134:713-20.
- Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34(4):157-165.
- Barbosa EMS, Petribú K, Mariano MHA, Ferreira MNL, Almeida A. Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 mar; 30(1):86-87.
- Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OMS/OPAS; 1996.
- Ministério da Saúde. Manual técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007 nov; 23(11):2577-588.

---

**Endereço para correspondência:** Mariana de Oliveira Fonseca. Rua José de Alencar, núm. 722, apto 106, Bairro São Benedito. Uberaba, MG. CEP: 38022-040. E-mail: marianaoliveirafonseca@hotmail.com

**Data de recebimento:** 22/05/2009

**Data de aprovação:** 26/08/2009