

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DE MARINGÁ

Fabrcia Tissei Mosso

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: fabriciatissei@hotmail.com

Francielli Cangussu de Lima Volpi

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: frandracena@hotmail.com

Douglas Valdir Scalise

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: douglasscalise@bol.com.br

Maria Aparecida Salci Molina

Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: mariamolina@cesumar.br

Edivan Rodrigo de Paula Ramos

Docente do Curso de Biomedicina do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: edivanramos@yahoo.com.br

RESUMO: Considerando-se que a depressão é o distúrbio afetivo mais comum no puerpério e afeta tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de determinar a prevalência de depressão pós-parto e seus fatores de risco em puérperas atendidas em um hospital público de Maringá-PR. Entre 45 e 60 dias após o parto normal ou cesárea, 50 parturientes responderam uma escala para detecção de sintomas depressivos (Escala de Edimburgo) e um questionário para avaliação de características psicossociodemográficas como idade, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, número de filhos, número de consultas pré-natal, reação do pai à gravidez, pensamento e tentativa de interromper a gravidez. Os resultados foram descritos de forma quantitativa e analisados pelo Teste Exato de Fisher com nível de significância $p < 0,05^*$. Foi demonstrada uma prevalência de 28% de DPP, que esteve significativamente associada à ocupação ($p = 0,0422^*$), reação do pai à gravidez ($p = 0,0119^*$) e planejamento da gestação ($p = 0,0296^*$). Estes resultados demonstram que a prevalência de DPP encontrada é alta e está próxima à média das prevalências encontradas em outros estudos, indicando assim, a necessidade de uma maior atenção dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, em relação à saúde mental de gestantes e parturientes.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Puerpério; Prevalência; Fatores de Risco; Enfermagem.

PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION IN PUERPERIUM MOTHERS OF MARINGÁ

ABSTRACT: Considering that depression is more common in postpartum affective disorder and affects both the mother as the baby's health, this work was carried out to determine the prevalence of postpartum depression and its risk factors in mothers attended in a public hospital in Maringá-PR. Between 45 and 60 days after normal delivery or c-section, 50 women answered for a scale for the detection of depressive symptoms (Edinburgh Scale) and a questionnaire for assessing psycho social demographic characteristics such as age, marital status, level of education, occupation, number of children, number of prenatal visits, the father's reaction to pregnancy, and if there was an attempt to interrupt the pregnancy. The results were described in a quantitative and analyzed by Fisher's exact test with significance level $p < 0.05^*$. It was shown a prevalence of 28% of DPP, which was significantly associated with occupation ($p = 0.0422^*$), the father's reaction to pregnancy ($p = 0.0119^*$) and planning of pregnancy ($p = 0.0296^*$). These results show that the prevalence of PPD found is high and is close to the average prevalence found in other studies, thus indicating the need for greater health attention of professionals, particularly the nurses, in relation to mental health of pregnant women and parturients.

KEYWORDS: Depression; Puerperium; Prevalence, Risk Factors; Nursing.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto representam uma situação única na vida da mulher, pois nesta fase ela passa por intensas alterações nos âmbitos fisiológico, social e emocional (NASCIMENTO, 2003). Apesar disso, o puerpério é reconhecido como o período em que a mulher apresenta maior possibilidade de adoecer emocionalmente, sendo que os transtornos do humor representam as principais alterações (CAMACHO *et al.*, 2006).

As alterações afetivas no período pós-parto são divididas em três categorias: melancolia ou tristeza materna (*postpartum blues*), psicose e depressão. A tristeza materna é caracterizada mais por um estado reativo que depressivo, ocorrendo entre o segundo e o quinto dias do puerpério e com regressão espontânea entre a segunda e quarta semanas após o parto (LARSEN, 2001).

A psicose puerperal é considerada uma desordem psiquiátrica grave, tornando-se necessária a internação da puérpera; porém este distúrbio tem baixa prevalência, acometendo aproximadamente uma em cada 1.000 parturientes (CAMACHO *et al.*, 2006). A depressão é a alteração emocional mais comum no puerpério e caracteriza-se clinicamente como um episódio depressivo de grau moderado a grave, iniciando a partir das quatro primeiras semanas após o parto e alcançando sua maior intensidade nos primeiros seis meses (SILVA; BOTTI, 2005).

Os sinais e sintomas da DPP variam em a intensidade e a forma como se apresentam. Em geral, a sintomatologia é caracterizada por desânimo persistente, idéias suicidas, alterações do sono, diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental, com a presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas e sentimento de culpa (MARQUES, 2003).

Além dos efeitos negativos observados na mãe, a DPP também influencia negativamente o neonato, sobretudo no aspecto de seu desenvolvimento cognitivo e social (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005). Somando-se a isso, a mãe com depressão pode necessitar de hospitalização e isto poderia resultar em separação ou até mesmo abandono do neonato, o que agravaria ainda mais seu quadro clínico-emocional (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005). Muitas vezes, as possíveis internações psiquiátricas maternas ocorrem devido à falta ou deficiência de diagnóstico precoce e de assistência psicológica no pré-natal e puerpério (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

Se considerarmos que a DPP é a alteração psiquiátrica mais comum em puérperas e que suas conseqüências são graves tanto para mãe quanto para o bebê, torna-se necessária a execução de programas preventivos e de apoio às puérperas nessa fase tão especial e crítica de suas vidas. Neste sentido, profissionais da área de saúde, em especial os enfermeiros, devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo está errado e vice-versa. Isto é importante, pois permite que a puérpera possa expressar livremente seus temores e ansiedades aos profissionais de saúde, que, se bem treinados e preparados, podem dar assistência e orientação, ajudando-as a enfrentar as diversas situações de maneira adaptativa, confiante e realista (CATAFESTA *et al.*, 2007).

O uso de escalas de avaliação de DPP tem se mostrado útil tanto em estudos epidemiológicos quanto na triagem de possíveis casos de DPP por profissionais de saúde (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999); contudo, a aplicação e a interpretação da maioria destas escalas só podem ser feitas por profissionais

especializados, como psicólogos e médicos psiquiatras. Isto dificulta o diagnóstico precoce de DPP, pois a participação destes profissionais no atendimento público à parturientes ainda é baixa.

A escala de Edimburgo (*Edinburgh Post-Natal Depression Scale*), desenvolvida na Inglaterra por Cox, Holden e Sagovsky (1987), tem se mostrado útil em estudos epidemiológicos e triagem de possíveis casos de DPP, pois sua aplicação e interpretação podem ser feitas por qualquer profissional de saúde. Esta escala é um instrumento de auto-registro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (zero a três) de acordo com a presença e intensidade dos sintomas (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, idéia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa).

No Brasil, Santos, Martins e Pasquali (1999) demonstraram que a escala tem uma sensibilidade de 84%, especificidade de 82% e valor preditivo positivo de 82% quando se utiliza como ponte de corte para sintomas depressivos a pontuação igual ou superior a 12. Estes resultados mostram que a escala de Edimburgo pode ser válida para estudos epidemiológicos brasileiros.

Considerando-se que a DPP pode prejudicar tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, a realização de estudos que demonstrem a prevalência e os principais fatores associados à depressão pós-parto (DPP) tem sido importante para melhor compreensão desta patologia e a elaboração de medidas preventivas. Neste sentido, este trabalho teve como objetivo a determinação da prevalência de DPP em puérperas atendidas em um hospital público de Maringá, bem como a caracterização psicossociodemográfica das puérperas para identificação dos fatores associados à DPP.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com parturientes atendidas no Hospital Universitário de Maringá (HUM) entre outubro de 2006 e maio de 2007. Neste período, 300 gestantes tiveram parto normal ou cesáreo realizado no HUM. A seleção da amostra foi feita por adesão voluntária, obedecendo aos seguintes critérios de exclusão: residir em outro município ou na área rural; apresentar filhos natimortos ou com alteração morfológica; estar em luto recente; não encontrarse em casa no segundo dia da visita. Após a exclusão das parturientes conforme os critérios citados, a amostra teve um total de 50 participantes.

As visitas ao hospital ocorreram nas segundas, quartas e sextas-feiras, quando as puérperas que estavam no segundo dia após o parto ou cesárea foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a dela participar. Neste dia, foram obtidos os dados referentes ao endereço da parturiente. A visita domiciliar para preenchimento dos questionários foi realizada entre 45 e 60 dias depois da visita no hospital. A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido ocorreu no dia da visita domiciliar.

Os dados referentes à sintomatologia depressiva foram obtidos através da Escala de Edimburgo. As parturientes que tiveram pontuação igual ou superior a 12 foram consideradas com DPP. Este ponto de corte foi utilizado com base em estudo realizado por Santos, Martins e Pasquali (1999), onde foi demonstrado que essa pontuação apresenta melhor valor de predição e eficiência global.

Os dados psicossociodemográficos foram obtidos através de questionário impresso com as seguintes variáveis: idade, estado civil, ocupação profissional, grau de escolaridade, número de filhos, planejamento da gravidez, número de consultas pré-natal, reação

do pai à gravidez, planejamento da gravidez, intenção e tentativa de interromper a gravidez.

Os dados foram analisados estatisticamente pelo Teste Exato de Fisher, com nível de significância $p < 0,05$.

Este trabalho foi realizado mediante parecer favorável n.º 179/2006 do Comitê de Ética em Pesquisa do Cesumar (COPEC).

3 RESULTADOS

A pontuação mínima obtida pela escala de Edimburgo foi zero, e a máxima, 24. Catorze (28%) das puérperas tiveram pontuação igual ou superior a 12 e foram classificadas como parturientes com sintomas depressivos ou DPP.

Quanto à faixa etária, a idade mínima observada foi de 16 anos e a máxima, de 40 anos, sendo que seis parturientes apresentavam idade inferior a 18 anos, 34 tinham entre 18 e 30 anos e 10 estavam com mais de 31 anos (Tabela 1). Não foi observada diferença significativa ($p=0,7987$) entre a faixa etária e a pontuação positiva para depressão.

Tabela 1 Relação entre a faixa etária e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
< 18	2	14,3	4	11,1	0,7987
18 30	10	71,4	24	66,7	
> 31	2	14,3	8	22,2	
Total	14	100,0	36	100,0	

Da mesma forma, apesar de haver maior prevalência (28,6%) de parturientes solteiras com sintomas depressivos em relação àquelas sem depressão (8,3%), essa diferença não foi significativa ($p=0,1447$) (Tabela 2).

Tabela 2 Relação entre o estado civil e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

ESTADO CIVIL	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Solteira	4	28,6	3	8,3	0,1447
Casada/União Consensual	9	64,3	31	86,1	
Separada/Divorciada	1	7,1	2	5,6	
Total	14	100,0	36	100,0	

O grau de escolaridade não representou um fator significativo ($p=0,6101$) para a presença de DPP (Tabela 3). Por outro lado, observou-se que as parturientes que trabalham apenas em casa têm, significativamente ($p=0,0119^*$), maior chance para o desenvolvimento de depressão (Tabela 4).

Em relação ao planejamento da gravidez, foi demonstrado que este foi proporcionalmente maior nas parturientes com depressão do que naquelas com pontuação negativa para DPP

Tabela 3 Relação entre o grau de escolaridade e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

GRAU DE ESCOLARIDADE	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Fundamental/1º Grau	6	42,9	16	44,4	0,6101
Médio/2º Grau	8	57,2	17	47,2	
Superior/3º Grau	0	0	3	8,4	
Total	14	100,0	36	100,0	

Tabela 4 Relação entre a ocupação e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

OCUPAÇÃO	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Do lar*	14	100	24	66,7	0,0119 *
Trabalha fora	0	0	12	33,3	
Total	14	100,0	36	100,0	

* fator significativo para a presença de DPP ($p < 0,05$)

(Tabela 5), e este fator foi considerado significativo ($p=0,0296^*$) para presença ou não da depressão.

Tabela 5 Relação entre ao planejamento da gravidez e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Planejada	1	7,1	13	36,1	0,0296 *
Não Planejada*	12	85,8	23	63,9	
Indesejada	1	7,1	0	0,0	
Total	14	100,0	36	100,0	

* fator significativo para a presença de DPP ($p < 0,05$)

Da mesma forma, houve relação significativa ($p=0,0422^*$) entre a reação do pai à gravidez e a presença de sintomas depressivos, sendo que a reação de felicidade foi proporcionalmente menor nas mulheres com DPP (Tabela 6).

Tabela 6 Relação entre a reação do pai à gravidez e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

REAÇÃO DO PAI À GRAVIDEZ	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Feliz*	9	64,3	33	91,7	0,0422 *
Indiferença	4	28,6	2	5,6	
Revolta	1	7,1	1	2,7	
Total	14	100,0	36	100,0	

* fator significativo para a presença de DPP ($p < 0,05$)

Por outro lado, nem intenção nem a tentativa de interromper a gravidez (Tabela 7 e 8, respectivamente) foram situações determinantes para a presença de quadro depressivo ($p=0,0613$ e $p=0,2800$, respectivamente).

Tabela 7 Relação entre a intenção de interromper a gravidez e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

INTENÇÃO DE INTERROMPER A GRAVIDEZ	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F)
	Sim		Não		
	N	%	N	%	p valor
Sim	3	21,4	1	2,8	0,0613
Não	11	78,6	35	97,2	
Total	14	100,0	36	100,0	

Tabela 8 Relação entre a tentativa de interromper a gravidez e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

TENTATIVA DE INTERROMPER A GRAVIDEZ	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F)
	Sim		Não		
	N	%	N	%	p valor
Sim	1	7,1	0	0,0	0,2800
Não	13	92,9	36	100,0	
Total	14	100,0	36	100,0	

O número de filhos da parturiente também não foi considerado um fator significativo ($p=0,1066$) para a presença de depressão (Tabela 9).

Tabela 9 Relação entre o número de filhos e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

NÚMERO DE FILHOS	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F)
	Sim		Não		
	N	%	N	%	p valor
Nenhum	2	14,3	15	41,7	0,1066
Um - Dois	8	57,1	17	47,2	
≥ Três	4	28,6	4	11,1	
Total	14	100,0	36	100,0	

Embora o maior número de consultas pré-natal tenha sido observado em maior proporção nas parturientes sem sintomatologia para depressão, esta variável não foi determinante ($p=0,1839$) para a presença de DPP (Tabela 10).

4 DISCUSSÃO

Embora a depressão possa acometer a população de forma geral, algumas situações clínicas e/ou fisiológicas, como, por exemplo, o puerpério, podem favorecer o seu desenvolvimento. A prevalência de depressão no puerpério é maior em relação à população em geral e isto tem sido associado à maior cobrança social sobre a puérpera em relação a comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com o bebê (BAPTISTA; FURQUIM, 2003 apud BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006), fatores hormonais (VERAS; NARDI, 2005)

Tabela 10 Relação entre o número de consultas pré-natal e a presença de depressão das puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				Fisher (F)
	Sim		Não		
	N	%	N	%	p valor
1 - 3	1	7,1	0	0,0	0,1839
4 - 8	6	42,9	9	25,0	
8 - 10	5	35,8	15	41,7	
Maior que 10	2	14,2	12	33,3	
Total	14	100,0	36	100,0	

e a busca de satisfação absoluta na maternidade (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Estudos realizados em outros países vêm demonstrando uma prevalência de DPP entre 15 e 20% (BECK, 2001; CHANDRAN *et al.*, 2002; HANNA; JARMAN; SAVAGE, 2004; RIGHETTI *et al.*, 2002). No Brasil, apesar dos poucos trabalhos publicados nesta área, observa-se uma prevalência de DPP variando de 13,7 a 37,1% (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; MORAES *et al.*, 2006; COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007). Nossos resultados demonstraram uma prevalência de 28% de depressão entre as puérperas, valor este que se encontra próximo à média dos estudos citados anteriormente.

Essa grande variação na taxa de prevalência nacional de DPP pode estar relacionada às diferentes escalas utilizadas no levantamento dos sintomas depressivos e à pontuação de corte para detecção de depressão. Isto pode ser observado nas taxas de prevalência encontradas por Costa, Pacheco e Figueiredo, (2007) (13,7%), Moraes e colaboradores (2006) (19,1%) e Cruz, Simões e Cury (2005) (37,1%), que utilizaram, respectivamente, a Escala de Edimburgo, a Escala de Hamilton e a Escala de Edimburgo. Ressalta-se ainda que Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) e Cruz, Simões e Cury (2005) obtiveram resultados bem diferentes, apesar de utilizarem a mesma escala. O provável motivo desta diferença pode estar relacionado à pontuação de corte adotada - 13 e 12, respectivamente.

A idade da puérpera pode influenciar o desenvolvimento de depressão, e isto tem sido associado à pouca maturidade afetiva, aos relacionamentos dessas puérperas e ao fato de que grande parte delas abandona os estudos em função da maternidade (TROUTMAN; CUTRONA, 1990). De fato, a prevalência de DPP em adolescentes pode ser duas vezes maior em relação às mulheres adultas (DEAL; HOLT, 1998). Da mesma forma, Freitas e Botega (2002) encontraram uma alta prevalência de depressão e ideação suicida em gestantes adolescentes, demonstrando assim que a depressão no puerpério pode ter origem no período gestacional.

Neste trabalho, não encontramos relação significativa entre a idade da parturiente e a presença de DPP, embora tenha sido observada uma maior proporção de puérperas adolescentes com depressão em relação às adolescentes sem sintomatologia depressiva. Contudo, vale ressaltar que Cruz, Simões e Cury (2005) também não encontraram diferenças significativas entre a idade da parturiente e a presença de depressão ao avaliarem puérperas atendidas pelo Programa Saúde da Família da cidade de São Paulo.

O companheiro ou parceiro da gestante e/ou puérpera pode influenciar de diferentes formas o desenvolvimento ou não de depressão no puerpério. Essa influência pode ser mensurada pelo

estado civil da gestante e/ou puérpera, reação do pai à gravidez e apoio do pai durante a gravidez.

A presença do companheiro durante a gravidez e/ou puerpério é importante para a gestante e/ou parturiente no tocante à segurança transmitida por ele e, principalmente, à divisão de responsabilidades (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005). A importância do estado civil no desenvolvimento de DPP tem sido ressaltada por diferentes trabalhos, que demonstram uma associação entre a depressão no puerpério e a ausência do parceiro (PFOST; STEVENS; LUM, 1990; BROWN *et al.*, 1994; DEAL; HOLT, 1998). Diferentemente destes autores, mas em concordância com Romito, Saurel-Cubizolles e Lelong (1999), não encontramos uma relação entre o estado civil da parturiente e a presença de sintomatologia depressiva.

Por outro lado, observamos que a reação do pai ao saber da gravidez teve influência na presença de DPP. Neste caso, a reação de felicidade do pai foi um fator significativo para a ausência de depressão. Estes resultados são semelhantes àqueles encontrados por Cruz, Simões e Cury (2005), nos quais se observou que o suporte social do marido foi importante para a ausência de DPP, mesmo o estado civil não mostrando relação significativa com o quadro depressivo da puérpera.

A literatura não traz nenhuma informação sobre relação entre o grau de escolaridade da parturiente e a presença de depressão. Da mesma forma que Romito, Saurel-Cubizolles e Lelong (1999) e Cruz, Simões e Cury (2005), não encontramos associação significativa entre o grau de escolaridade e a presença de depressão. Apesar disso, vale ressaltar que o grau de escolaridade está diretamente relacionado a melhores condições socioeconômicas, e alguns trabalhos vêm demonstrando que a prevalência de DPP aumenta com a piora dos indicadores socioeconômicos da parturiente (MORAES *et al.*, 2006; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Quando avaliamos a ocupação profissional da parturiente e sua relação com a presença de sintomas depressivos, observamos que o fato de a parturiente trabalhar somente em casa foi significativo para a presença de um quadro depressivo. Este resultado é contrário ao obtido por Cruz, Simões e Cury (2005), que não observaram influência da ocupação na prevalência de DPP. O fato de a parturiente trabalhar fora pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de DPP, pois o trabalho, neste caso, representa um evento estressante. Além disso, existe a preocupação da mãe quanto ao término da licença-maternidade e à necessidade de se buscar outra pessoa que possa cuidar do filho (MALDONADO, 1997). Por outro lado, o trabalho fora pode representar para a mulher independência financeira, melhores condições socioeconômicas e maior satisfação pessoal e, dessa forma, reduzir o risco de desenvolvimento de transtornos afetivos (AZEVEDO; ARRAIS, 2005).

O planejamento da gravidez, sem dúvida, reduz o risco de problemas afetivos durante a gestação e/ou puerpério, por vários motivos. Primeiramente, na maioria das vezes o planejamento de uma gravidez implica em estabilidade conjugal e econômica, que representa um fator emocional importante para a puérpera (MORAES *et al.*, 2006). Além disso, a maternidade representa para a mulher uma forma de realização pessoal, fazendo com que ela se prepare psicologicamente para a gravidez (MALDONADO, 1997).

Embora Cruz, Simões e Cury (2005) não tenham encontrado relação entre a DPP e o planejamento da gravidez, este trabalho demonstrou que a presença de sintomas depressivos

foi significativamente maior nas puérperas que não planejaram a gravidez.

A gravidez não planejada pode, muitas vezes, ser indesejada e levar a gestante a pensar em interromper a gravidez ou a tentar fazê-lo. De fato, observamos que a proporção de puérperas com depressão que pensaram em interromper a gravidez foi maior em relação às puérperas com pontuação negativa para DPP. Além disso, somente as mulheres com depressão relataram tentativa de interromper a gravidez. Embora neste trabalho não tenha sido encontrado significado estatístico entre o pensamento e tentativa de interromper a gestação, Moraes e colaboradores (2006), ao avaliarem puérperas de Pelotas - RS, encontraram que o pensamento de interromper a gravidez foi um fator para o desenvolvimento de DPP.

Em geral, as puérperas primíparas podem apresentar maior dificuldade na transição para a maternidade, e isso, associado a baixa auto-estima, pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos no puerpério (MORAES *et al.*, 2006; SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Por outro lado, Zinga, Phillips e Born (2005) relatam que as puérperas múltíparas podem ter maior possibilidade de desenvolver depressão, devido à sobrecarga de tarefas. Contudo, nossos resultados não demonstram uma relação significativa entre o número de filhos e a presença de DPP.

Estima-se que a prevalência de depressão na gravidez esteja em torno de 7,4% no primeiro, 10,8% no segundo e 12% no terceiro trimestres (BENNETT *et al.*, 2004). Contudo, estes valores podem ser ainda maiores, uma vez que os sintomas da depressão durante a gestação muitas vezes são confundidos com a sensibilidade e a fragilidade relacionada à fisiologia própria da gravidez (NASCIMENTO, 2003). Esta alta prevalência de transtorno do humor em gestantes pode estar vinculada a maior predisposição genética, maior vulnerabilidade a eventos estressantes, mudanças do sistema neuroendócrino ou à combinação de todos estes fatores (STEINER; DUNN; BORN, 2003).

A depressão na gravidez pode se estender ou se agravar no período puerperal, sendo que as mudanças endócrinas podem estar entre as principais responsáveis por isso, já que os níveis de estrógeno e de progesterona são superiores nas gestantes, e quando chega o puerpério ocorre uma redução abrupta nesses níveis (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003).

Mesmo não sendo encontrada associação entre o número de consultas pré-natais e pontuação positiva para DPP, deve-se levar em consideração que as alterações do humor podem ter início na gestação, sendo necessário que a gestante, durante a realização do pré-natal, tenha um atendimento diferenciado em relação à saúde mental.

5 CONCLUSÃO

Avaliados em conjunto, os resultados deste trabalho demonstram uma prevalência de 28% de sintomas depressivos entre as puérperas que tiveram parto normal ou cesáreo no HUM. Além disso, os casos de DPP tiveram significativa associação com o planejamento da gestação, ocupação da puérpera e reação do pai à gravidez. Fatores como idade da puérpera, estado civil, grau de escolaridade, número de consultas pré-natal, número de filhos, pensamento e tentativa de interromper a gravidez não tiveram relação significativa com o quadro depressivo da puérpera.

Estes dados sugerem uma pouca atenção dispensada pelos profissionais de saúde à saúde mental das puérperas, e isto pode estar relacionado à falta de profissionais especializados no serviço de saúde pública e/ou ao despreparo dos profissionais para identificar possíveis transtornos depressivos nestas pacientes. Considerando-se que o enfermeiro é o profissional de saúde com maior contato com gestantes e puérperas, enfatizamos que este profissional pode exercer um papel importante na triagem de sintomas depressivos e fatores de risco relacionados à depressão e ao encaminhamento das puérperas para um atendimento especializado.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós - parto. **Psicologia: Reflexão e Críticas**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.
- BECK, C. T. Predictors of postpartum depression: an update. **Nurse Research**, v. 50, n. 5, p. 275-285, 2001.
- BENNETT, H. A. et al. **Prevalence of depression during pregnancy: systematic review**. **Obstet Gynecol**, v. 103, n. 4, p. 698-709, 2004.
- BLOCH, M.; DALY, R. C.; RUBINOW, D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Compr Psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 234-246, 2003.
- BROWN, S. et al. **Missing voices: the experience of motherhood**. Nova York: Oxford University Press, 1994.
- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 1-16, 2006.
- CATAFESTA, F. et al. Pesquisa - cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 457-475, 2007.
- CHANDRAN, M. et al. Post - partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: incidence and risk factors. **British Journal of Psychiatry**, v. 181, p. 499-504, 2002.
- COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 4, p.157-165, 2007.
- COX, J.L.; HOLDEN, J. L.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10. Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 27, n. 4, p. 1-15, jan./abr. 2005.
- DEAL, L. W.; HOLTH, V. L. Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 national maternal and infant health survey. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 2, 1998.
- FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.
- GUEDES-SILVA, D.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós - parto: Prevenção e conseqüências. **Revista Mal - Estar e Subjetividade**, v.3, n. 2, p. 439-450, set. 2003.
- HANNA, B.; JARMAN, H.; SAVAGE, S. The clinical application of three screening tools for recognizing post - partum depression. **Internation Journal of Nursing Practice**, v. 10, n. 2, p. 72-79, 2004.
- LARSEN, F. W. A tristeza materna após o parto. **Revista Mudanças**, v. 9, n. 15, p. 187-215, jan./jun. 2001.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo, SP: Editora Saraiva, 1997.
- MARQUES, C. Depressão materna e representações mentais. **Revista Análise Psicológica**, v.21, n. 1, p. 85-94, 2003.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 1, jan./fev. 2006.
- MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista Psiquiátrica RS**, v. 27, n. 2, p. 165-176, maio/ago. 2005.
- NASCIMENTO, M. J. Preparar o nascimento. **Revista Análise Psicológica**, v. 21, n. 1, p. 47-51, 2003.
- PFOST, K. S.; STEVENS, M. J.; LUM, C. U. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. **Journal Clin Psychol**, v. 46, n. 5, p. 588-592, 1990.
- RIGHETTI, M.; et al. Postpartum depression and mother - infant relationship at 3 months old. **Journal of Affective Disorder**, v. 70, n. 3, p. 291-306, 2002.
- ROMITO, P.; SAUREL-CUBIZOLLES, M. J.; LELONG, N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 1651-1661, 1999.

- SANTOS, M. F.; MARTINS, F.; PASQUALI, L. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.
- SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós - parto: Fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Revista Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, Jan/ jun. 2005.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudo de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.
- SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal - uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.
- STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. **Journal of affective disorders**, v.74, n. 1, p. 67-83, 2003.
- TROUTMAN, B. R.; CUTRONA, C. E. Nopsychotic postpartum depression among adolescent mothers. **Journal Abnorm Psychol**, v. 99, n. 1, p. 69-78,1990.
- VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 57-68, 2005.
- ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 56-64, 2005.