# *Perfil epidemiológico de puérperas com quadro de depressão pós-parto em unidades de saúde de um município da Serra Catarinense, SC*

## *Epidemiological profile of puerperal patients with postpartum depression in health units of a city in the Santa Catarina mountain range*

Marco Antonnio Rocha dos Santos[1], Everley Rosane Goetz[2], Gustavo Pires Sicco[1], Henrique Gaspar Sabatini Fernandes[1], Michelle Medeiros[1], Natália Elisa Boing Melo[3], Vanessa Freitas Bratt[1]

## RESUMO

**Introdução:** Foi realizada uma pesquisa acerca do perfil epidemiológico de depressão pós-parto em um município de médio porte da Serra Catarinense, SC. Teve como principal objetivo traçar e analisar o perfil epidemiológico da população de puérperas atendidas pelas Unidades de Saúde pesquisadas. É uma patologia que pode comprometer os cuidados da mulher consigo mesma e com o recém-nascido, implicando em vários aspectos psicossociais entre mãe e bebê. A prevalência de depressão pós-parto parece variar tanto em números quanto em apresentação dos sintomas de acordo com as diferentes populações. **Metodologia:** A pesquisa deu-se por corte transversal dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, de um questionário estruturado e análise das informações encontradas nas pacientes puérperas atendidas pelas unidades pesquisadas. Foram incluídas na pesquisa pacientes que tiverem dado a luz em um período menor ou igual a 6 meses, de qualquer faixa etária e que sejam atendidas pelas Unidades de Saúde pesquisadas durante o período da coleta de dados. **Resultados:** Os resultados foram obtidos a partir de uma amostra de 40 entrevistas feitas em três unidades de saúde. A prevalência de possíveis diagnósticos de depressão pós-parto foi de 40%, e os principais fatores relacionados foram tabagismo, nível elevado de estresse e má relação com o pai da criança. Sugerem-se novas pesquisas com mais sujeitos e maior tempo de amostragem para que mais diferenças significativas possam ser examinadas.

UNITERMOS: Depressão pós-parto, Epidemiologia, Fatores de risco.

## ABSTRACT

***Introduction:*** *A survey was carried out on the epidemiological profile of postpartum depression in a medium-sized city of the Santa Catarina mountain range. Its main aim was to find and analyze the epidemiological profile of the population of puerperal patients seen at the Health Units surveyed. Postpartum depression is a disorder that can compromise the mother's care with herself and the newborn, implying in several psychosocial aspects between mother and baby. The prevalence of postpartum depression seems to vary both in numbers and in the presentation of symptoms according to the different populations.* ***Methods:*** *A cross-sectional study of the obtained data was performed by administering the Edinburgh Postnatal Depression Scale and a structured questionnaire, and by analyzing the information from the puerperal patients visiting the units surveyed. Included in the study were patients who had given birth within a period of less than or equal to 6 months of any age group and who were seen at the Health Units surveyed during the data collection period.* ***Results:*** *The results were obtained from a sample of 40 interviews carried out in three health units. The prevalence of possible diagnoses of postpartum depression was 40% and the main related factors were smoking, high stress level, and poor relation with the child's father. Further research with more subjects and longer sampling time is suggested so that more significant differences can be examined.*

KEYWORDS: *Postpartum depression, epidemiology, risk factors.*

[1] Acadêmico de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac).
[2] Doutora em Psicologia. Professora das Faculdades do Instituto de Ensino Superior do Goiás (Iesgo).
[3] Graduação em Ciências Biológicas.

## INTRODUÇÃO

A depressão maior e demais transtornos psiquiátricos que se apresentam no período pós-parto são um campo de trabalho e pesquisa ainda pouco explorados. Doenças psiquiátricas pós-parto são uma área pouco reconhecida e tratada, e pouco pesquisada (1).

Os transtornos psiquiátricos durante a gravidez e puerpério são comuns, porém pouco diagnosticados e subvalorizados na prática clínica (2). A depressão maior é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e afeta uma em cada 33 crianças e um em cada oito adolescentes, de acordo com a *National Mental Health Association* (3).

O conhecimento a respeito da prevalência de depressão pós-parto (DPP) faz-se necessário por ela ser uma doença incapacitante, o que acaba comprometendo os cuidados da mulher consigo mesma no pós-parto e com o recém-nascido, implicando em vários aspectos psicossociais entre mãe e bebê. A qualidade do relacionamento da mãe com o filho é afetada. Há um menor interesse pelas relações sociais e pela brincadeira da criança. (4)

É importante o rastreio das gestantes e das puérperas com sintomas depressivos, uma vez que é estimado "que 25 a 35% das mulheres desenvolvam sintomas depressivos na gestação e que até 20% das gestantes podem apresentar critérios diagnósticos de depressão" (2), e muitos episódios de depressão que acontecem no período pós-parto têm um início insidioso três ou quatro meses após o nascimento da criança (1).

A gravidez acaba por se tornar uma experiência extremamente individualizada para a mulher, e, apesar da ideia de que ela é um período repleto de felicidade e alegria, não é o panorama encontrado em todas as gestantes. Nesse ponto, mulheres que já apresentaram uma patologia psiquiátrica em outras gravidezes possuem chances muito maiores de adoecerem novamente. Aproximadamente 60 a 80% das mulheres que apresentaram doenças psiquiátricas em partos anteriores voltam a apresentar a patologia em partos seguintes (5).

Vale ressaltar que "o parto não é agente causal dos transtornos psiquiátricos do puerpério, mas representa, efetivamente, fator de risco para o seu aparecimento ou para a reagudização de doenças preexistentes" (5).

Os critérios para o diagnóstico de depressão devem estar presentes há pelo menos duas semanas. São eles: (a) humor deprimido, quase diariamente; (b) diminuição do interesse ou do prazer na maioria das atividades; (c) perda não programada de peso, considerada por 5% do peso corporal; (d) alterações de padrão de sono; (e) agitação e/ou lentificação física, da fala ou do pensamento; (f) fadiga e cansaço quase diariamente; (g) sentimentos inadequados de culpa e menos valia; (h) diminuição da concentração e indecisão; (i) ideação com ou sem tentativas de suicídio e pensamentos sobre morte frequentemente (3). Nota-se ainda a redução do interesse sexual, retraimento social, crises de choro e alterações de ritmos circadianos (2).

Por ser o momento em que a mãe irá expor suas dúvidas, questionamentos e aflições sobre a maternidade, os atendimentos de pré-natal e de puericultura se configuram em momentos capitais para o rastreio da depressão. É importante a valorização das queixas trazidas pela gestante ou pelas puérperas desde a primeira consulta e explorar sua evolução ao longo das consultas (2).

É importante enfatizar que o tratamento para a depressão não influi na gestação e nos cuidados com o recém-nascido, como a amamentação. Em verdade, ele evita recidivas; evita internações desnecessárias; permite experiência emocional positiva da maternidade; preserva a amamentação, auxiliando no vínculo mãe/filho; preserva o comportamento emocional e cognitivo do recém-nascido. Não há indícios de teratogenicidade para os psicofármacos. Suas concentrações plasmáticas quando da amamentação encontram-se em níveis não tóxicos (à exceção dos diazepínicos, os quais podem causar sonolência no lactente). Eletroconvulsoterapia não apresenta contraindicação e está indicada no insucesso de outras terapias (5).

A escala utilizada para rastreio de depressão pós-parto é a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS, em inglês). O modelo utilizado na pesquisa foi validado no Brasil. (6).

Foi realizado um estudo comparativo entre a EPDS e uma entrevista psiquiátrica estruturada (Mini-Plus 5.0), sendo esta utilizada como padrão ouro, e chegou-se à conclusão de que as propriedades psicométricas da EPDS garantem que ela é um bom instrumento para a triagem de transtorno depressivo maior pós-parto, o que justifica seu uso no SUS para garantir o reconhecimento, o diagnóstico e possibilitar o tratamento da doença (7).

Formulou-se a hipótese inicial de que os fatores de risco trazidos pela literatura seriam encontrados em maior prevalência nas pacientes que apresentassem um possível diagnóstico de DPP. A necessidade de dados a respeito dessa patologia motivou essa pesquisa. Dados atualizados da população local podem ajudar a elucidar em quais grupos sociais há uma maior probabilidade do desenvolvimento da doença, auxiliando na elaboração de um plano de prevenção e tratamento nas unidades de saúde em que a pesquisa será feita.

Os objetivos que nortearam a realização da pesquisa foram: traçar o perfil epidemiológico da DPP nas Unidades de Saúde pesquisadas; comparar os fatores de risco trazidos pela literatura e analisar sua correlação com o que é relatado pelas entrevistadas; proporcionar o rastreio de possíveis casos comunitários de depressão não tratada e, com isso, encaminhar as pacientes para tratamento adequado.

## MÉTODOS

O delineamento da pesquisa deu-se por corte transversal dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e de um questionário

estruturado e da análise das informações encontradas nas pacientes puérperas das Unidades de Saúde pesquisadas.

Foram pesquisadas três Unidades Básicas de Saúde de um município de médio porte da Serra Catarinense, SC.

A pesquisa abrangeu pacientes que deram a luz a um bebê nos últimos seis meses e que eram atendidas pelas Unidades de Saúde pesquisadas. Não foi colocada nenhuma exigência de idade, tendo em vista a variação apresentada nesse critério pela população-alvo, bem como a existência de fatores de risco apresentados pela literatura que variam de acordo com a faixa etária.

A presente pesquisa foi financiada pela Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), através de aprovação no edital nº 127/2013 para Grupos de Pesquisa.

O período de coleta dos dados deu-se entre os meses de setembro e dezembro de 2013.

As pacientes ou seus responsáveis (caso a mesma tenha idade inferior a 18 anos) que autorizaram a participação no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto fora submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac).

Foram incluídas na pesquisa as puérperas, pacientes que tiverem dado a luz em um período menor ou igual a seis meses, de qualquer faixa etária, e que sejam atendidas pelas Unidades de Saúde participantes durante o período de setembro a dezembro de 2013.

Foram excluídas da pesquisa as puérperas que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Excluir-se-iam também os casos em que a paciente não desejasse participar, ou que seus responsáveis legais não autorizassem; porém, tal caso não aconteceu.

A coleta de dados ocorreu após a assinatura do TCLE pela paciente ou pelo responsável. Na sequência, aplicou-se a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo – EPDS – e o questionário estruturado confeccionado para a presente pesquisa.

A EPDS apresenta uma graduação de pontos, a qual varia de acordo com as alternativas escolhidas pela paciente. A graduação varia de 0 a 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a 10 indica uma possível depressão e foi usado como ponto de corte. O item 10 da escala avalia a existência de pensamentos suicidas, e a escolha de qualquer valor maior do que zero foi considerada positiva para ideação suicida.

Com o questionário, pretendeu-se avaliar os principais fatores de risco relatados pela literatura e obter mais informações sobre a amostra pesquisada. As variáveis presentes no questionário eram: idades da mãe e pai da criança, constituição familiar, profissão de ambos, renda familiar, auxílio para cuidados com o bebê, relação com o pai da criança, nível de estresse, histórico pessoal de sintomas depressivos, histórico familiar de depressão, uso de drogas (lícitas ou não), planejamento ou não da gestação, desejo ou não de ter a criança.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, observadas através da distribuição de frequências e de medidas de tendência central, com auxílio do software *Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 40 puérperas que tenham dado a luz em um período igual ou menor a seis meses. A Tabela 1 ilustra o perfil etário das participantes, das crianças e de seus pais.

Diante da análise dos dados, percebeu-se que a faixa etária das participantes variou entre 17 anos e sete meses e 41 anos e um mês, média de 26 anos, prevalecendo um número maior de puérperas entrevistadas com a faixa etária de 20 a 32 anos. As crianças tiveram uma idade média pouco mais de três meses, com variação entre um e seis meses. A idade média dos pais foi de 29 anos, com variação entre 17 anos e seis meses e 46 anos e cinco meses, com a maioria incluída entre 21 e 37 anos. Entre as 40 entrevistadas, 37 responderam ser casadas, duas solteiras e uma viúva.

A constituição familiar mais prevalente foi a família nuclear, definida aqui por mãe, pai e filhos, com um total de 24 casos (60% da amostra). Em seguida, a constituição de família extensa, aqui definida por família nuclear acrescida de parentes do primeiro grau de um dos cônjuges; tal configuração ficou com sete casos (17,5%). A família monoparental maternal apareceu em dois casos (5%). Dentre as participantes, 12 estavam tendo seu primeiro filho (30%), enquanto as demais (28 entrevistadas, 70%) já haviam tido outros.

O nível educacional foi questionado. No caso das mães, 37,5% possuíam como maior grau educacional o ensino fundamental ou fundamental incompleto; 50% haviam cursado o ensino médio; 12,5% cursaram o ensino superior. Os pais apresentavam a seguinte distribuição: 37,5% com fundamental ou fundamental incompleto; 45% com ensino médio ou médio incompleto; 15% com superior ou superior incompleto; apenas um dos casos (2,5%) não teve nenhuma escolaridade.

Entre as mulheres, a profissão mais citada foi trabalhadora do lar (30%); auxiliar administrativa e de produção também aparecem com destaque. 80% das entrevistadas relatam que não estão trabalhando no momento. Entre os

**Tabela 1** – Perfil etário das puérperas, crianças e pais

| | Qual a idade da mãe? | Qual a idade da criança? | Qual a idade do pai? |
|---|---|---|---|
| Média | 26,05 | 0,03 | 29,32 |
| Mediana | 26,57 | 0,03 | 29,05 |
| Moda | 18,11(a) | 0,01 | 20,11(a) |
| Desvio-Padrão | 6,35 | 0,02 | 8,22 |
| Idade Mínima | 17,07 | 0,01 | 17,06 |
| Idade Máxima | 41,01 | 0,06 | 46,05 |

N = 40
Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa.

homens, não houve grande predomínio de uma profissão. O destaque fica por conta de trabalhadores braçais que exercem função de pintor, pedreiro, marceneiro, etc. 12,5% não estão trabalhando no momento.

A renda familiar aproximada mais presente ficou entre um e dois salários mínimos (62,5%); 15% relatam que a família ganha menos de um salário mínimo; 20% entre três e quatro; e apenas uma entrevistada (2,5%) relatou que a família ganha mais de cinco salários mínimos.

Histórico pessoal de depressão foi relatado por 10 entrevistadas (25%). Sintomas depressivos em outras gestações foram relatados por oito das entrevistadas (20%). Entre aquelas que obtiveram valor igual ou superior a 10 na EPDS, as porcentagens eram, respectivamente, 29% e 23,5%. Além disso, 17 pacientes (42,5%) apresentaram histórico de depressão em parentes do primeiro grau.

Dentre as entrevistadas, 75% relataram que receberam ajuda da família no cuidado com o bebê. Mesma porcentagem informava ter boa relação com o pai da criança. Dentre aquelas que obtiveram escore maior de 10 na EPDS, a porcentagem de boa relação com o pai da criança caía para 65%.

O nível de estresse foi questionado e as seguintes opções foram apresentadas às entrevistadas: muito baixo; baixo; alto, ou muito alto. Das entrevistadas, (12) 30% da amostra relataram estresse muito baixo, mesmo número que apontou níveis baixos e altos. A opção de estresse muito alto foi escolhida por 4 participantes (10%). Dentre as entrevistadas com possível diagnóstico de DPP, o nível de estresse considerado alto foi visto em 47% e muito alto em apenas uma das participantes (5,8%). A Figura 1 ilustra essas relações.

Sete das entrevistadas informaram usar tabaco durante a gestação e no período pós-parto; dentre elas, cinco apresentaram escore de possível diagnóstico de DPP. O uso de outras drogas fora negado por todas as participantes. Também 12,5% (5 participantes) afirmaram dificuldade para engravidar, e 22,5% (9 entrevistadas) relataram histórico pessoal de abortamentos. A gestação fora planejada por 17 das entrevistadas (42,5%). Após a descoberta da gestação, ela não fora desejada por três das entrevistadas.

A Tabela 2 ilustra o número de possíveis diagnósticos de DPP. Tal consideração é feita com um valor somatório igual ou maior a 10 na EPDS.

O item 10 da EPDS se presta a avaliar a existência de pensamentos suicidas ou de autoflagelamento por parte da puérpera. Foram considerados marcações positivas para esses comportamentos caso a entrevistada marcasse a alternativa e valor igual ou superior a um. Na Tabela 3, ilustram-se os achados dessa análise.

## DISCUSSÃO

Boa parte dos sintomas depressivos associados ao puerpério pode ter resolução espontânea em até 6 meses, motivo pelo qual escolhemos o primeiro semestre como corte cronológico do nosso estudo (2).

A prevalência de possível diagnóstico de DPP foi de 40%. A literatura especializada traz uma variação média de 8 a 20%. Com base nessa diferença expressiva de prevalência, os autores imaginam que quatro aspectos possam estar implicados: a amostragem relativamente pequena; a ausência de dados sobre a prevalência de DPP, especialmente no Brasil; o fato de que as literaturas são de origem internacional, ou se baseiam em estudos internacionais em seus dados; e o fato de que no estudo no Brasil (7) ficou

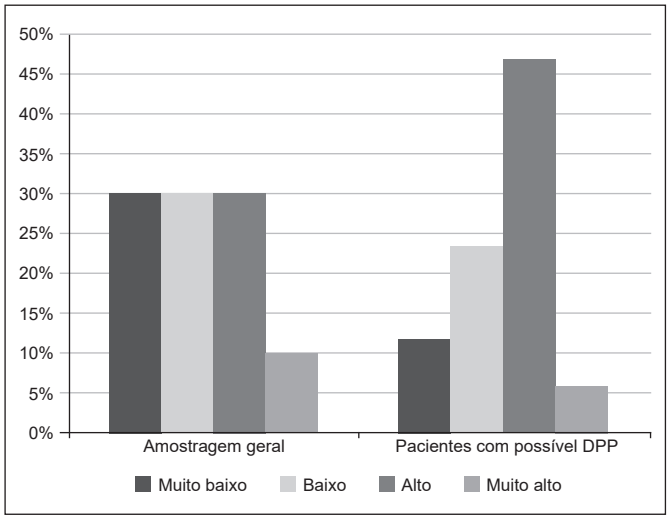



**Figura 1** – Nível de estresse relatado: Amostragem Geral x Possível diagnóstico de DPP

N=40
Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa

**Tabela 2** – Valor categorizado na EPDS

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem acumulada |
|---|---|---|---|
| Negativo | 24 | 60,0 | 60,0 |
| Possível diagnóstico | 16 | 40,0 | 100,0 |
| **Total** | **40** | **100,0** | |

N = 40
Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa

**Tabela 3** – Valor categorizado do item 10 (ideação suicida)

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem acumulada |
|---|---|---|---|
| Negativo | 32 | 80,0 | 80,0 |
| Possível ideação suicida | 8 | 20,0 | 20,0 |
| **Total** | **40** | **100,0** | **100,0** |

N = 40
Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa

comprovado que a EPDS é um instrumento de validade de triagem para o SUS e, como característica marcante dos testes de triagem, primar pela sensibilidade e pelo reconhecimento de grande número de casos, pode acabar por incluir alguns chamados falsos positivos, de modo que uma entrevista especializada é sempre importante no correto estabelecimento do diagnóstico.

Apesar da amostragem limitada, pode-se chegar a algumas conclusões: a maioria das participantes possuía um companheiro fixo, em uma constituição de família biparental (em que mãe e pai residem juntos). Os homens são os maiores responsáveis pelo aporte financeiro, mesmo fora do período gestacional e pós-parto.

Alguns pontos que podem ser correlacionados ao quadro de DPP foram o tabagismo (29,4%); nível elevado de estresse (52,8%); relação conflituosa com o pai da criança (35%). A literatura coloca esses e outros fatores de risco relacionados ao risco de DPP (1,2,5).

A média de idade geral da amostra foi de 26 anos; a média de idade das entrevistadas com possível diagnóstico de DPP foi praticamente igual (25,9), o que não corrobora com os autores citados anteriormente em que a pouca idade da mãe constituiu um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno depressivo.

No entanto, por tratar-se de um estudo de corte transversal, não fica clara a relação temporal entre os fatores apresentados anteriormente e o transtorno depressivo.

Evidencia-se com a presente pesquisa a necessidade de novos estudos com amostragem mais propícia a apresentar diferenças estatísticas. Isso implicará, necessariamente, em um tempo maior de coleta dos dados.

Pode-se concluir que o perfil epidemiológico necessitaria de mais entrevistas para ser atendido. Foi possível notar que alguns dos fatores de risco trazidos pela literatura, de fato, se mostraram presentes na amostragem. As equipes de saúde das Unidades pesquisadas foram avisadas das puérperas que obtiveram um escore maior de 10 na EPDS e tomaram as providências cabíveis; a maioria delas não havia sequer a suspeita de DPP. Portanto, conclui-se que os objetivos foram satisfatoriamente atingidos com a amostragem coletada.

## REFERÊNCIAS


1. Parry, BL. Síndromes Psiquiátricas Pós-parto. In: Kaplan, HI.; Sadock, BJ. Tratado de Psiquiatria. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999, 1134-1141.
2. Ruano, R et al. Intercorrências clínico-cirúrgicas: Doenças Psiquiátricas. In: Zugaib, M (Comp.). Zugaib Obstetrícia. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012, 995-1008.
3. Wharton, RN. Transtornos Afetivos. In: Rowland, Lewis P. (Comp.). Merritt Tratado de Neurologia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007, 1043-1049.
4. Cunningham, FG et al. Williams Obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
5. Loreto, V. Transtornos Psiquiátricos. In: Netto, HC; Sá, RA (Comp.). Obstetrícia Básica. 2ª ed. São Paulo, SP: Atheneu; 2007, 447-455.
6. Santos, IS. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cad. Saúde Pública, 2007, v. 11(23), 2577-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/04.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.
7. Figueira, P et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev Saúde Públ, 2009, 43(1) p.79-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/744.pdf/>. Acesso em: 12 ago. 2012.



✉ Endereço para correspondência
**Marco Antonnio Rocha dos Santos**
Rua Cel. Cordova, 914
88.502-001 – Lages, SC – Brasil
☎ (49) 99914-9969
💻 mantonniosantos@gmail.com


Recebido: 11/7/2016 – Aprovado: 28/7/2016