



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

KIARA FREITAS DE BITTENCOURT

**ANÁLISE MULTIFATORIAL DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: COMPREENDER
PARA AJUDAR**

CAMPINA GRANDE - PB

2016

KIARA FREITAS DE BITTENCOURT

**ANÁLISE MULTIFATORIAL DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: COMPREENDER
PARA AJUDAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

CAMPINA GRANDE - PB

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

B624a

Bittencourt, Kiara Freitas de.

Análise multifatorial da depressão pós-parto: compreender para ajudar / Kiara Freitas de Bittencourt. – Campina Grande, 2016.

40f.; gráf.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Puerpério. 2.Depressão. 3.Depressão Puerperal. I.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 618.7:616.89-008.454

KIARA FREITAS DE BITTENCOURT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Orientador (UFCG/CCBS/UACM)

Profa. Esp. Andréa de Amorim Pereira Barros
Examinadora (UFCG/CCBS/UACM)

Prof. Esp. Márcio Rogério Onofre Duarte
Examinador (UFCG/CCBS/UACM)

CAMPINA GRANDE - PB

2016

RESUMO

O puerpério é um período marcado por bruscas mudanças hormonais gonadais, do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e nos níveis de ocitocina. A transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais que, sob o prisma dos padrões culturais vigentes, impõem toda uma reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina. O estudo realizado busca interpretar a intrincada etiologia da depressão puerperal em seus múltiplos fatores, diante do contraste entre o elevado índice de ocorrência inferido na literatura e a subestimação dessa realidade na prática médica, justificando o número de casos subdiagnosticados. Para tanto, foram aplicados questionários baseados na *Edinburgh Post-Natal Depression Escala*, cuja casuística sinalizou para uma probabilidade alarmante de desenvolvimento de depressão pós-parto, enfatizando a relevância do estudo. Em virtude da consonância entre a descrição teórica e o presente trabalho de coleta de dados, visa-se alertar a comunidade científica para a necessidade de se abordar as pessoas suscetíveis de maneira multidisciplinar e de se estabelecer medidas profiláticas em saúde pública, viabilizando também diagnóstico e tratamento precoces, a fim de garantir a salubridade do binômio mãe-bebê e de evitar desfechos drásticos para o mesmo.

Palavras-chave: Puerpério, Depressão, Depressão Puerperal.

MULTIFACTORIAL ANALYSIS FROM POST-NATAL DEPRESSION: UNDERSTAND TO HELP

ABSTRACT

The puerperium is a period marked by sudden gonadal hormones, hypothalamo-pituitary-adrenal axis changes and oxytocin levels. The transition to maternity is marked by psychological and social changes that, from the perspective of existing cultural standards, imposes a restructuring of the sexuality, body image and female identity. The present study aims to interpret the intricate etiology from puerperal depression within its multiple factors, in the face of the contrast between the high rate of occurrence inferred in the literature and underestimation from this reality inside medical practice, what justifies the number of underdiagnosed cases. Therefore, questionnaires based on Edinburgh Post-Natal Depression Scale were applied, whose case by case presentation led to an enormous probability to develop post-natal depression, which emphasizes the relevance of this study. By virtue of the consonance between the theoretical description and this data collection instrument, the intention is to warn the scientific community about the need to address the susceptible people with a multidisciplinary approach and establish prophylactic measures in public health, what also enables early diagnosis and treatment, in order to ensure the healthy conditions to the mother-baby binomial and save it from drastic outcomes.

Keywords: Puerperium, Depression, Post-Natal Depression.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. JUSTIFICATIVA.....	08
3. OBJETIVOS	09
3.1 OBJETIVO GERAL.....	09
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	09
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
5. MÉTODO.....	16
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	18
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	18
5.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	18
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	19
5.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	20
5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	21
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE.....	34

1. INTRODUÇÃO

Conceitua-se puerpério o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico.

Não há consenso na literatura sobre a duração exata do período puerperal. Segundo dados do Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), de 2010, o puerpério inicia-se uma a duas horas após a dequitação da placenta e tem seu término imprevisto, pois, enquanto a mulher amamentar, ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia).

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não grávida, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico.

Há relatos sobre distúrbios mentais no puerpério desde Hipócrates (400 a.C.).

Um dos primeiros registros sobre esses agravos, referente a um comentário sobre uma mulher que, ao dar à luz, tornara-se “melancólica e louca”, data de 1617:

A formosa esposa de Carcinator, que trabalha junto da praça, sempre havia gozado de ótima saúde, mas depois do parto foi logo atacada de melancolia e durante um mês ficou como louca. Com a aplicação de remédios adjuvantes voltou à primitiva saúde. A causa desta doença parece ser o humor melancólico, excitado no tempo de parturição.”
(Brockington, I., in *Motherhood and Mental Health*).

Apesar disso, os primeiros estudos descritos na literatura datam da década de 50, tendo sido o estudo descritivo pioneiro publicado em 1968.

Os transtornos puerperais constituem acometimentos comuns na contemporaneidade, embora os casos sejam, na maioria das vezes, subestimados e, conseqüentemente, subdiagnosticados no Brasil.

O impacto negativo da síndrome depressiva na saúde humana (de maneira genérica) é ainda mais relevante entre as mulheres. Estas apresentam um risco duas vezes maior que os homens de desenvolver depressão, sendo esta diferença ainda mais pronunciada na fase da

vida em que elas se veem responsáveis pelo cuidado de sua prole (GUSTAVO LOBATO, 2011).

É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (BRASIL, 2001).

Corroborando tal fato, temos que, no puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que estão relacionados ao sistema transmissor. O mecanismo fisiopatológico desta condição não está totalmente esclarecido. Sensibilidade a flutuações nos níveis de estrógeno e progesterona, níveis de esteroides no período pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários, ácidos graxos, ocitocina, arginina e serotonina têm sido citados na gênese da depressão pós-parto (IBIAPINA et al, 2010).

Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. No puerpério, há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina (AMAURY CANTILINO, 2010).

Outros fatores precipitantes da depressão pós-parto (DPP) envolvem índice de escolaridade, vulnerabilidade econômica da puérpera e determinantes culturais da sociedade, as quais influenciam p.e. no manejo das novas e diárias demandas e na atenção devotada pelo pai e/ou familiares à mulher e à criança.

Daí, não é difícil prever que as estimativas acerca da magnitude da DPP ainda são questionadas e controversas na literatura científica, em virtude de a prevalência de determinados fatores de risco variar de uma população para a outra. Isso sem mencionar a predominância de estudos investigativos nos países desenvolvidos - onde há uma compreensão efetiva da relevância da componente psicológica no processo saúde-doença - que não refletem as realidades socioeconômica e cultural brasileiras.

Este estudo pretende abordar multifatorialmente e sob uma lógica interdisciplinar, a etiologia da depressão puerperal, visando alertar a comunidade científica para a necessidade de se estabelecer medidas profiláticas, diagnóstico e tratamento precoces, a fim de evitar desfechos drásticos para o quadro.

2. JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica socialmente em virtude dos altos índices de transtornos psicológicos puerperais.

Em países ocidentais, estima-se que a variação da prevalência da depressão puerperal esteja entre 0,5 e 60% (IBIAPINA, 2010). Tal discrepância deve despertar a comunidade científica para a relevância – ante as peculiaridades locais - das componentes socioeconômicas e culturais do acometimento. E para os desdobramentos dessas particularidades em saúde: os diferentes níveis de preocupação com o rastreamento da doença, com a saúde da mulher, de forma geral, entre as populações.

Dados da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (vol 11, nº4, de dezembro de 2011), sobre a magnitude da depressão pós-parto no Brasil, indicam que a incidência do agravo é de 42,8% e que a prevalência na Estratégia de Saúde da Família ou em populações carentes gira em torno de 30 a 40%.

Em contrapartida, existem poucos estudos que reflitam a realidade brasileira de país em desenvolvimento – que é, em muito, diferente da dos países desenvolvidos, os quais lideram o ranking das pesquisas nesse âmbito, nos principais bancos de dados (Bireme, PubMed, Lilacs, SciELO).

A etiologia dos transtornos mentais no puerpério é intrincada e complexa.

Fatores relacionados ao nível de escolaridade e ao padrão socioeconômico da mulher em questão, bem como à ausência de participação paterna nas demandas diárias requeridas por uma criança, a violência doméstica e até a violência obstétrica sofrida – traços da cultura patriarcalista que predomina em países não desenvolvidos – estão fortemente associados à ocorrência do fenômeno, como concluem Juan Escobar et al, médico peruano, em seu trabalho “Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada em género?”

Daí a necessidade de se incrementar a produção nacional a respeito, o que explica a pertinência científica do estudo.

Este trabalho se justifica também por chamar a atenção do profissional em obstetrícia para o viés emocional da paciente no contexto das transformações gestacionais.

O intuito é sinalizar a necessidade de identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto ainda nas consultas pré-natais, a fim de, em cooperação multidisciplinar, minimizá-los, diminuindo as chances de o acometimento se manifestar.

Este trabalho busca também fornecer subsídios para a percepção de um quadro

clínico de DPP já instaurado, possibilitando o diagnóstico precoce - que é simples e de baixíssimo custo, baseado em perguntas e respostas - para, com o devido manejo, prevenir agravos que venham a comprometer a salubridade da relação mãe-filho.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar os vários fatores associados à depressão pós-parto.

3.2 ESPECÍFICOS

- Investigar as causas da depressão puerperal.
- Analisar os relatos de mulheres sobre as suas experiências associadas à gestação e ao nascimento e as possíveis correlações com o transtorno pós-parto.
- Possibilitar a orientação de profissionais em obstetrícia e psiquiatria para viabilizar a implementação de políticas públicas no âmbito da prevenção e do diagnóstico precoce da depressão pós-parto.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Gustavo Lobato et al., (2011), mulheres têm risco duas vezes maior do que os homens para desenvolver depressão e estão mais vulneráveis a tais acometimentos no período puerperal (fase que, aproximadamente, vai do nascimento aos 12 meses subsequentes a ele), com altos índices de prevalência e incidência, embora os dados no Brasil e em outros países em desenvolvimento sejam subestimados.

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição há muito reconhecida como importante causa de morbidade materna, com grande relevância no âmbito da saúde pública. Os cônjuges de mulheres com DPP parecem também mais suscetíveis a desenvolver quadros clínicos de depressão, favorecendo o aparecimento ou agravamento dos conflitos conjugais, e seus filhos mostram-se mais propensos a atraso no desenvolvimento cognitivo e social, distúrbios do sono, doenças diarreicas, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento (WHO, 2009).

A revisão bibliográfica realizada e ampliada quanto à pesquisa “Análise multifatorial da depressão pós-parto: compreender para ajudar”, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), em parceria com o CNPq - sustentáculo deste trabalho - possibilitou a interpretação do puerpério para algo além do horizonte socioculturalmente construído e idealizado, que vislumbra a maternidade como instrumento de realização plena da mulher.

A realidade experimentada pelas mães é bem diferente - o que as leva, frequentemente, a reagir mal ao nascimento dos seus filhos.

Na fase pós-natal, a sociedade espera que a mãe esteja muito feliz e satisfeita com o seu novo rebento. Todos cobram da mulher grávida estar radiante: seu companheiro, sua família, seus amigos e até os profissionais que a assistem na gestação e, por isso, geralmente desconsideram seus reais sentimentos. As mesmas atitudes são vistas no pós-parto. Poucos sabem, e ainda trata-se de um tabu na sociedade ocidental, que a maternidade é vivida, por muitas mulheres, com mais sofrimento do que prazer (LUCENA, 2004).

A maioria das mulheres encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós parto. Normalmente nessas fases observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou diminuição da capacidade de sentir prazer, a qual poderá ser transitória ou se cronificará, caso não sejam assistidas adequadamente (SANTOS, 2001).

A identificação do transtorno pode ser dada a partir dos mais variados sintomas: ocorrência de humor deprimido, perda de prazer e de interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, perda de interesse por sexo, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração ou para tomar decisões, fobia social e, até mesmo, pensamentos de morte ou suicídio. Algumas mães podem se preocupar excessivamente com a saúde e com os hábitos alimentares do bebê e se reconhecem como mães inadequadas, ruins ou sem amor pela criança (ROBINSON; STEWART, 2001).

Se não tratada, a depressão pós-parto pode evoluir para depressão clínica grave e, em alguns casos mais extremos, levar ao suicídio, que é uma das principais causas de mortes maternas no Reino Unido (LINDAHL et al, 2005; LEWIS, 2007).

Um fator complicador no diagnóstico de DPP é a distinção entre os sintomas depressivos e as supostas “sequelas normais” do parto, tais como alterações no peso, sono e energia (HOSTETTER; STOWE, 2002). Estes podem tornar a triagem para distúrbios de humor no pós-parto recente difícil, já que muitos sintomas somáticos desta época se confundem com sintomas da depressão (NONACS; COHEN, 1998).

Por isso, enquanto as depressões pós-natais muito graves são facilmente detectadas, apresentações menos graves da doença depressiva são de difícil diagnóstico, por aparentarem ser consequências normais ou naturais do parto.

Além disso, outro fator de confusão na determinação de depressão pós-parto é a presença de possíveis causas físicas não raras neste período (incluindo anemia, diabetes e disfunções da tireóide) que poderiam contribuir para os sintomas depressivos (PEDERSEN et al, 1993).

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos.

Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais, a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto (CANTILINO, 2010). Tais estados podem ser encarados, respectivamente, como numa progressão, embora possam, mais raramente, ocorrer dissociados um dos outros e de maneira súbita.

O estado de disforia puerperal, com tristeza ou irritabilidade e insegurança diante da nova responsabilidade (de cuidar de um bebê) entre o terceiro e o décimo dias após o nascimento, designado “maternity blues” (também denominado “baby blues” ou “blues

puerperal”), geralmente é transitório e acomete de 50 a 85% das mulheres, não requerendo tratamento farmacológico (CANTILINO et al, 2009).

Entretanto, se o estado perdura sem o devido reconhecimento e atenção, pode ter consequências graves. No presente trabalho, pretende-se ater à depressão pós-parto - etapa posterior ao maternity blues e que antecede a psicose puerperal - exatamente Por conta da viabilidade diagnóstica para a prevenção de agravos.

Em relação ao início da DPP, sabe-se que um dos principais fatores de risco são os transtornos depressivos ou ansiosos durante a gestação, logo, uma questão importante a ser respondida: existe diferença entre a depressão que se inicia durante a gestação e aquela que se inicia depois do parto? No Manual Estatístico e Diagnóstico dos Distúrbios Mentais, em sua quinta edição (DSM-5), o termo “pós-parto” mudou para “periparto”, evidenciando uma tendência a considerar a depressão com início no final da gestação dentro do espectro da DPP (MORAES, 2015).

Já o CID-10 (OMS, 1993) classifica a Depressão Pós-Parto ou qualquer outro transtorno psiquiátrico desta época como desordem comportamental e mental associada ao puerpério (F53), sem fazer distinção entre os diversos transtornos. Também precisa ter início dentro de seis semanas após o parto para que se enquadre em tal condição.

Depois da ansiedade com os preparativos para o parto e de um processo exaustivo para dar à luz, geralmente em ambiente hospitalar e, portanto, estressor, chega o momento de levar o seu filho para casa. Este momento é marcado pela necessidade que a mãe sente de descansar profundamente, para recuperar-se física e psicologicamente do desgaste. Mas a nova realidade exige-lhe exatamente o oposto. O bebê chora, o sono é interrompido de duas em duas horas para a amamentação (que pode ser tarefa dolorosa nos primeiros meses) e a mulher se depara sozinha, com a total responsabilidade sobre a criança, enquanto o companheiro e os familiares retomam a vida normal, com as suas rotinas de trabalho (VINHAS, 2009).

A criança passa a ser o centro de todas as atenções e a ditar, a partir de suas necessidades, a vida da mulher, que sente o isolamento e as restrições em sua vida social. Paralelamente a esse processo, ocorrem as distorções de imagem (tanto por razões hormonais, quanto pelo ganho pronunciado de peso na gestação) - o que é significativamente ruim em uma sociedade que exige a adequação a um padrão determinado de beleza.

A severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança (MALDONADO, 2000).

É compreensível a ideia de que um bebê possa causar um impacto psicológico negativo para uma mulher. Mas a sociedade espera desta, precisamente o contrário.

O fato de não se sentir radiante de felicidade, em consonância com as expectativas sociais, pode levar a sentimentos de culpa e de falha de caráter, que podem ser consideravelmente potencializados pelas suas crenças religiosas e pela dificuldade de admitir tais sensações - controvertidas para si própria e para outrem - o que a leva a reprimi-las.

O não partilhamento dessas emoções que lhe consomem e afligem aliado à imposição cultural de papéis sociais específicos de gênero que responsabilizam preponderantemente da mulher sobre a tarefa de criar um filho pode retardar o diagnóstico e agravar o quadro, comprometendo a qualidade de vida da mulher, do conceito, do cônjuge e de todo o núcleo familiar de forma cíclica e progressiva (VINHAS, 2009).

O modelo hospitalar contemporâneo de nascimento – mecânico, cesarista e centrado na figura do médico - desapropria a mulher do papel ancestral de protagonista do parto. Sem contar com a rotineira violência obstétrica praticada (desde a recepção da gestante e por todo o trabalho de parto), que culmina por tardar a colocar mãe e filho em contato direto imediatamente após o parto, quando o coquetel de hormônios do reconhecimento empático recíproco (sobretudo a ocitocina) é liberado e atinge o pico, facilitando a interação afetiva entre a mãe e o conceito (SALGADO, 2012).

O não inebriamento da mãe para com o bebê sob a ação da ocitocina, também conhecida como “hormônio do amor”, parece estar entre os fatores biológicos de rejeição mãe-filho (FIGUEIREDO, 2003).

Temos ainda que em grande parte das culturas e nas diversas áreas geográficas, os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes: perda significativa, estresse, história familiar de doença psiquiátrica, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê devido ao temperamento ou a doenças deste, conflitos conjugais, baixo apoio social e dificuldades econômicas (CANTILINO, 2010).

Em uma amostra brasileira, Ruschi et al. (2007) encontraram os seguintes fatores associados à depressão materna: menor escolaridade, maior número de gestações, maior paridade, maior número de filhos vivos, menor tempo de relacionamento e menor participação paterna nos cuidados com a prole e nas tarefas diárias em geral (FONSECA et al, 2010).

Apesar dos riscos, fatores de proteção podem diminuir as possibilidades de desenvolvimento de uma DPP: o otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado, baixos níveis de estresse e preparação física e psicológica para as mudanças

advindas com a maternidade (POPE et al., 2000). Além de gravidez planejada e desejada, aliados a um senso de coerência no primeiro trimestre da gestação, são condicionantes relevantes para proporcionar baixas taxas de DPP (WEIDNER et al., 2013).

A prática de um suporte social contínuo, incluindo conselhos e informações, assistência e apoio emocional, durante todo o trabalho de parto, fornecido às mulheres por profissionais de saúde ou pessoas leigas, comparativamente a uma assistência padrão sem estas características, concluiu que este tipo de apoio parece ter vários benefícios para as mães e seus recém-nascidos: os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto por uma doula (mulher experiente que cuida de outra mulher em algum momento do ciclo grávido-puerperal,) têm menos depressão pós-parto (BRASIL, 2001).

Na gravidez, evidencia-se o afeto negativo como um preditor de depressão pós-parto, enquanto afeto positivo possui o papel protetor (BOS, 2013).

Uma vez diagnosticada em tempo hábil, observou-se a melhora e remissão dos sintomas da DPP em ciclos de tratamento com duração de 12 semanas. As medicações antidepressivas são eficazes na redução dos sintomas (considerando-se a sertralina como primeira escolha em mulheres que estão amamentando, por ser a medicação com menor número de efeitos adversos relatados, sendo a paroxetina e a nortriptilina outras opções com nível de evidência “A”). A prática de atividades físicas com duração de 30 minutos por três vezes na semana, psicoterapia individual e a terapia cognitivo-comportamental são alternativas viáveis de tratamento, também com nível de evidência (A) – ferramentas na prevenção do agravamento do quadro de DPP (IBIAPINA et al, 2010).

O empenho nesse trabalho visa alertar os médicos obstetras quanto às necessidades de mensurar, ainda nas consultas gestacionais de rotina, os riscos apresentados pelas pacientes, em virtude de o screening para DPP ser assustadoramente prático e barato e tendo em vista a possibilidade de prevenção antes mesmo de a patologia se instalar ou de se realizar o diagnóstico precoce quando da instalação do quadro clínico, para que se evitem as formas severas da doença, que podem estar associadas à psicose puerperal que, apesar de pouco frequente, não raramente, é seguida de infanticídios e suicídios.

Embora se reconheça que estimar a frequência do problema e identificar grupos mais vulneráveis sejam os primeiros passos para a elaboração de estratégias efetivas visando a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da DPP, no Brasil, a literatura sobre o tema ainda parece insuficiente (LOBATO, 2011).

5. MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, observacional e de cunho qualitativo-quantitativo.

Os estudos transversais são pesquisas em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e de, praticamente, não haver perdas de seguimento (HOCHMAN et al, 2005).

A pesquisa descritiva relaciona-se aos estudos que descrevem a caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma doença. São utilizados para conhecer uma doença ou agravo à saúde, estudando a sua distribuição no tempo, no espaço e conforme as peculiaridades individuais. Visa encontrar uma associação do acometimento com determinadas variáveis - socioeconômicas, culturais, dentre outras (HOCHMAN et al, 2005).

Em estudos observacionais o pesquisador observa o paciente, as características da doença ou transtorno, e sua evolução, sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja estudando (HOCHMAN et al, 2005).

Em estudos qualitativos, o pesquisador preza pela compreensão como princípio do conhecimento. Prefere estudar relações complexas ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis. Uma segunda característica geral é a construção da realidade. A pesquisa é percebida como um ato subjetivo de construção. Os autores afirmam que a descoberta e a construção de teorias são objetos de estudo desta abordagem. Um quarto aspecto geral da pesquisa qualitativa reside no fato de que esta é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente (GUNTHER, 2006).

Difícilmente um pesquisador adjetivado como quantitativo exclui o interesse em compreender as relações complexas. O que tal pesquisador defende é que a maneira de chegar a tal compreensão é por meio de explicações ou compreensões das relações entre variáveis. A

pesquisa quantitativa visa criar parâmetros na população estudada, de modo a permitir certas generalizações (GUNTHER, 2006).

Os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa são diferentes, porém não são excludentes porque, na verdade, colocam-se questões diversas, baseadas em construções teórico-metodológicas com princípios diferenciados. Entretanto, essa diversidade tem sido utilizada de uma forma bastante eficiente em projetos de pesquisa que constroem mais de um objeto de pesquisa a partir de um mesmo tema, sendo um voltado ao conhecimento quantitativo e outro ao qualitativo, com finalidade de adicionar outras dimensões a um mesmo estudo. É possível, assim, trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que os resultados de uma questão, colocada a partir de princípios teórico-metodológicos quantitativos, suscitem novas questões que só possam ser colocadas dentro de princípios qualitativos, ou vice-versa. É possível ainda aprofundar um pouco mais a relação entre as metodologias quantitativas e qualitativas, buscando não simplesmente uma complementaridade, mas uma integração de dados quantitativos e qualitativos, dentro de um mesmo projeto (KNAUTH, 2000).

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi executada junto à Universidade Federal de Campina Grande e se processou no alojamento conjunto – setor de baixo risco - da enfermaria obstétrica do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), na cidade de Campina Grande – Paraíba, Brasil. As entrevistas ocorreram entre os meses de setembro a dezembro de 2014 e de março a junho de 2015.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram incluídas mulheres em situação de puerpério, voluntárias, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídas do estudo as puérperas que estavam em franco estado de sofrimento físico e/ou psíquico e as que não estavam de acordo com o que se propõe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou as que não desejaram participar da pesquisa (APÊNDICE 1).

Entrevistou-se um número total de cinquenta gestantes: vinte e cinco adultas, vinte e cinco adolescentes.

5.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A abordagem se deu mediante a apresentação da entrevistadora enquanto acadêmica de medicina, após breve explanação sobre o objeto de estudo. A proposta de participar da pesquisa foi sucedida pela leitura e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como instrumento de coleta de informações, aplicou-se um questionário com perguntas objetivas e discursivas (APÊNDICE 2), seguido da Escala de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), nos quais as entrevistadas informaram sobre dados socioculturais, gestacionais e puerperais, numa perspectiva psicológica.

A apropriação dos questionários se deu pela leitura dos mesmos, que permaneciam às mãos da entrevistadora. Esta, por sua vez, elucidava as puérperas quanto ao teor do que estava sendo inquerido, em linguagem acessível e clara, sempre que solicitada.

Após a aplicação da entrevista, a participante foi convidada a falar sobre as circunstâncias da gravidez, como encarou as mudanças observadas no próprio corpo e no dia-a-dia, sobre as expectativas e o papel do companheiro, da família e dos amigos e sobre como ela vem lidando com isso: as emoções experimentadas e o impacto psicológico diante dessas repercussões inerentes ao novo estilo de vida.

Cada entrevista teve duração aproximada de uma hora.

Sobre a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A Escala de Edimburgo foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. É uma escala autoaplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3) e mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias antecedentes ao momento da arguição. Esta é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais não médicos da área de saúde.

Com sensibilidade de 86,4%, especificidade de 91,1%, valor preditivo de 78% e por seu baixíssimo custo ao sistema público de saúde, a EPDS constitui-se de um excelente método de rastreio da depressão pós-parto (FIGUEIRA et al, 2009).

5.5 ANÁLISE DE DADOS

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo consiste em um questionário simples, com 10 perguntas, onde às alternativas de respostas são atribuídos valores de zero a três pontos. Ao final da aplicação, somam-se todos os valores obtidos. A obtenção de um escore igual ou maior a 12 pontos sinaliza a maior probabilidade de desenvolvimento de DPP e a necessidade de uma atenção especial àquela gestante/puérpera acerca da componente psíquica

(permeada, além de pelas questões socioeconômicas, afetivas e culturais, pelas transformações fisiológicas experimentadas), requerendo, muitas vezes, o encaminhamento da paciente para um serviço especializado, que possa garantir um acompanhamento multidisciplinar efetivo na prevenção dos possíveis agravos descritos.

O segundo questionário, contendo perguntas objetivas e subjetivas, norteia a pesquisa quanto ao perfil epidemiológico da depressão pós-parto, estipulando parâmetros quanto à idade materna, nível socioeconômico, grau de escolaridade, religiosidade, nível de participação do companheiro, entre outras variantes, em busca de possíveis correlações.

A pesquisa conta ainda com a componente observacional sob a forma de diário de campo - o qual consiste no registro completo e preciso das observações dos fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador. É, portanto, um instrumento capaz de possibilitar o exercício acadêmico na busca da identidade profissional à medida que através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios. É um documento que apresenta um caráter descritivo – analítico, investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas. O diário consiste em uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e do agir de registros quantitativos e qualitativos [...]. (LEWGOY et al, 2004).

A análise quantitativa dos questionários realizou-se mediante interpretação empírico-descritiva da EPDS, corroborada pela da análise qualitativa dos relatos, à luz dos estudos desenvolvidos.

5.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Logo após a coleta, os dados foram agrupados seguindo uma diferenciação pré-definida para se chegar aos resultados. Uma vez agrupados os dados do questionário item a item, a tabulação levou em consideração as medidas estatísticas de tendência central pertinentes – valores modais e de média aritmética simples. Posteriormente, a casuística foi elencada sob a forma de porcentagem.

Seguiu-se a fórmula:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

Onde:

\bar{x} = média aritmética = somatório de todos os dados (Σ)/tamanho da amostra (n)

(VIEIRA, 2008)

5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Após a apreciação e o aval do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde, sob o número CAAE 31688014.6.0000.5182 e com a aprovação e o financiamento do CNPq, diante da vinculação da autora, desde 2013, ao grupo de pesquisa “Cultura e Processos Psicossociais” formado na Universidade Federal de Campina Grande (dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/0653918881499065) e mediante também a autorização institucional do ISEA, em 2014, representado pela sua diretora clínica à época, Lúcia de Fátima Guedes Ribeiro, o estudo teve início, seguindo as recomendações da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas envolvendo seres humanos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo-se de um espaço amostral de 50 puérperas, após a tabulação dos dados coletados, pode-se compilar, conforme demonstrado nos gráficos abaixo, que 58% das entrevistadas não possuía qualquer fonte de renda.

A maioria das mulheres em situação de puerpério apresentava baixo nível de escolaridade: 96% não teve acesso à universidade, 55% não chegou a ingressar no ensino médio e 8% nunca sequer frequentou a escola. A gestação antes da conclusão dos estudos gera a necessidade de interrupção dos mesmos quando do nascimento da criança, o que motiva, por si só, a frustração da jovem mãe.

Verificou-se a inexistência de planejamento familiar em 68% dos casos. A gestação desfechada fora acidental, não programada.

É válido salientar que a combinação desses três dados (falta de autonomia econômica, baixa escolaridade e gravidez não planejada), que figuram entre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão puerperal, bem como cada um deles, isoladamente, colocam a mulher em situação de vulnerabilidade e dependência – mais sujeitas, portanto, a condições emocionais turbulentas desde o período gestacional: dificuldades no acesso à saúde, relações conjugais conflituosas e posturas abusivas do parceiro, violência doméstica – que acabam por se constituir em outros fatores que aumentam a propensão à DPP.

Pertinente o breve registro em diário de campo acerca do relato de uma gestante em trabalho de parto, que se mostrava particularmente preocupada com as implicações do pequeno tamanho do seu bebê (diagnosticado em ultrassonografia com restrição do crescimento intrauterino - RCIU). Com um intuito colaborativo, diante do notório estado de ansiedade materna, foram feitas algumas perguntas no sentido de identificar a possível causa da condição fetal, em uma tentativa de confortá-la com boas notícias prognósticas. Os principais fatores de risco para tanto (hipertensão arterial, vasculopatias, tabagismo - tudo o que pudesse diminuir a perfusão placentária) foram afastados. Ao ser questionada sobre algum possível trauma mecânico sofrido, a periparturiente pôs-se a falar sobre o fato de ter pulado um muro de cerca de dois metros de altura durante a gestação. Ao que foi, de maneira bem-humorada e de forma a criar uma relação de segurança, abordada sobre as razões de fazê-lo, ao que obtivera-se em resposta: “o meu marido tinha chegado bêbado em casa nessa noite. Ameaçou a mim, ao bebê e a minha mãe. Tivemos de pular o muro para fugir. Hoje ele

voltou à igreja, parou de beber e está bem melhor”. Tal gestante, à época, teve um pequeno sangramento precedido por dores abdominais e não teve meios para providenciar atendimento imediato por um obstetra. Quando o pode fazer, na consulta pré-natal marcada, já se sentia bem fisicamente e percebera que a criança, aparentemente, estava fora de perigo. Apesar disso, sua mãe, presente no recinto, referiu que tal informação, por vergonha, nunca fora dita nessas consultas.

Desse depoimento extraem-se alguns entraves na atenção à gestante – futura puérpera. A começar pelas dificuldades no acesso à saúde, pela investigação diagnóstica que se conforma antes de exaurir possibilidades e pela pouca sensibilidade da equipe quanto ao estado ansioso daquela paciente – que carregava e revivia em silêncio a sua angústia diante da notícia, nas consultas subsequentes, da ausência de boas condições de crescimento fetal, mesmo já pressupondo as razões para tanto. Resta evidenciada a importância da boa relação médico-paciente. O que não fora identificado em 40 semanas de acompanhamento pré-natal o fora ali, em poucos minutos de conversa – somente porque a componente emocional da gestante não fora negligenciada. Com uma equipe treinada para a percepção de nuances psíquicas e pronta a fazer os devidos encaminhamentos, tal estado ansioso/deprimido poderia ter a sua duração e/ou intensidade encurtadas - de forma a minimizar desordens emocionais na gestação - fatores de risco para os transtornos mentais no puerpério e suas complicações.

Ainda nesse ínterim, chama a atenção também um fato ocorrido durante o momento da aplicação dos questionários, igualmente registrado em diário de campo: uma das puérperas foi acometida por um surto psicótico (não tendo sido, por isso, entrevistada). Ao passo que chorava e gritava muito, preocupada com o estado do seu bebê, recém-saído da UTI neonatal e questionava sobre se ele tinha mesmo condições de alta, acusava uma enfermeira de negligência quanto aos exames físicos dele. Questionada sobre o porquê de ela achar que o recém-nascido não estava bem e após explicações sobre as condições de alta da UTI, houve a tentativa de comprovar o bem-estar do bebê, que estava ganhando peso, e seguia estável, bem perfundido, corado e com extremidades quentes – apesar de ela ter referido palidez e extremidades frias, cianóticas. A paciente se recusava, veementemente, a olhar para o bebê e a tocá-lo. Estava histérica, perturbada demais para amamentá-lo. Só gritava que o filho dela ia morrer e que não queria que determinada enfermeira tocasse nele. Chamada a assistente social, que estava por perto, tal profissional a culpabilizou (em confiança à equipe de saúde) pela falta de interesse com a criança. Tratava-a como alguém que quisesse se livrar dos encargos com o filho, tentando prolongar a estadia dele fora do alojamento conjunto e, para tanto, responsabilizava a equipe. Tal paciente, realmente, manifestava alguma rejeição ao

filho, mas, certamente, não era essa atitude premeditada. Estavam todos ali diante de uma paciente em quadro psicótico franco. Denota-se a falta de empatia, de humanização e, mais uma vez, o despreparo para lidar com a situação. Aquela mulher necessitava de atendimento psiquiátrico. E isso passou despercebido pela equipe, que se indignava com as distorções de realidade da puérpera e com tamanha “desnaturação” daquela mãe, que nem queria amamentar.

Reitera-se, perante tais experiências, a importância da atenção integral à mulher, estendida, para além do âmbito físico, ao bem-estar mental.

Das mulheres entrevistadas, 54% experimentaram a sensação de não saber o que fazer (ausência de perspectivas) diante da notícia de que estava grávida. Dessas, 100% afirmaram ter sentido medo/apreensão ou angústia/desespero e 46% desejaram que a gravidez não tivesse ocorrido. Pode-se apreender também a sensação de conformidade com a situação no transcorrer do tempo.

A pesquisa reflete a realidade de mulheres em uma cidade do interior da Paraíba, região Nordeste – daí, não se pode subestimar a influência da religiosidade em seus discursos (88% das entrevistadas eram católicas ou evangélicas) e a maioria delas afirmou, de alguma forma, confiar nos desígnios divinos, numa demonstração de fé e de ânimo para levar a gravidez adiante, ainda preferindo que ela não tivesse ocorrido neste momento de suas vidas.

A composição amostral revelou que 68% das puérperas eram primíparas.

Apesar de não estar elencado sob a forma de questionário, foi observado o fato de que todas as pessoas que as acompanhavam na maternidade no peri-parto eram mulheres (suas mães, sogras, tias ou vizinhas).

Em contraste, 98% das puérperas tinham o pai da criança por companheiro (como namorado ou marido) no momento da entrevista – embora nenhum deles estivesse presente na maternidade no ato da coleta de dados.

Nenhum dos pais presenciou o nascimento dos filhos – mesmo com a garantia de tal direito, pela Lei Federal 11.108, de 2005 – que assegura que a mulher seja acompanhada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, fato que resguarda o pai, mediante apresentação da declaração de acompanhante (tal qual em casos de internação por motivos de doença), de sofrer quaisquer sanções trabalhistas por isso. Entretanto, a totalidade dos pais sequer as acompanhou em trabalho de parto ou foi com elas à maternidade – delegando tal função a qualquer outra mulher integrante do círculo social do casal, com laços sanguíneos ou não.

Interessante notar que em outra oportunidade, no mesmo serviço (em momento distinto ao reservado às entrevistas, mas de posse do diário de campo), em um dos plantões do estágio em obstetrícia, mediante apelo da parturiente e convite da equipe de saúde pela permanência de um pai na sala de parto durante uma cesariana, este, chocado com as cenas mutiladoras, diante da impossibilidade de continuar assistindo à cirurgia, optou por sair da sala – quando poderia ter ficado ao lado da sua esposa, onde o campo instaurado, obviamente, não os permitiria a visão do acontecimento cirúrgico – ainda que tal possibilidade lhe fosse oferecida - para descontentamento da paciente, que permanecera “só”, a partir de então.

Válido ressaltar a pouca compreensão paterna quanto à importância da sua presença e do apoio emocional prestado, enquanto companheiro, à parturiente - em momento tão singular de sua vida. Tais traços, que distinguem loccus, nichos sociais específicos e bem delimitados de gênero - evidentes em sociedades patriarcalistas – e que também encontram-se associados à baixa participação paterna nos afazeres diários da nova rotina de cuidados com o bebê, parecem estar diretamente relacionados aos altos índices de depressão pós-parto em países em desenvolvimento.

A despeito disso, da totalidade das entrevistadas, houve 98% de unanimidade em afirmações positivas sobre se o companheiro participava como gostariam dos cuidados com as crianças e com elas. Muitas residem em cidades vizinhas e afirmaram estar o companheiro trabalhando, mas mostraram-se satisfeitas com o interesse dos parceiros via telefonemas. Possivelmente, tais mulheres sequer vislumbram ou almejam um cenário de participação efetiva do companheiro para determinados momentos e tarefas, posto que alguma provável omissão, negligência não difere dos comportamentos corriqueiros que presenciam na sociedade (compatível com a de cidade do interior do nordeste brasileiro) que as cerca – o que pode explicar a baixa expectativa em relação aos parceiros e reforçar o sentimento de culpa em não conseguir suprir – em meio a tantas - alguma possível demanda, encarada exclusivamente como sua.

Abaixo, uma sucessão autoexplicativa de gráficos ilustrativos do supracitado.

Faixa Etária

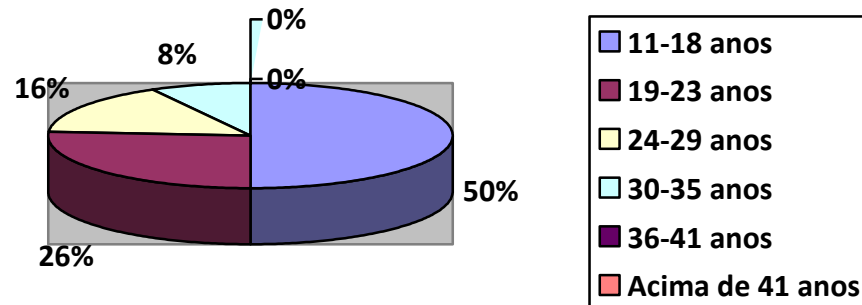


Figura 1 – Gráfico representativo da idade das puérperas

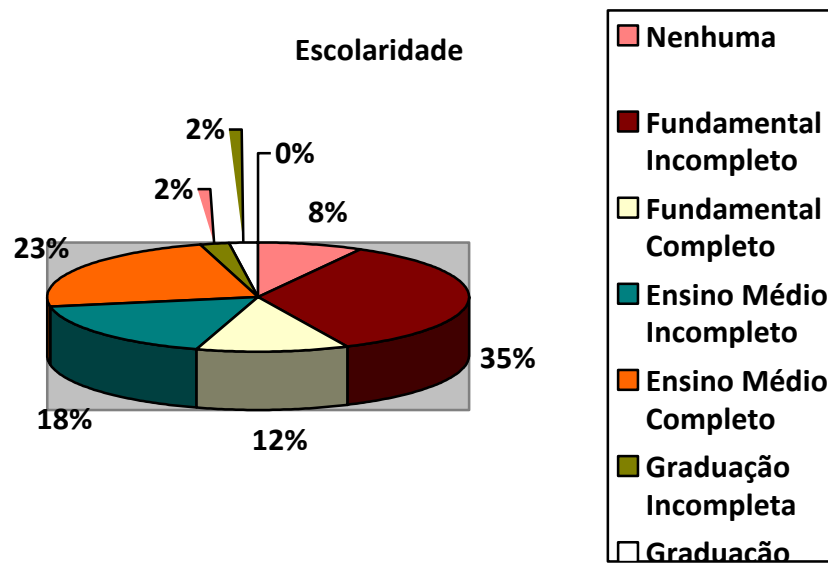


Figura 2 – Demonstrativo do nível de instrução das mulheres em pós-parto

Renda

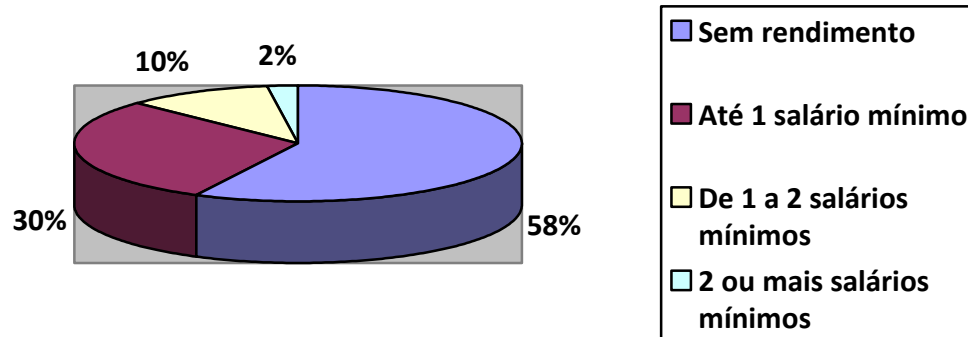


Figura 3 – Autonomia financeira da puérpera

Gravidez Planejada

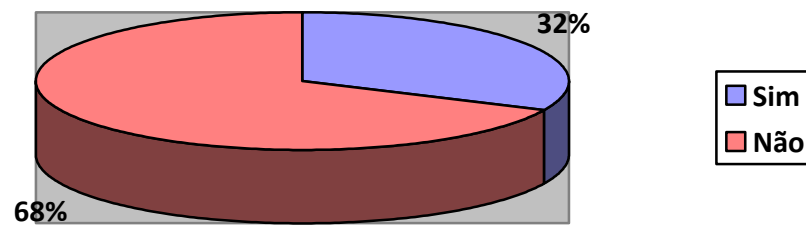


Figura 4 – Circunstâncias da gestação

Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

Como limitação ao trabalho desenvolvido, houve o fato de que as participantes estavam com poucos dias ou horas de puerpério e podiam contar com o auxílio integral da sua respectiva acompanhante para a realização de tarefas diárias básicas, bem como para auxiliar nos cuidados com o bebê.

Por outro lado, é interessante notar que a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, em consonância com a literatura, apresentou casuística que sinaliza para a probabilidade de 52% de desenvolvimento de DPP entre as mulheres entrevistadas - que ainda nem se apropriaram de suas rotinas e demandas domiciliares (com privação prolongada de sono, responsabilidades a mais e restrições significativas em seu círculo social) - o que enfatiza a relevância do seu valor preditivo para a prevenção do transtorno.

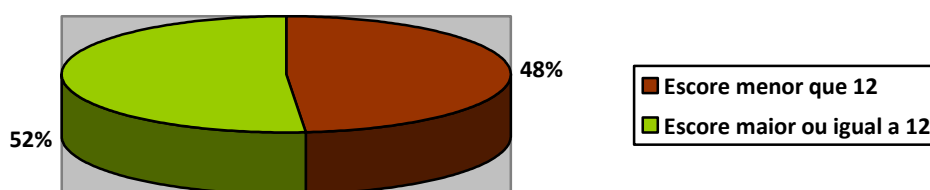


Figura 6 – Ilustrativo da probabilidade de depressão pós-parto (escore maior ou igual a doze na Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgh)

7. CONCLUSÃO

Com relatos desde a antiguidade, a depressão pós-parto faz parte do grupo de transtornos mentais típicos do puerpério, que incluem também o maternity blues, a psicose puerperal e os transtornos de ansiedade puerperais.

De alta prevalência – confirmada pelo presente estudo – a depressão pós-parto é desencadeada por fatores biológicos, psíquicos e sociais, já anunciados no decorrer da gestação. Tais alterações são pronunciadamente sentidas após o nascimento, diante de alterações hormonais abruptas e do desafio de vencer as novas demandas, em uma nova rotina.

Os fatores predisponentes da DPP podem estar relacionados à mulher, ao companheiro, à criança e à família e/ou amigos. Dentre as causas, as mais comumente associadas são a vulnerabilidade socioeconômica, os baixos níveis de escolaridade, o baixo suporte social à nova condição de vida, relações conjugais conflituosas e/ou abusivas, histórico de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão e/ou ansiedade pré-natal, violência doméstica, violência obstétrica, baixa auto-estima, estresse, gravidez não planejada, tentativa de interrupção gestacional fracassada, histórico de transtorno disfórico menstrual e sentimentos negativos em relação à criança.

São fatores protetores: o otimismo, a elevada autoestima, suporte social adequado, a boa relação conjugal, a divisão equitativa dos cuidados com o bebê entre o casal, a prática de exercícios físicos regulares, baixos níveis de estresse e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade, a gravidez desejada, o planejamento gestacional, o apoio contínuo intraparto (p.e. com o acompanhamento de uma doula) e o afeto positivo – recebido e/ou em relação à criança.

Os transtornos pós-parto constituem intercorrências importantes no puerpério e podem comprometer a saúde da mãe, o desenvolvimento do filho e, em casos graves, culminar em infanticídio e/ou suicídio materno. Diante da expectativa sociocultural pelo estado pleno de felicidade materna diante do nascimento - o que nem sempre acontece – o problema, frequentemente, pode ser mascarado. Daí a relevância da percepção dos fatores de risco, ainda no pré-natal, pelo obstetra e de critérios diagnósticos eficazes para uma abordagem efetiva. A mensuração de tais fatores pode ser feita de forma extremamente simples e não onerosa, através da Escala de Edinburgh de Depressão Pós-Natal. Nesta, quando escore maior ou igual a 12, a paciente merece um olhar diferenciado e, possivelmente, encaminhamento a um serviço especializado, com acompanhamento multidisciplinar para a prevenção de agravos e garantia da salubridade do binômio mãe-bebê.

O tratamento do quadro clínico instalado de DPP é simples e pode evitar o agravamento da moléstia e seus desfechos dramáticos, quando do diagnóstico precoce. Inclui medidas como a deprivação de sono, a prática de exercícios físicos por 30 minutos, 3 vezes por semana, a psicoterapia individualizada e/ou terapia cognitiva-comportamental e a terapia medicamentosa de curto prazo (durante 12 dias apenas) com antidepressivos como a sertralina, que pouco interfere na lactação.

As estimativas acerca da magnitude da DPP ainda são questionadas e controversas, em virtude de a prevalência de determinados fatores de risco variar de uma população para a outra, bem como da existência de diferentes níveis de preocupação em saúde da mulher, traduzidos em políticas públicas locais. Isso sem mencionar a predominância de estudos investigativos nos países desenvolvidos - onde há uma compreensão efetiva da relevância da componente psicológica no processo saúde-doença – que não refletem as realidades socioeconômica e cultural brasileiras.

A produção literária nacional, refletindo as realidades locais, ainda parece insuficiente – daí a necessidade de incrementá-la em estudos subsequentes.

REFERÊNCIAS

- AUSTIN, M.P.; TULLY, L.; PARKER, G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. **Journal of Affective Disorders**. Vol. 101, n° 1-3. p. 169-74. Ago, 2007.
- BAZEMORE, S.D.; PAULSON, J.F. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. **The Journal of the American Medical Association**. Vol. 303, n° 19. P. 1961-9. Mai, 2010
- BOS, S.C. et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 35, n° 1, São Paulo, 2013.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CANTILINO, A. Por um consenso conceitual e metodológico nas pesquisas em depressão pós-parto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.59, n°3, Rio de Janeiro, 2010.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol 37, n° 6, São Paulo, 2010.
- CHAUDRON, H.L.; SZILAGYI, G.P.; CAMPBELL, T.A.; MOUNTS, O.K.; MCINERNY, K.T. Legal and Ethical Considerations: Risks and Benefits of Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits. **Official Journal of the American Academy of Pediatrics**, vol.119, n°1, 123-128. jan 2007
- CRUZ, S.B.E.; SIMÕES, L.G.; CURY, F.A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.27, n°4, Rio de Jan/Abr, 2005.
- CURY, F.A.; MENEZES, R.P. Depressão pós-parto: o papel do obstetra. **Femina**, vol. 33. N° 2. p. 135-139, fev, 2005.
- ESCOBAR, J.; PACORA, P.; CUSTODIO, N.; VILLAR, W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? **Anales de La Facultad de medicina**, vol.70, n°2, Lima – Peru, junho 2009.
- FALCETO, G.O.; FERNANDES, L.C.; KERBER, R.S. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 34, n°7, Rio de Janeiro, jul 2012.
- FIGUEIRA, G.P.; DINIZ, M.L.; FILHO, S.C.H. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol.33, n°2, Porto Alegre, jul 2011.
- FIGUEIREDO, B.; DIAS, C.C.; BRANDÃO, S.; CANÁRIO, C. COSTA, N.R. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **Jornal de Pediatria**, vol. 89, n°4, Porto Alegre, jul/ago 2013.

FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud**, vol. 3, nº 3, p. 521-539, 2003.

HOSTETTER, A.L.; STOWE, Z.N. **Postpartum affective disorders: identification and treatment. Psychiatric Issues in Women: Emerging Treatments and Research**, Panetta, Williams & Herrera ed., Lewis-Hall, p. 133-156, 2002.

FIGUEIREDO, B. et al. Qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. **Psicologia**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 65-96, 2006 .

FONSECA, M.R.J.R.V.; SILVA, A.G.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, nº4, Rio de Janeiro, abr. 2010.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol. 22, nº 2, Brasília, 2006.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F.X.; FILHO, R.S.O.; FERREIRA, L.M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol 20, (Supl. 2), 2005.

IBIAPINA, F.L.P.; ALVES, J.A.G.; BUSGAIB, R.P.S.; COSTA, F.S. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Femina**, vol. 38, nº 3, 2010.

JADRESIC, M.E. Depresión en el embarazo y el puerpério. **Revista Chilena de Neuropsiquiatria**, vol.48, nº4, dez 2010.

KAPLAN, B.J.; LEUNG, B.M. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-- a review of the literature. **Journal of Dietetic American Associate**, vol. 109, nº 9. p. 1566-75. Set 2009.

KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.A.N.A; VÍCTORA, C.G. **Metodologias qualitativa e quantitativa**. Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma Introdução ao Tema, Cap 3, pp33-44, Tomo Editorial, 2000.

KONRADT, C.E.; SILVA, A.R.; JANSEN, K.; VIANNA, M.D.; QUEVEDO, A.L.; SOUZA, M.D.L.; OSES, P.J.; PINHEIRO, T.R. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol. 33, nº2, Porto Alegre, jul 2011.

LEWGOY, A.M.B.; ARRUDA, M.P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experimentação do diário digital. **Revista Texto & Contextos**. EDIPUCRS, Porto Alegre, 2004.

LEWIS, G. **Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths To Make Motherhood Safer (2003-2005)**. London, UK: CEMACH, 2007.

LINDAHL, V.; PEARSON, J. L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, v.8, n.2, p.77-87, 2005.

LOBATO, G.; MORAES, L.C.; REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 11, nº4, p. 369-379, Recife, out/dez, 2011.

LUCENA, L.L. **Depressão pós-parto e depressão: um estudo comparativo**. Trabalho de Conclusão de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2004.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**. Saraiva, São Paulo, 2000.

MALLOY-DINIZ, L.F. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 32, nº 3, set 2010.

MEDEIROS, P.V.P.; FURTADO, F.E. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 53, nº 4. p. 227-234, jul/ago. 2004.

MORAES, G.P.A. **Revisão sistemática dos parâmetros metodológicos utilizados nos artigos científicos sobre os instrumentos de pesquisa e o tempo relacionados a triagem, diagnóstico e avaliação da depressão pós-parto**. Dissertação (mestrado). UFPE, Recife, 2015.

NETO, R.L.M.; ROCHA, M.V.; SILVA, B.L. A depressão pós-parto em vozes que interpretam. **Psicologia, Saúde e Doenças** [On-line] 2005.

NONACS, R.; COHEN, L.S. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.59, n.2, p. 34-40, 1998.

PAOLINI, I.C.K.; OIBERMAN, J.A.; BALZANO, S. Factores psicossociales asociados a um alto, médio y bajo riesgo de síntomas depresivos em El posparto inmediato. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol.12, nº1, Recife, jan/mar 2012.

PEDERSEN, C.A. et al. Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. **Journal of Affective Disorders**, v.29, n.2, p.201-211, 1993.

POPE, S. et al, Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999. **National Health and Medical Research Council**. [S.l.], Camberra, 2000.

ROBINSON, G.E.; STEWART, D.E. Postpartum Disorders. In: STOTLAND, N.L.; STEWART (eds.). *Psychological Aspects of women's health care*. Washington DC: **American Psychiatry Press**, 2.ed. p. 117-139. 2001.

RUSCHI et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol.29, nº 3, 2007.

SALGADO, H.O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2012.

SANTOS M.F.S. **Depressão após o parto**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

SCHERER, A.E.; SCHERER, P.A.Z. Reflections on the care delivered in a suspected case of infanticide. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol 15, n°4, Ribeirão Preto, jul/ago 2007.

SERDAN, M.E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. **Perinatologia e Reprodução Humana**, vol.27, n°3, México, 2013.

SILVA, R.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; QUEVEDO, L.; BARBOSA, L.; MORAES, I.; HORTA, B.; PINHEIRO, R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.34, n°2, São Paulo, jun 2012.

SILVA, R.M.; PRADO, C.R.; PICCININI, A.C. Psicoterapia Pais-Bebê e Depressão Pós-Parto Materna: Participação do Pai. **Paidéia**, vol.23, n°55, Ribeirão Preto, mai/ago, 2013.

SOARES, A.M.; MIRANDA, M.D.; CAMPOS, B.S.; FIGUEIRA, P.; CORREIA, H.; SILVA, R.A.M. HMNC1 gene polymorphism associated with postpartum depression. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.36, n°1, São Paulo, mar 2014.

TAVARES, D.; QUEVEDO, L.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; PINHEIRO, R.; SILVA, R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas / Prevalência do risco de suicídio e de comorbidades em mulheres pós-parto em Pelotas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, out 2012, 34(3):270-276.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. Elsevier, 4° ed, Rio de Janeiro, 2008.

VINHAS A.P.L.B. **Mitos da maternidade**: um estudo a partir do olhar sistêmico. Monografia para a conclusão do curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica, Familiare Instituto Sistêmico, Florianópolis, 2009.

WAN, E.Y.; MOYER, C.A.; HARLOW, S.D.; FAN, Z.; JIE, Y.; YANG, H. Postpartum depression and traditional postpartum care in China: role of zuoyuezi. **International Journal of gynaecology and obstetrics**, vol. 104, n° 30. p. 209-13. Mar, 2009.

WEIDNER, K. et al. Protective factors for postpartum depression. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, vol. 59, n° 4, 2013.

WHO, UNFPA. **Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature**. Geneva: WHO Press; 2009.

APÊNDICE 1

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**ESTUDO: Análise Multifatorial da Depressão Pós-Parto: Compreender para Ajudar**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu,, portador da Cédula de identidade, RG, e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ /_____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “**Análise Multifatorial da Depressão Pós-Parto: Compreender para Ajudar**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis causas da **depressão pós-parto** (explicar o que significam os termos científicos, em linguagem para leigo, ou seja, bem simples);
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, ____ de _____ de 2014.

Paciente / Responsável

.....

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Dr. **RESPONSÁVEL (NOME, ESPECIALIZAÇÃO, NÚMERO DO CRM).**

Telefone para contato e endereço profissional

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO

1.A gravidez foi planejada?

- a) Sim
- b) Não

2.Quais dessas sensações experimentou diante da notícia de que estava grávida?

- a) Alegria
- b) Medo/apreensão
- c) Êxtase/euforia
- d) Angústia/desespero
- e) Raiva
- f) Vontade de contar pra todo mundo
- g) Vontade de que ninguém soubesse
- h) “Finalmente aconteceu”
- i) “Não sei o que fazer”
- j) “Gostaria que não tivesse acontecido”
- k) Outras – quais?

3.Qual a sua idade?

- () entre 11 e 18 anos
- () entre 18 e 23 anos
- () entre 24 e 29 anos
- () entre 30 e 35 anos
- () entre 36 e 41 anos
- () entre 42 e 47 anos

4.Qual o seu grau de instrução?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| () Não possui nenhuma escolaridade | () Graduação incompleta |
| () Fundamental incompleto | () Graduação |
| () Fundamental completo | () Especialização |
| () Ensino Médio incompleto | () Mestrado |

Ensino Médio completo

Doutorado

5. Qual a sua renda?

sem rendimentos (estudante/desempregada – situação de total dependência)

até um salário mínimo

entre 1 e 2 salários mínimos

entre 2 e 3 salário mínimos

entre 3 e 4 salários mínimos

entre 4 e 5 salários mínimos

entre 5 e 6 salários mínimos

mais de 6 salários mínimos.

5. Você tem religião? Se sim, qual?

6. Quantos filhos você tem?

7. Quais os pensamentos lhe vêm à cabeça em relação ao seu corpo nesse momento?

a) Normal para quem está se recuperando de um parto.

b) Até que está muito bem para que acabou de ter um filho.

c) Não consigo gostar do meu corpo assim - tenho medo de que não volte ao normal.

d) Não consigo gostar do meu corpo assim - espero que volte logo ao normal.

e) Não consigo gostar do meu corpo assim - vou começar uma dieta e exercícios assim que puder.

f) Sei que é normal, mas sinto vergonha do meu corpo assim. Tenho medo de ser rejeitada pelo meu companheiro.

g) Não consigo nem pensar sobre o meu corpo por agora.

8. Sente que ninguém mais se preocupa com você e com as suas necessidades desde que a criança nasceu?

a) Sim.

b) Não.

9. O companheiro participa como gostaria dos cuidados com a criança e/ou com você?

a) Sim.

b) Não.

10. Tem o apoio que gostaria da sua mãe/família nos cuidados com o bebê?

a) Sim.

b) Não.

11. Sente-se só?

a) Sim.

b) Não.

12. Sente-se com disposição para realizar tarefas?

a) Sim.

b) Não.

13. Tem medo de não dar conta da responsabilidade, preocupa-se com isso?

a) Sim.

b) Não.

14. O choro da criança te irrita ou desespera?

a) Sim.

b) Não.

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL

<p>Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.</p>	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sem dúvida, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como sempre senti</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Talvez, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Com certeza menos</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de jeito nenhum</p>
<p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de maneira alguma</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p>	<p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, quase todo o tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Algumas vezes nos últimos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Nenhuma vez</p>

FONTE: MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.470-477, 29 set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>>. Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768 p.