



## DETERMINAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MARINGÁ

Fabricia Tissei Mosso<sup>1</sup>; Francielli Cangussu de Lima Volpi<sup>1</sup>; Maria Aparecida Salci Molina<sup>1</sup>; Edivan Rodrigo de Paula Ramos<sup>1</sup>

**Resumo:** O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência de depressão pós-parto (DPP) e os principais aspectos psicossociodemográficas em puérperas que tiveram parto ou cesária em um Hospital Público de Maringá. Os possíveis casos de DPP foram obtidos através da escala de Edinburgh e as características psicossociodemográficas através de questionário estruturado com questões fechadas. Observou-se uma alta prevalência de DPP (28%) sendo que a maioria dos casos foi observada em puérperas com idade entre 18 e 30 anos, casadas, com baixa renda familiar e baixa escolaridade. Também se observou que na maioria dos casos de DPP, a gravidez não foi planejada. Estes resultados sugerem que os programas de atendimento durante a gestação (pré-natal) necessitam fornecer maior atenção para os aspectos psico-emocionais da gestante. Neste sentido, o profissional de enfermagem, através da escala de Edinburgh, poderia exercer um importante papel no processo de triagem de possíveis casos de DPP e encaminhamento para um atendimento especializado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão; Pós-Parto; Prevalência; Enfermagem.

### 1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto marcam intensamente a vida de uma mulher, pois é neste período que ocorrem grandes transformações no âmbito fisiológico, psicológico e social (GUEDES, SOUZA & MOREIRA, 2003). Historicamente, o puerpério (período que se segue imediatamente após o parto) é reconhecido como um período de alto risco emocional e, portanto, um período em que a mulher apresenta maior possibilidade de adoecer emocionalmente (MARQUES, 2003).

Segundo Zinga e colaboradores (2005), os transtornos do humor no puerpério são divididos em melancolia pós-parto ou tristeza materna (*postpartum blues*), depressão pós-parto (DPP) e psicose pós-parto. A depressão pós-parto, foco deste estudo é considerada uma patologia que deriva de fatores psicossociais combinados, com difícil controle em seu surgimento, que atuam de forma implacável e prejudicial ao convívio social da puérpera (GUEDES et al., 2003).

Esta doença é caracterizada clinicamente como um episódio depressivo, onde ocorre um distúrbio do humor de grau moderado a severo, com início a partir das quatro primeiras semanas após o parto e alcançando, geralmente, sua maior intensidade nos primeiros seis meses (GUEDES et al., 2003). A DPP é considerada um importante problema de saúde pública, pois afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do seu filho. Em geral, a sintomatologia é caracterizada por desânimo persistente, alterações do sono, diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental com a presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas e sentimento de culpa. Tem

<sup>1</sup> Discente do curso de enfermagem, departamento de enfermagem, Centro Universitário de Maringá CESUMAR.

sido demonstrada a relação entre a DPP e o desenvolvimento cognitivo da criança. As interações com uma mãe que tenha DPP podem induzir o desenvolvimento de um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê (SCHWENGBER & PICCININI, 2004).

Os profissionais da área de saúde, principalmente os enfermeiros devem estar atentos e, quando necessário, relatar a família que algo está errado e vice-versa. Isto é importante, pois permite que a gestante e a puérpera possam expressar livremente seus temores e ansiedades e um enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando-as a enfrentar as diversas situações de maneira adaptativa, confiante e realista. Além disso, este tipo de trabalho torna-se importante durante o acompanhamento pré-natal, pois quando a DPP já estiver instalada não somente o bem-estar da mãe será preservado com essa ação precoce e preventiva, como também o desenvolvimento cognitivo e psicológico da criança (GUEDES et al., 2003)

O uso de escalas de avaliação de DPP tem se mostrado útil tanto em estudos epidemiológicos, quanto na triagem de DPP por profissionais de saúde. Várias escalas de avaliação psicológica são usadas para detectar possíveis casos de DPP. A escala de Edinburg (*Edinburgh Post-Natal Depression Scale*) presente neste estudo tem a vantagem de possibilitar a aplicação por qualquer profissional de saúde, inclusive o enfermeiro, sem a necessidade de um profissional psicólogo, otimizando o encaminhamento a profissionais especializados (SANTOS, MARTINS & PASQUALI, 1999).

Este trabalho teve por objetivo determinar a prevalência de depressão pós-parto em puérperas atendidas em um Hospital Público de Maringá e correlacionar os possíveis casos positivos com características psicossociodemográficas das puérperas.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho foi realizado com puérperas atendidas no Hospital Universitário de Maringá (HUM).

O cálculo da amostra foi feito com base no número de partos ou cesáreas realizados durante o ano de 2006 no HUM e a prevalência média de depressão pós-parto relatada na literatura. Dessa forma, como a prevalência média de DPP no Brasil está entorno de 10 a 20% e houve 786 partos ou cesáreas sendo que destes, aproximadamente 300 aconteceram com puérperas de Maringá, a amostra necessária foi de 50 puérperas. Foram excluídas as puérperas que tiveram natimortos, filhos com malformações fetais, puérperas em luto recente e as residentes na zona rural e em outro município.

Os possíveis casos de DPP foram obtidos através da aplicação da escala de Edinburg. Neste caso, foi considerado como possível caso de DPP os questionários com pontuação igual ou maior que 12. As características psicossociodemográficas foram obtidas através de questionário impresso com questões fechadas.

Inicialmente, foi realizada a visita às puérperas que tiveram parto normal ou cesária no HUM. Nesta visita, foi feito o esclarecimento da pesquisa junto às puérperas e agendamento para a visita domiciliar onde foi aplicado a escala de Edinburg e o questionário psicossociodemográfico. A visita domiciliar ocorreu após 30 dias do parto ou cesárea.

Os dados foram coletados no período de janeiro a junho de 2007. Os resultados foram analisados de forma descritiva e considerados como percentual em relação à amostra total. Este trabalho foi realizado mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Cesumar (COPEC).

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das 50 puérperas entrevistadas, 14 (28%) tiveram pontuação positiva para DPP. Esta prevalência é considerada alta em comparação com outros trabalhos que demonstram uma prevalência média entre 10 e 20%. Esta variação pode, provavelmente, estar relacionada aos critérios de diagnósticos utilizados, diversidade na metodologia utilizada, região em que foi realizado o estudo e o período pós-parto utilizado para a avaliação de DPP (MORAES et al., 2006).

Quando analisado a faixa etária das mães com pontuação positiva para DPP, observou-se que 3 (21,4%) são menores de 18 anos; 9 (64,28%) possuem de 18 a 30 anos e 2 (14,28%) tem em entre 30 a 40 anos. Tem sido demonstrado que a gravidez na adolescência aumenta a possibilidade de desenvolvimento de alterações emocionais como a depressão (FIGUEIREDO, 2000). A depressão gestacional, na maioria das vezes, acaba se estendendo ao puerpério e causando DPP. Nossos resultados demonstraram uma prevalência de DPP na adolescência alta, porém menor que na fase adulta. Entretanto, se considerarmos a amostra total de puérperas a prevalência de DPP em adolescentes foi de 60,0 % contra 26,7% de DPP em puérperas com mais de 18 anos.

Quanto ao estado civil das puérperas 9 ( 64,28 %) são casadas ou união consensual, 4 (28,57%) são solteiras e 1(7,14%) é divorciada/ separada. Embora a literatura demonstre que a maior incidência de DPP ocorre em mulheres solteiras (MORAES,et al, 2006), nossos resultados demonstram o contrário.

Também avaliamos a reação do pai ao saber da gravidez e encontramos que 4 (28,57%) se mostraram indiferentes, 9 (64,28%) tiveram reação de felicidade e 1 (7,14%) aparentou revolta. Já quanto ao apoio recebido durante a gravidez 5 (35,71%) receberam apoio dos pais; 5 (35,71%) receberam apoio do companheiro e 4 (28,57%) receberam apoio dos pais, dos amigos e do companheiro. Segundo Cruz (2005), o suporte social e emocional dos parentes, em particular da mãe neste momento de transição da vida da mulher, é muito importante pois atua como fator protetor contra a DPP. O apoio social, advindo dos amigos e demais familiares, parece exercer igualmente o mesmo efeito protetor do mesmo modo que a reação do pai a gravidez.

A distribuição das puérperas relacionadas à renda familiar baseada no salário mínimo atual de R\$ 350,00 foram: 13 (92, 85%) possuíam sua renda de 1 a 3 salário e 1 (7,14%) acima de 8 salário. Quanto ao nível de escolaridade 6 (42,85%) tinham apenas ensino fundamental e 8 (57,14%) concluíram ensino médio. Segundo Camacho et al, (2006), relata que mulheres com escolaridade alta e melhor rendimento financeiro apresentam menor risco de desenvolver a patologia do que mulheres provenientes de famílias populosas que tem um elevado risco para DPP.

No que diz respeito à ocupação das puérperas, 14 (100%), são do lar, de acordo com a investigação do número de filhos antes de engravidar, pode se constatar que 2 (14,28%) não tinha nenhum filho; 4 (28,57%) tinha um filho; 4 (28,57%) tinha dois filhos; 3 (21,4%) tinha 3 filhos e 1 (7,14%) mais que três filhos. Para Zinga (2005) as mulheres múltiparas, maior número de filhos e com sobrecarga de tarefas está mais suscetível a devolver esta patologia.

Em relação aos fatores obstétricos a consulta pré-natal 1 (7,14%) realizaram de uma a três consultas; 6 (42,85%) realizaram de quatro a oito consultas; 5 (35,71%) realizaram de oito a dez consultas e 2 (14,28%) realizaram mais que dez consultas pré-natal. Eventualmente, possíveis internações psiquiátricas maternas ocorrem devido à falta de um diagnóstico precoce e de uma assistência psicológica ausente ou deficitária no pré-natal e puerpério (GUEDES et al., 2003). Por esse motivo, é necessário que o profissional da área de saúde consiga identificar os sinais e sintomas da DPP para a promoção de programas preventivos no sistema único de saúde e de apoio as puérperas nesta fase tão especial e crítica de suas vidas.

O tipo de parto efetuado pelas puérperas foram 8 (57,14%) cesáreo e 6 (42,85%) parto normal. Os recém nascidos das puérperas que apresentaram DPP pesaram ao nascer 3 (21,4%) menos que 1Kg; 1 (7,14%) de 1 a 2 kg; 9 (64,28%) de 3 a 4 Kg e 1 (7,14%) acima de 4 Kg.

Entre os fatores psicossociais pesquisado estão o planejamento da gravidez em que 1 (7,14%) relatou ter planejado a gravidez; 12( 85,71%) não planejaram a gravidez e 1 (7,14%) a gravidez foi indesejada. Em que (Beck 2002, citado por Scbmidt, 2005) aponta quatro fatores de risco identificado mais recentemente que está associada com a DPP: baixa auto- estima, problemas na situação conjugal, além da gravidez não planejada ou não desejada (Beck 2002, citado por Scbmidt, 2005). Outro fator importante foi o pensamento e a tentativa de interromper a gravidez em que 3( 21,4%) responderam sim para o pensamento em interromper e 1 (7,14%) tentou a interrupção da gravidez; no entanto 11 ( 78,57%) não pensaram em interromper a gravidez e 13 (92,85%) não tentaram interromper a gravidez. Relacionado com quem as puérperas moravam constatamos que: 1 (7, 14%) morava sozinha; 3 (21,4%) moravam com seus pais; 9 ( 64,28%) morava com o pai de seu filho e 1 (7,14%) morava com os pais de seu parceiro

#### **4 CONCLUSÃO**

Este trabalho demonstrou uma alta prevalência de DPP na amostra estudada sendo que a maioria dos casos foi observado em puérperas com idade entre 18 e 30 anos, casadas, com baixa renda familiar e baixa escolaridade. Também observou-se que na maioria dos casos de DPP, a gravidez não foi planejada.

Estes resultados sugerem que os programas de atendimento durante a gestação (pré-natal) necessitam fornecer maior atenção para os aspectos psico-emocionais da gestante. Neste sentido, o profissional de enfermagem, através da escala de Edinburgh, poderia exercer um importante papel no processo de triagem de possíveis casos de DPP e encaminhamento para um atendimento especializado.

#### **REFERÊNCIAS**

CAMACHO, R.S; Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2) 2006.

CRUZ, E.B.S; SIMÕES, G.L; CURY, A.F; Rastreamento da depressão pós parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4) 2005.

FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: conseqüências e trajetórias desenvolvimentais. *Revista Análise Psicológica*, 18(4), 2000.

GUEDES DS, SOUZA MR & MOREIRA VP. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(2): 439-450 2003.

MARQUES C. Depressão materna e representações mentais. *Análise psicológica*, 21(1): 85-94 2003.

MORAES IGS, PINHEIRO RT, SILVA RA, HORTA BL, SOUZA PLR. & FARIA AF. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Publica*, 40(1): 65-70 2006.

SANTOS MF, MARTINS F & PASQUALI L. Escala de auto avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. Revista de Psiquiatria Clínica, 26(2): 32-40 1999.

SCHWENGBER DDS & PICCININI CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de Psicologia, 8(3): 103-111 2004.

SCBMIDT, E.B; PICCOLOTO, N.M; MULLER.M.C; Depressão pós- parto : fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil, Revista Psico-USF, 10(1): 61-68 2005.

ZINGA D, PHILLIPS SD & BORN L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? Revista Brasileira de Psiquiatria, 27(2): S56-64, 2005.