

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S.



Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados
Evaluation of postpartum depression: prevalence and associated factors
Prevalencia y factores asociados: evaluación de depresión posparto

Yndiara Kássia da Cunha Soares¹, Natasha Pollyane Colaço Gonçalves², Claudia Maria Sousa de Carvalho³

RESUMO

Objetivou-se conhecer a prevalência e fatores associados à depressão pós-parto (DPP) em puérperas de uma maternidade pública no município de Teresina-PI. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A amostra foi de 176 puérperas, no período de janeiro a março de 2014. Aplicou-se um questionário envolvendo variáveis socioeconômicas e obstétricas, além da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), sendo os dados analisados no IBM SSPS 21.0. Para testar as associações entre as variáveis e a EPDS foram utilizados o teste de Pearson Chi-Square e Fischer's exatic. Verificou-se elevada prevalência de DPP (25%), apontando como principais fatores de risco: estado civil, não planejamento da gravidez, complicações médicas na gestação e pós-parto, histórico de transtorno mental prévio. Constata-se a alta prevalência da DPP, o que requer mudança no modelo assistencial destinado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a fim de promover prevenção desta doença e promover a saúde materna. **Descritores:** Puerpério. Depressão Pós-Parto. Prevalência.

ABSTRACT

Aimed to identify the prevalence and factors associated with postpartum (DPP) depression in postpartum women in a public hospital in the city of Teresina-PI factors. This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. The sample of 176 postpartum women in the period from January to March 2014. We applied a questionnaire involving socioeconomic and obstetric variables, beyond the range of Postpartum Depression Edinburgh (EPDS) and the data analyzed in IBM SPSS 21.0. To test associations between variables and the EPDS to Pearson Chi-Square and Fisher's test were used exatic. There was a high prevalence of PPD (25%), pointing to major risk factors: marital status, non-planned pregnancies, medical complications during pregnancy and postpartum, prior history of mental disorder. There has been a high prevalence of PPD, which requires change in the care model for the women during pregnancy and childbirth, to promote prevention of this disease and to promote maternal health. **Descriptors :** Postpartum. Postpartum Depression. Prevalence.

RESUMEN

El objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados con el posparto (DPP) la depresión en las mujeres después del parto en un hospital público en la ciudad de factores Teresina-PI. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo. La muestra de 176 mujeres en el posparto en el período de enero a marzo de 2014. Se aplicó un cuestionario que involucra variables socioeconómicas y obstétricas, más allá de la gama de la depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y los datos analizados en IBM SPSS 21.0. Para probar asociaciones entre variables y la EPDS a Pearson Chi-Cuadrado y test de Fisher se utilizaron exatic. Hubo una alta prevalencia de PPD (25%), que apunta a los principales factores de riesgo: estado civil, embarazos no planificados, las complicaciones médicas durante el embarazo y después del parto, antecedentes de trastorno mental. Ha habido una alta prevalencia de PPD, que requiere el cambio en el modelo de atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, para promover la prevención de esta enfermedad y promover la salud materna. **Descritores:** Puerperio. Depresión posparto. Prevalencia.

¹ Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina - Piauí, Brasil. E-mail: pollyrcc@hotmail.com. ² Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Uninovafapi, Teresina-Piauí, Brasil. E-mail: yndiarakassia@hotmail.com. ³ Enfermeira. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina - PI. E-mail: cmcarvalho@novafapi.com.br.

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S.

INTRODUÇÃO

O puerpério refere-se ao período do ciclo gravídico-puerperal, no qual as diversas modificações locais e sistêmicas do organismo da mulher, decorrentes da gravidez e parto, retornam ao seu estado pré-gravídico. Ressalta-se que o período que corresponde ao puerpério tem início de uma a duas horas após a expulsão da placenta e é dividido em três fases: a primeira, chamada de puerpério imediato, compreende o período entre o primeiro e o décimo dia após o parto; o puerpério tardio é o período entre o décimo primeiro ao quadragésimo segundo dia pós-parto e o remoto corresponde o estágio a partir do quadragésimo terceiro dia da ocorrência do parto (BRASIL, 2001).

No puerpério, ocorrem transformações físicas, hormonais, psicológicas e sociais, relacionadas à necessidade de reorganização social e adaptação, aumento de responsabilidade, privação de sono e isolamento social, medo, dúvidas e a reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina, tornando esta fase da vida da mulher como a mais vulnerável para o surgimento de transtorno mental (WHO, 2009).

Estudos evidenciam que 15 a 29% das mulheres no puerpério manifestam alterações psíquicas (VESGA-LÓPES et al., 2008). Dentre os possíveis transtornos destaca-se a Depressão Pós-Parto (DPP), considerada de alta prevalência podendo afetar uma em cada cinco mulheres após o período gestacional, conforme estudo realizado (MORAES, 2006).

Comumente o termo Depressão Pós-Parto (DPP) é utilizado para conceituar episódio depressivo que ocorra após o nascimento da criança até um ano depois do parto. O quadro clínico se caracteriza por humor deprimido, perda de prazer e interesse pelas atividades, alteração

de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (BECK; DRISCOLL, 2006).

A etiologia da DPP não está completamente definida, porém acredita-se que seja multifatorial, tendo como fatores de risco aspectos socioeconômicos, histórico de transtornos psiquiátricos, genética (MORAES, 2006). Estudo acrescenta ainda que pode estar relacionada ainda a perdas, estresse, gravidez não planejada, conflitos na relação conjugal e dificuldade para cuidar do bebê (GOLDBORT, 2006).

Considera-se que esse transtorno ocasiona danos e riscos não apenas para a mãe, mas também para a família e a criança. Sendo que uma das consequências refere-se à interação mãe-filho ineficaz, o que pode acarretar dificuldade de desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança nas primeiras fases de vida. Além disso, a DPP esta intimamente ligada a manifestações de comportamentos agressivos, podendo ocorrer tentativas de suicídio e infanticídio (MOTTA; LUCION; MANERO, 2005).

Neste sentido, a pesquisa torna-se necessária e relevante por evidenciar a prevalência de mulheres com depressão pós-parto, bem como determinar fatores de riscos para o desenvolvimento da patologia em destaque, de modo que os serviços de saúde possam implementar medidas ou estratégias que promovam assistência de qualidade e integral às pessoas de acordo com suas necessidades.

Objetivou-se neste estudo conhecer a prevalência e fatores associados à depressão pós-parto em puérperas de uma maternidade pública

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. de referência no município de Teresina-PI, bem como conhecer o perfil das puérperas com DPP, comparar a prevalência da DPP entre as unidades pesquisadas.

Avaliação da depressão pós-parto...

Os questionários e escalas aplicados foram digitados no programa IBM SPSS Statistics 21.0, um software com a finalidade de análise e estatística dos dados. Os resultados obtidos foram expostos em tabelas e gráficos.

A pesquisa obedeceu às diretrizes e normas estabelecidas pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI (processo CAAE: 24722213.8.0000.5210) e pela instituição de saúde escolhida para sediar a pesquisa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa realizado com puérperas internadas no alojamento conjunto mãe/bebê e puérperas acompanhantes de seus filhos na Unidade Canguru. Foram incluídas na pesquisa mulheres que estavam no puerpério, na condição de internadas ou acompanhantes de seus recém-nascidos, com idade entre 14 a 45 anos, que estavam em condições físicas e psicológicas de participar do estudo e que aceitaram participar da pesquisa. Quanto aos critérios de exclusão no estudo, foram considerados: mulheres cujo término da gestação resultou em natimorto ou óbito neonatal e má formação congênita, bem como menores de 14 anos e aquelas que não aceitaram participar ou cujos responsáveis (em caso de menores de idade) não concordaram com a participação das mesmas no estudo.

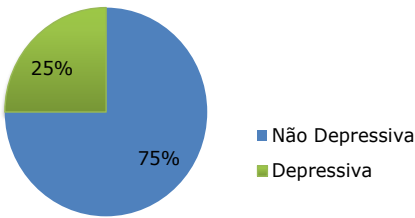
Para efeito do cálculo do tamanho da amostra foi usado como referência a estimativa da prevalência de DPP encontrada em estudo no valor de 16,5% (KONRADT et al., 2011). Também foi definido uma margem de erro de 5,5% e nível de confiança de 95%.

A amostragem adotada para a escolha da puérpera foi do tipo casual simples. Utilizou-se como unidade de análise a puérpera e unidade amostral o leito. Obteve-se o número de 176 puérperas entrevistadas em uma Maternidade de Teresina - PI, entre os meses de janeiro a março de 2014, realizada por meio de questionário e pela versão brasileira da escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

RESULTADOS

Destaca-se que das 176 mulheres entrevistadas, 25% foram consideradas deprimidas com base na EPDS, gráfico I. Conferiu-se que entre as entrevistadas no alojamento conjunto, 23,53% obtiveram um valor sugestivo para DPP, bem como as puérperas que se encontravam na Unidade Canguru alcançaram a porcentagem de 30%.

Gráfico I: Prevalência da Depressão Pós-Parto segundo Escala de Edimburgo em uma maternidade pública de referência. Teresina (PI), 2014.



Fonte: Pesquisa direta

A tabela I aponta o perfil sócio-demográfico das puérperas com sintomatologia depressiva, os quais se observou predomínio da faixa etária entre 42 a 45 anos (100%), não escolarizada (50%), casada (26,79%), renda família

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. igual ou maior que 3 salários mínimos, sem vínculo empregatício (25,38%).

Tabela I: Escala de depressão pós-parto de Edimburgo segundo os dados sócios demográficos das puerperas. Teresina (PI), 2014

		Escala de Edimburgo					
		Não depressiva		Depressiva		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária	14 ---- 18	18	72,00	7	28,00	25	100,00
	18 ---- 22	22	70,97	9	29,03	31	100,00
	22 ---- 26	30	78,95	8	21,05	38	100,00
	26 ---- 30	26	74,29	9	25,71	35	100,00
	30 ---- 34	15	88,24	2	11,76	17	100,00
	34 ---- 38	14	82,35	3	17,65	17	100,00
	38 ---- 42	7	63,64	4	36,36	11	100,00
	42 ---- 46	-	-	2	100,00	2	100,00
Grau de instrução	Não escolarizada	1	50,00	1	50,00	2	100,00
	Fundamental Incompleto	39	69,64	17	30,36	56	100,00
	Fundamental completo	37	75,51	12	24,49	49	100,00
	Ensino médio completo	49	77,78	14	22,22	63	100,00
	Superior completo	6	100,00	-	-	6	100,00
		-	-	-	-	-	-
Estado civil	Solteira	26	81,25	6	18,75	32	100,00
	Casada	41	73,21	15	26,79	56	100,00
	Divorciada	-	-	1	100,00	1	100,00
	Relação estável	63	74,12	22	25,88	85	100,00
	Outros	2	100,00	-	-	2	100,00
Renda Familiar (Salários mínimos)	Inferior a 1	60	74,07	21	25,93	81	100,00
	1-2	60	76,92	18	23,08	78	100,00
	3 ou +	12	70,59	5	29,41	17	100,00
		-	-	-	-	-	-
Vínculo Empregatício	Sim	35	76,09	11	23,91	46	100,00
	Não	97	74,62	33	25,38	130	100,00
Total		132	75,00	44	25,00	176	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

Em relação ao perfil obstétrico, tabela II, verificou-se que a presença de sintomas depressivos se sobressaiu em mulheres que não planejaram a gravidez. O presente estudo revelou que o risco de não ter DPP entre as mulheres que planejaram a gravidez é 1,4 maior que as que não planejaram (IC=[0,70;2,858] e p=0,33).

Mais da metade das participantes realizaram o pré-natal e destas, 24,12% foram consideradas deprimidas. Não houve associação

Avaliação da depressão pós-parto...

estatística entre realização de pré-natal e EPDS, a possibilidade de não ter DPP é 3,15 maior entre as mulheres que realizaram o pré-natal (IC=[0,61;16,194] e p=0,166).

Não houve relação estatística também em relação à experiência do parto e EDPS (p=0,231). Destaca-se ainda que quando a experiência do parto foi considerada ruim, ocorreu maior número de mulheres deprimidas (35,14%).

Cerca de 27,94% das mulheres que tiveram complicações durante a gestação desenvolveram sintomatologia depressiva, sendo maior ainda em se tratando de complicações pós-parto (32,14%). Não existiu associação estatística com a EPDS em relação aos dados sobre complicações médicas na gravidez e pós-parto. Sendo que este estudo mostrou que a chance de não ter DPP em que teve complicação médica na gestação é 0,77 maior em quem não teve (p=0,475). Além disso, O risco de não ter DPP é 0,654 maior entre as mulheres que não tiveram complicações pós-parto (IC=0,271;1,575] e p=0,34).

Tabela II: Escala de depressão pós parto de Edimburgo segundo perfil obstétrico. Teresina (PI), 2014

		Escala de Edimburgo					
		não depressiva		depressiva		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planejamento da Gravidez	Sim	59	78,67	16	21,33	75	100,00
	Não	73	72,28	28	27,72	101	100,00
Realizou pré-natal	Sim	129	75,88	41	24,12	170	100,00
	Não	350	350,00	350	350,00	6	100,00
Experiência do parto	Boa	66	79,52	17	20,48	83	100,00
	Ruim	24	64,86	13	35,14	37	100,00
	Regular	42	75,00	14	25,00	56	100,00
Complicação médica na Gravidez	Sim	49	72,06	19	27,94	68	100,00
	Não	83	76,85	25	23,15	108	100,00
Complicação médica no pós parto	Sim	19	67,86	9	32,14	28	100,00
	Não	113	76,35	35	23,65	148	100,00
Tipo de Parto	Normal	48	72,73	18	27,27	66	100,00
	Cesárea	84	76,36	26	23,64	110	100,00
Total		132	75,00	44	25,00	176	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

O número de gestações foi maior nas mulheres que apresentaram sintomas depressivos, porém não foi possível encontrar associação

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. estatística entre o número de gestações, parto e aborto com a ocorrência de DPP.

Evidenciou-se ainda que 28,33% das puérperas que tiveram o nascimento do filho antecipado progrediram com o desenvolvimento de DPP. Estatisticamente não existe relação entre prematuridade e a Escala utilizada nesta pesquisa para identificar o aparecimento da DPP (P=0,463). O risco de não desvelar de DPP para mães com filhos prematuros é 0,767> e o IC = [0,368; 1,557].

Mulheres que consideraram que os companheiros foram ausentes ou não as apoiaram, apresentaram maior numero casos, totalizando 30,77%. Esse estudo desvelou que o risco de não aparecimento de DPP é 1,407 maior entre aquelas que tiveram este apoio. IC= [0,565; 3,508]

No presente estudo a prevalência de DPP foi maior (33,33%) entre mulheres que já apresentaram anteriormente algum transtorno mental, conforme tabela III. Contudo, esses dados não mostraram associação estatística entre essas variáveis e ocorrência de DPP (p=0,757). Por sua vez, mulheres com histórico familiar de DPP apresentaram índice menor (22,50%) da doença em relação àquelas que não possuíam histórico familiar de transtorno mental (26,15%), não ocorrendo associação estatística entre esses dados e a EPDS (p=0,799).

Tabela III: Escala de depressão pós-parto de Edimburgo e histórico de transtorno mental na puérpera e na família. Teresina (PI), 2014

		Escala de Edimburgo					
		Não depressiva		Depressiva		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Histórico de transtorno mental	Sim	6	66,673	33,339	100,00		
	Não	121	75,1640	24,84161	100,00		
	Não sabe	5	83,331	16,676	100,00		
História de transtorno mental familiar	Sim	31	77,509	22,5040	100,00		
	Não	96	73,8534	26,15130	100,00		
	Não sabe	5	83,331	16,676	100,00		
Total		132	75,0044	25,00176	100,00		

Fonte: Pesquisa direta.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A prevalência elevada da DPP encontrada neste estudo (25%) está em consonância com a encontrada com a literatura. Verificou-se que a alta prevalência da DPP ocorre a nível mundial. Conforme metanálise composta por 59 estudos envolvendo vários continentes, evidenciou-se prevalência de DPP de 13% (O’HARA; SWAIN, 1996). Outros estudos estimaram uma prevalência, no cenário mundial, de 10% a 15% de DPP. No Brasil, estudos apontaram resultados similares a este apresentando uma taxa de prevalência da DPP entre 12 e 37,1% (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Sabe-se que a etiologia da DPP não está completamente definida, porém acredita-se que seja multifatorial, tendo como fatores de risco aspectos socioeconômicos, histórico de transtornos psiquiátricos, genética (MORAES, 2006).

Observou-se neste estudo que os extremos de idade das mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa foram as mais acometidas pela DPP. Isso pode ser explicado pelo fato que com o decorrer da idade, espera-se que a mulher, adquira mais maturidade, podendo emergir o sentimento de preocupação, receio com a criação dos filhos, pois pode acreditar que não terá tanta disposição em acompanhar a vitalidade, energia da criança ou simplesmente não tenham planejado uma gravidez depois dos 37 anos, bem como medo da reação das pessoas por engravidar, ter uma criança com tal idade. Em contrapartida, jovens entre 14 e 21, deparam-se com uma nova realidade em que precisam cuidar de um novo ser e de se abster em realizar atividades prazerosas típicas da idade, diante das novas responsabilidades que uma criança exige ou por não possuir uma estabilidade financeira.

Em relação ao estado civil, esse estudo, demonstrou que um suporte de qualidade do

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. companheiro ou dos familiares faz-se relevante.

Não basta somente possuir um companheiro. Este precisa proporcionar uma relação conjugal saudável, fornecer apoio emocional, entre outros.

Pesquisa realizada com 148 mães e os 116 pais que coabitavam, visando estudar os fatores associados com transtorno mental materno pós-parto incluindo-se, quando casadas ou coabitando com companheiro, incluindo ainda a avaliação da qualidade da relação conjugal. Desta forma, observaram que coabitar ou não com companheiro não esteve associado com transtorno mental materno. Na análise da totalidade do grupo de mulheres, estiveram associados: baixa renda familiar e a presença de transtorno materno no passado (KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011).

Os resultados deste estudo, em relação ao fator de risco renda familiar, mostrou que a mesma não se configurou como fator determinante para a iminência de DPP, entretanto alguns autores apontam como possível fator de risco para DPP: presença de dificuldades financeiras no pós-parto (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011).

O não planejamento da gravidez apresentou como importante fator de risco para a DPP. Este resultado foi similar aos apresentados por estudos desenvolvidos nas cidades de Santiago (61,6%), São Paulo (62,8%), nos quais a maioria das mulheres não havia planejado sua gravidez (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005).

A realização do pré-natal apresentou-se como fator de proteção nesse estudo, uma vez que as mulheres que o realizaram obtiveram menor índice de sintomas depressivos. Assim, percebe-se a importância do acesso e adesão da mulher ao pré-natal, haja vista que com atividades em grupo, por exemplo, a mulher tem a oportunidade de compartilhar vivências e medos, aliviando sentimentos de culpa e insegurança o que poderia contribuir para a DPP (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Destaca-se que número considerável de puérperas considerou a experiência do parto com ruim nesse estudo (35,14%). Estudo realizado mostrou que 82,4 % de mulheres com suspeita de depressão consideraram a experiência do parto como ruim, corroborando com o presente estudo. Assim, esse dado possibilita a intensificação de medidas de prevenção da DPP em mulheres com experiência do parto negativa (KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011).

De acordo com a literatura, complicações durante o período gestacional que interferem significativamente na gestação, ocasionando partos de risco também se apresenta como fator de risco para o surgimento de transtorno mental (SILVA; BOTTI, 2005). A presença de complicações no pós-parto, seja em relação à saúde da mãe, seja em relação à saúde da criança, também aumenta o nível de estresse nesse período o que pode aumentar ainda mais a chance de DPP (O'HARA; SWAIN, 1996). Esses dados reforçam os resultados obtidos neste estudo.

Estudo observacional descritivo transversal realizado encontrou relação estatística significativa no que tange ao número de gestações e número de partos em relação à ocorrência de DPP. Em outras palavras, mulheres com maior número de filhos e maior paridade apresentam chance maior de desenvolver DPP. Outros autores também encontraram resultados que demonstram maior número de puérperas multíparas com DPP comparadas as que tiveram menor número de partos (FONSECA; TAVARES; RODRIGUES, 2009; RUSCHI et al 2007).

Nesse estudo, notou-se que as mulheres que dispuseram de apoio do companheiro apresentaram menor percentual de sintomas depressivos. Em um estudo efetivado na cidade de Pelotas (RS), 1.019 mulheres foram entrevistadas e contabilizando-se que 168 (16,5%) apresentaram depressão pós-parto. Constatou-se que a prevalência de depressão foi maior entre mulheres

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. das classes populares, entre aquelas que não residiam com os companheiros e nas que não perceberam o suporte do companheiro, familiares e de amigos (KONRADT, 2011).

Nesta óptica, a literatura considera que a falta de descanso, apoio de outros para assumir algumas das tarefas domésticas, como também auxiliar no cuidado da criança contribuem para a depressão pós-parto (KONRADT et al., 2011; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011). O apoio social durante a gestação agiu de forma protetora, estando associado a sintomas depressivos menos intensos no puerpério, conforme dados obtidos em estudo (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Entretanto não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a depressão pós parto e a variável “Apoio familiar ou social durante a gestação e pós-parto” neste estudo, admitindo-se que o valor foi o mesmo (25%) para as diagnosticadas com DPP.

Mulheres com historia previa de transtorno mental apresentaram maior numero de casos de sintomatologia depressiva. Dentre os fatores de risco para ocorrência de DPP, há os fatores psíquicos, os quais compreendem história de transtorno de humor ou ansiedade, história de depressão pós-parto, história de transtorno disfórico pré-menstrual e doença psiquiátrica na família (CAMACHO et al., 2006). Estudo realizado se assemelha aos resultados deste estudo, pois também não mostrou diferença estatística (FIGUEIRA et al., 2009).

Embora a literatura cite a presença de transtorno mental familiar como fator de risco para o desenvolvimento da DPP, no presente estudo, mulheres com histórico familiar de DPP apresentaram índice menor (22,50%) da doença em relação àquelas que não possuíam histórico familiar de transtorno mental (26,15%), o que indiretamente demonstra a vulnerabilidade da mulher que não possui antecedentes familiares de transtorno mental frente à DPP. Também não

houve associação estatística entre esses dados e a EPDS ($p=0,799$). História pregressa de depressão, sintomas depressivos durante a gestação e história familiar de transtorno do humor, além de ansiedade, têm sido frequentes em mulheres com DPP, se apresentados deste modo, como fator de risco importante para o desenvolvimento da DPP (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

CONCLUSÃO

Este estudo desvelou que a Depressão Pós Parto constitui um problema de saúde pública que apresenta repercussões negativas para mãe e família, bem como desencadeia prejuízos para diáde mãe- filho. Identificou-se a alarmante taxa de prevalência de DPP (25%), sobressaindo-se ao cenário mundial, de 10% a 15% de DPP.

Verificou-se que, apesar da etiologia desta patologia não ser completamente definida, acredita-se na multifatoriedade, exibindo-se como principais fatores de risco para seu desenvolvimento: estado civil, não planejamento da gravidez, complicações médicas na gestação e pós-parto, histórico de transtorno mental prévio.

Destarte, reforça-se a necessidade de se averiguar a presença dos fatores de risco para DPP ainda nas consultas de pré-natal, introduzindo questionamento acerca da aceitação, presença do parceiro ou da família. Fornecendo-se, a par disso, uma atenção integral à saúde da mulher, voltada para saúde física da mulher e da criança, sobretudo prestar um olhar à conjuntura sócio econômico, emocional, entre outros, visando minimizar o aparecimento de DPP e seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e o filho. Espera-se que esse estudo possa ter contribuído para a produção científica acerca do tema e que possa fomentar novos estudos, sobretudo em relação às consequências da DPP para a mulher em seu ciclo social.

Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S.

REFERÊNCIA

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín*, v.33, n.2, p.43-54, 2006.

AZEVEDO, K.C.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Refl. Crit*, v.19, n.2, p.269-276, 2006.

BECK, C.T.; DRISCOLL, J.W. **Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide**. 1. ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiquiatr. Clin*, v.33, n.2, p.92-102, 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. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.27, n.4, p.181-188, 2005.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para a triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Públ*, v.43, n.1, p.79-84, 2009.

FIGUEIRA, P.G.; DINIZ, L.M.; SILVA FILHO, H.C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*, v.33, n.3, p.71-75, 2011.

FONSECA, M.O.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L.R. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. *Cienc Cuid Saude*, v.8, n.3, p.321-328, 2009.

FONSECA, V.R.J.R.M.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.4, p.738-746, 2010.

GOLDBORT, J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*, v.31, n.2, p.121-126, 2006.

KERBER, S.R.; FALCETO, O.G.; FERNANDES, C.L.C. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.33, n.6, p.281-287, 2011.

R. Interd. v. 8, n. 4, p. 40-46, out. nov. dez. 2015

KONRADT, C.E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, v.33, n.2, p.76-79, 2011.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Publ*, v.20, n.1, p.65-70, 2006.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANERO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul*, v.27, n.2, p.165-176, 2005.

O'HARA, M.W.; SWAIN, A.M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, v.8, n.1, p.37-54, 1996.

RUSCHI, C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, v.29, n.3, p.274-280, 2007.

SILVA, E.T.; BOTTI, N.C. L. Depressão puerperal: uma revisão da literatura. *Rev Eletrônica enferm*, v.7, n.2, p.231-238, 2005.

VESGA-LÓPES, O. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, v.65, n.7, p.805-815, 2008.

World Health Organization (WHO). **Mental health aspects of women's reproductive health**. A global review of the literature. Geneva: World Health Organization; 2009

Submissão: 12/11/2014

Aprovação: 26/07/2015