

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Programa de Iniciação Científica



DETERMINAÇÃO DO ESCORE DE RISCO PARA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE DUAS USFs
NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

DETERMINING THE RISK OF POSTPARTUM DEPRESSION
IN WOMEN IN TWO FAMILY HEALTHY UNITS OF THE
RECIFE METROPOLITAN AREA

Recife
2013

DETERMINAÇÃO DO ESCORE DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-
PARTO EM MULHERES DE DUAS USFs NA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE

Projeto apresentado ao Programa de
Iniciação Científica do IMIP referente ao
processo seletivo do edital PIC IMIP/ CNPq
2013.

Autora: Camila de Almeida Monteiro

Estudante de graduação do 6º período de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Coautora: Gabriela Maria Souza da Silva

Estudante de graduação do 6º período de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Coautor: Victor Fonsêca Arcoverde

Estudante de graduação do 6º período de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Orientadora: Sonia Regina Ribeiro de Figueiredo Leite

Tutora de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Doutora em Medicina Tropical pela UFPE, Tocoginecologista do CAM - IMIP.

Recife

2013

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência de Depressão pós-parto (DPP), determinar o perfil clínico, epidemiológico e o escore de risco para DPP em mulheres residentes nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Cidade Operária e Jordão Baixo da cidade de Recife. **Métodos:** Estudo de corte transversal com 63 puérperas atendidas nas Unidades de Saúde (USF) de Cidade Operária e Jordão Baixo da cidade de Recife, entre Novembro de 2012 e Maio de 2013. As puérperas elencadas no estudo estavam entre a 3^a e 8^a semanas de puerpério e foram excluídas as mulheres que tiveram filhos natimortos ou que vieram a falecer antes de completar duas semanas de vida. Como instrumento foi utilizado a Edinburgh Post Natal Depression Scales (EPDS) para avaliação de DPP. A significância da diferença entre proporções foi avaliada pelo teste qui-quadrado de associação de Pearson com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência de DPP encontrada foi de 14,3% e na análise bivariada, o cruzamento das variáveis preditoras ou independentes com a variável dependente ou de desfecho, não mostrou significância estatística em nenhum dos cruzamentos efetuados. **Conclusão:** Sendo a depressão pós-parto um problema frequente e pouco diagnosticado, o rastreio de DPP necessita de maior atenção por parte dos gestores e profissionais de saúde.

PALAVRAS – CHAVE: Depressão pós-parto, Prevalência, Unidade de Saúde da Família, Puerpério.

ABSTRACT

Aim: to estimate the prevalence of post-partum depression (PPD), to identify the clinical and epidemiological profile and the risk factors to PPD amongst women assessed by health professionals in a Family Health Units (FHU) in the city of Recife (Cidade Operária e Jordão Baixo's district). **Methods:** a cross-sectional study carried out with 63 post-partum women from two FHU units (Cidade Operária e Jordão Baixo), from November 2012 to May 2013. The post-partum women listed in this study were in their third to eighth weeks of puerperium. Women who had stillborn babies or whose babies died before two weeks time were excluded from this study. The Edinburgh Post Natal Depression Scales (EPDS) was the tool used to evaluate the PPD. The significance of the difference between proportions was evaluated by the Pearson's chi-square test with a trust interval of 95%. **Results:** The PPD prevalence found was 14,3% and, at bivariate analysis, the intersection of independent or predictor variable with the dependent or outcome variable showed no statistical significance in any of the crosses made. **Conclusion:** Being the post-partum depression a common problem and hardly diagnosed, the PPD tracking needs more attention from the managers and health professionals.

KEYWORDS: Post-partum depression; Prevalence; Family health unity, puerperium.

I. INTRODUÇÃO

O período pós-parto implica em um elevado risco para a mulher quando relacionado ao desenvolvimento de psicopatologias. A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública que afeta tanto a mãe quanto o desenvolvimento da criança.

O pós-parto blues refere-se a uma condição transitória leve, caracterizada por mudanças rápidas de humor, tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição de concentração, insônia e crises de choro¹. Entre 40 e 80% das puérperas desenvolvem esse quadro, apresentando pico dos sintomas no 5^a dia, tendendo a normalizar em duas semanas, logo o blues não apresenta significância na prática clínica^{2,3}. Estudos mostram que as grandes alterações hormonais podem levar aos sintomas e, embora todas as mulheres passem por essas mudanças, algumas podem ser mais sensíveis que outras. Essas são as que possuem histórico de depressão antes e durante a gravidez, mudanças de humor associados a contraceptivos orais e fases pré-menstruais, estresses relacionados ao cuidado da criança e problemas ligados ao trabalho, relacionamentos e lazer⁴. O tratamento inclui suporte à puérpera, proporcionando tempo adequado de descanso. Quando necessário pode ser indicado o uso de baixas doses de benzodiazepínicos (Clonazepam ou Lorazepam), o que ajuda no controle da insônia. Mulheres com pós-parto blues devem ser aconselhadas a procurar uma avaliação prontamente, visando prevenir a depressão pós-parto (DPP).

A DPP é caracterizada pela continuidade e/ou evolução dos sintomas da blues. Diversas vezes, a DPP não é reconhecida porque muitos desconfortos usuais do puerpério, como fadiga, insônia e diminuição da libido são sintomas encarados como normais. Por essa razão e pela grande expectativa positiva de familiares/amigos, a

puérpera fica relutante em queixar-se. Isso foi ilustrado em um estudo com o relato que apenas 1/3 das mulheres com DPP acreditam que estão passando por essas desordens, no entanto, 80% destas não se queixam aos profissionais de saúde^{5, 6}. A prevalência da DPP se assemelha com a depressão das mulheres não grávidas⁷.

Diversos estudos sugerem a prevalência de DPP entre 10 e 15% em países desenvolvidos, podendo alcançar 40% em países em desenvolvimento⁸. A grande variação pode ser atribuída a emprego de estratégias metodológicas diversas, como diferentes desenhos de estudo e diversos instrumentos para o rastreamento e diagnóstico de DPP⁹. As primíparas são as que possuem maior risco de sofrer desordens mentais nos primeiros três meses pós-parto, especialmente do 10º ao 19º dia do período puerperal puerperal¹⁰. Assim, o período puerperal pode representar um aumento da vulnerabilidade de depressão para muitas mulheres.

Muitos fatores de risco da DPP foram relatados, sendo o principal a história pessoal de depressão^{11, 12}. Outros fatores de risco são: conflitos conjugais^{13, 14}, gravidez não desejada^{15, 16}, histórico de aborto¹⁷, incapacidade de produzir leite¹⁸, criança com malformação¹⁹ e diabetes gestacional²⁰.

Para rastrear a DPP, além da observação dos sintomas presentes, utiliza-se um questionário já validado e traduzido para 12 idiomas: The Edinburgh Post-Natal Depression Scale – EPDS. Este instrumento baseia-se em dez itens relacionados ao estado mental, físico, pensamentos suicidas e comportamento, visando identificar os sintomas específicos da DPP²¹. Cada item possui pontuação de zero a três, sendo a pontuação máxima de trinta. Um escore ≥ 12 representa maior risco para desenvolver DPP, com sensibilidade de 86% e especificidade de 78%¹¹. Pacientes com pensamentos suicidas devem ser acompanhados por um psiquiatra, no entanto, caso o obstetra tenha conhecimento e sinta-se seguro, pode iniciar um tratamento.

Em relação ao tratamento, estudos mostraram que a terapia psicossocial (interpessoal, em grupo, com a família e com cônjuge) foi eficaz na diminuição dos distúrbios de ansiedade e humor. Além do tratamento psicossocial, também pode ser feita a terapia farmacológica, hormonal e eletroconvulsiva.

Estudos mostram que a depressão também pode ocorrer no pai depois do nascimento da criança, principalmente entre o 3º e 6º mês do pós-parto²². As depressões materna e paterna têm sido relacionadas com problemas comportamentais futuro das crianças²³.

O objetivo desse estudo é determinar o escore de risco para depressão pós-parto utilizando a EPDS aplicado entre a 3ª e 8ª semanas após o parto, descrevendo as variáveis biológicas (idade), demográficas (escolaridade, estado civil, ocupação habitual), reprodutivas (número de gestações, paridade, abortamento) e hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, e uso de drogas ilícitas) das mulheres participantes.

II. MÉTODOS

O estudo realizado consistiu em um corte transversal com 63 puérperas das Unidades de Saúde da Família Cidade Operária e Jordão Baixo, da Região Metropolitana do Recife. Nas Unidades estão registradas cerca de 6.000 famílias acompanhadas por seis equipes, sendo três em cada Unidade de Saúde da Família. As equipes são formadas por médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde.

Foram elencadas no estudo todas as puérperas atendidas nestas duas Unidades, entre a 3^a e 8^a semanas do puerpério, no período de novembro de 2012 a maio de 2013. Foram excluídas as mulheres que tiveram filhos natimortos ou que vieram a falecer antes de completar duas semanas de vida.

Foram coletados dados demográficos e antecedentes obstétricos das participantes, sendo eles: idade, escolaridade, estado civil, profissão, número de gestações, paridades e abortos. Também foram perguntados hábitos de vida como tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas.

Foi utilizada a escala EPDS (Edinburgh Post-Natal Depression Scale) para rastreamento de Depressão pós-parto (DPP). A EPDS é um instrumento de autorregistro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença e intensidade dos sintomas. Seus itens avaliam os sintomas (humor deprimido, distúrbio do sono, perda do prazer, ideia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa) encontrados entre os sintomas mais frequentes de depressão.

No Brasil, a EPDS foi traduzida para o português e validada por Santos *et al*, em 1999, com o escore ≥ 12 representando uma sensibilidade de 86% e especificidade de 78%, demonstrando maior risco para desenvolver DPP^{11,24}.

As puérperas incluídas no estudo foram selecionadas com a colaboração da equipe de enfermagem das Unidades estudadas, que indicavam os endereços a serem visitados em companhia das agentes comunitárias de saúde.

No presente estudo, o questionário foi perguntado às mulheres ao invés de ser-lhes entregue para responder, em virtude da baixa escolaridade da população, o que poderia determinar incompreensão do texto ou constrangimento às mulheres. As entrevistas foram realizadas nas residências sendo os objetivos da pesquisa previamente explicados e, caso a puérpera concordasse em participar, foram assinados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após essa etapa coletaram-se os dados demográficos e os antecedentes obstétricos e foi aplicada a escala EPDS.

Os dados obtidos foram digitados no programa Epiinfo versão 3.5.2 para a construção do banco de dados e realização da checagem de consistência dos dados.

A seguir foram construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas, calculando-se ainda as médias e seus respectivos desvios-padrão para as variáveis quantitativas. Foram em seguida construídas tabelas de contingência para a análise bivariada. A significância da diferença entre proporções foi avaliada pelo teste qui-quadrado de associação de Pearson com intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê ético científico institucional.

O trabalho teve como objetivo geral determinar o perfil clínico, epidemiológico e o escore de risco para depressão pós-parto em mulheres residentes nas Unidades de Saúde da Família de Cidade Operária e Jordão Baixo. Os objetivos específicos foram definir o escore de risco para DPP utilizando a EPDS, aplicado entre a 3ª e 8ª semanas após o parto e descrever as variáveis biológicas (idade), demográficas (escolaridade, estado civil, ocupação habitual), reprodutivas (números de gestações, abortamentos e

paridade) e hábitos de vida (consumo de álcool , fumo e drogas ilícitas) das puérperas participantes.

III. RESULTADOS

No presente estudo foram incluídas 63 puérperas. A idade das mães variou de 15 a 40 anos, com aproximadamente 16% (10 mulheres) delas sendo adolescentes (até 19 anos), ficando a média das idades em 24,7 anos. Todas as puérperas apresentavam algum nível de escolaridade, observando-se que 38 (60,3%) delas estudaram até o ensino médio e 25 (39,7%) cursaram o ensino fundamental. Entre todas as mães, 22 (34,9%) informaram não ter companheiro, enquanto as outras 41 (65,1%) eram casadas ou viviam com o companheiro. Com relação às profissões observou-se que 35 (55,6%) delas eram donas de casa, nove (14,3%) ainda estudavam e 19 (30,2%) trabalhavam fora de casa. Com referência aos hábitos de vida, foi observado que a grande maioria (95,2%) não era tabagista, 54 (85,7%) delas não bebiam e apenas uma (1,6%) afirmou usar drogas ilícitas. Cinquenta mães (79,4%) nunca haviam tido abortamentos anteriormente. Quanto à paridade, o número variou entre um e cinco filhos, sendo que a maioria das mães (60,3%) tiveram apenas um filho. (TABELA 1).

Quanto à pontuação na EPDS (The Edinburgh Post-Natal Depression Scale) houve variação de 0 (zero) a 21 (vinte e um) pontos. A prevalência de escores de risco positivos para depressão pós-parto, isto é, valor igual ou superior a 12, foi de 14,3% (TABELA 2 – GRÁFICO 1).

Com relação às perguntas do questionário EPDS foi encontrado que 12 mulheres (19,1%) não riam e achavam graça nas coisas e não sentiam prazer nas atividades do dia-a-dia como antes da gestação. Cerca de 50% das entrevistadas (N= 32) sentiam-se culpadas, ansiosas, preocupadas, assustadas ou em pânico sem uma boa razão. Aproximadamente 40% das puérperas (N=25) afirmaram se sentirem esmagadas pelas tarefas diárias e não lidavam bem com isso. Treze puérperas (20,7%) responderam que têm se sentido infelizes ao ponto de terem insônia, sendo o mesmo percentual

observado com as mães que se apresentam tristes ou arrasadas. Dezesete mulheres (27%), durante a entrevista, afirmaram que se sentem infelizes ao ponto de chorarem e sete (11,1%) dentre as pesquisadas, já tiveram ideação suicida (TABELA 3).

Na análise bivariada, o cruzamento das variáveis preditoras ou independentes com a variável dependente ou de desfecho, não mostrou significância estatística em nenhum dos cruzamentos efetuados.

IV. DISCUSSÃO

No presente estudo, utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburg (EPDS), encontrou-se uma prevalência de 14,3% (IC (95%) 6,7- 25,4), em uma amostra de 63 puérperas entrevistadas, resultado esse que se encontra na média dos trabalhos da literatura pesquisados, onde diversos artigos mostraram prevalências de DPP entre 10 e 15%. Outros autores encontraram resultados divergentes, com até 40% de prevalência nos países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009). Um estudo americano, conduzido por Edwards JW et al, em 2006, utilizando a EPDS e um escore acima de 12 como positivo para rastrear DPP, encontrou prevalência de 8%²⁷. Metanálise realizada por Lobato et al, em 2011, que reuniu inclusive estudos brasileiros, encontrou grande variação na prevalência de DPP, que oscilou de 7,2 % a 42,8%. Essa discrepância de valores pode ser atribuída ao emprego de estratégias metodológicas diversas, como diferentes desenhos de estudo e diversos instrumentos para rastreamento e diagnóstico de DPP⁹.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é o período em que é realizada a pesquisa de dados. Trabalho desenvolvido na Espanha por Manzano et al, em 2002, utilizando o questionário EPDS e coletado no período entre a 3ª e 8ª semanas de puerpério, encontrou prevalência de 15,7%²⁸, semelhante à presente pesquisa. Dois outros estudos tiveram resultados parecidos: o primeiro, realizado na China, em 2009, utilizando a EPDS, entre a 6ª e 8ª semanas de puerpério, encontrou a prevalência de 15,5%²⁹ e o seguinte, realizado no Brasil, em Pelotas (RS), no ano de 2011, foi conduzido por Silva R et al com puérperas atendidas pelo Sistema Público de Saúde e incluídas no estudo no 2º mês pós-parto, encontrando prevalência de DPP de 16,5%³⁰. Esses estudos têm em comum o fato de terem sido aplicados em países em desenvolvimento, com mulheres no período pós-parto e utilizando todos, o mesmo

instrumento para rastreio da DPP. Outros estudos nacionais, entretanto, apresentaram valores discordantes. Um deles, realizado por Cantilino *et al*, em 2010 na cidade de Recife-PE, com mulheres de duas clínicas públicas e uma particular, encontrou uma prevalência de 7,2%²⁵. O estudo foi realizado, por meio de entrevista semiestruturada para o diagnóstico de depressão, com a versão em português do DSM. Desta forma, pode-se imputar a discrepância entre as prevalências ao fato de, na pesquisa atual, ter sido utilizado apenas o questionário EPDS, que se mostra menos específico do que os critérios clínicos do DSM, assim podendo superestimar a taxa de depressão²⁵. Fonseca *et al* realizaram um estudo que também vai de encontro ao atual, com uma prevalência de 28%²⁶. Esse estudo foi realizado em mulheres assistidas nas unidades básicas de saúde durante o pré-natal na cidade de São Paulo. O período de entrevista foi de 9 a 12 semanas após o parto, diferente do presente, realizado no período de 3 a 8 semanas. Essa diferença na cronologia do período da entrevista pode ter sido a responsável pelas diferenças nos índices de prevalência da DPP. Cantilino *et al* demonstraram em seu estudo, que o momento da realização da entrevista no pós-parto torna-se importante fator na determinação da taxa de depressão. Segundo sua análise cerca de 4% das puérperas com menos de oito semanas estavam deprimidas em comparação com 11,4% daquelas com mais de oito semanas, comprovando a ideia de que a DPP pode ser prolongada e, não necessariamente começar nas quatro primeiras semanas como classifica o DSM^{25, 26}.

No presente estudo não foram observadas associações estatisticamente significantes entre o risco de DPP e alguns fatores analisados, tais como: sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, ocupação habitual), obstétricos (número de gestações, paridades e abortos), tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, descritos na literatura, provavelmente devido ao pequeno número de puérperas

incluídas na amostra. Apesar da análise realizada na pesquisa não ter mostrado significância com relação aos fatores de risco citados acima, acreditamos que a prevalência de DPP do presente estudo ficou entre a média internacional e abaixo da média nacional, talvez pelo fato de as mulheres das comunidades estudadas contarem com suporte social, oferecido pelas enfermeiras e agentes de saúde, e emocional promovido pelos familiares, em particular pelos parceiros, neste momento tão importante de transição da vida da puérpera, que funciona como fator protetor para a DPP²⁵. Conforme pôde ser observado pelos pesquisadores, o apoio que os profissionais de saúde lotados nos postos existentes nas comunidades prestam às puérperas, com visitas domiciliares periódicas e boa assistência à saúde, determinou maior autoconfiança e segurança nessas mulheres.

Algumas limitações metodológicas foram observadas no estudo e merecem considerações. O fato de apresentar uma amostra pequena pode ter comprometido possíveis associações estatísticas entre os principais fatores associados como já citado anteriormente. Outra limitação é o fato de o estudo apresentar um delineamento transversal, com a avaliação do estado de humor materno sendo realizada em apenas um momento no tempo, o que pode ter interferido na determinação da prevalência do agravo e levou à impossibilidade de prever o surgimento de novos casos da doença nas puérperas que se apresentavam com boa saúde mental no momento da entrevista. Por último, foi utilizada unicamente a EPDS para rastreio da DPP, e não os critérios clínicos de depressão preconizados pelo DSM-V, os quais teriam poder para determinar o diagnóstico definitivo de DPP.

V. CONCLUSÃO

Sendo a depressão pós-parto um problema frequente e pouco diagnosticado, o rastreio de DPP necessita de maior atenção por parte dos gestores e profissionais de saúde, em especial no serviço público, onde as puérperas não têm assegurado acompanhamento pós-parto, o que inviabiliza a identificação dos casos e o encaminhamento para tratamento adequado.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) mostrou-se um instrumento adequado de rastreio da depressão pós-parto, podendo ser utilizada rotineiramente na rede pública de saúde devido à facilidade e rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de realização por qualquer profissional de saúde.

As puérperas com escores elevados, demonstrados durante a presente pesquisa, serão encaminhadas aos ambulatórios de Psicologia e Psiquiatria do IMIP, de acordo com compromisso assumido pelos pesquisadores no início do trabalho, embora os autores pretendam ir mais além e apresentar os resultados obtidos aos gestores dos serviços de atenção à saúde da mulher, oferecidos pelo IMIP, procurando estabelecer um canal permanente de comunicação entre os profissionais da atenção básica e os serviços de referência, com respeito ao diagnóstico dos estados depressivos da gestação e puerpério.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:801.

2-Heidrich A, Schleyer M, Spingler H, et al. Postpartum blues: relationship between not – protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *J Affect Disord* 1994; 30:93.

3-Henshaw C, Foreman D, Cox J, postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2004;25:267-272.

4-Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Kleln E, Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005; 88:9.

5-Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions –the need for interdisciplinary integration. *Am J Obst Gynecol* 2005; 193:1312.

6-Whitton A, Warner R, Appleby L- The pathway to care in post-natal depression . *British Journal of General Practice*. 1996;46:427-428.

7-O' Hara MW, Zekoski EM , Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study os postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J abnorm Psychol* 1990; 99:3.

8-WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO press: 2009).

9-Lobato G, Moraes C, Reichenhein M; Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* (Recife). 2011;11(4):369-379.

10-Munk-Olsen T,Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006;296:2582.

11- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257.

12-Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post natal depression: women's attitudes to post natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996; 46:427.

13-Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1856

14-Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National comorbidity Survey Replication (NCS – R). *JAMA* 2003; 289:3095.

15-Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK. Et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996; 154:785.

16-Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144:35.

17-Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, et al. The Leicester 500 Project social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med* 1998; 28:63.

18-Warner R, Appleby L, Whitton A Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996; 168:607.

19-Rona RJ, Smeeton NC, Beech R, et al. Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. *Acta Paediatr* 1998; 87:201. 16

20-Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA* 2009; 301:842.

- 21-Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782.
- 22-Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994; 39:620.
- 23-Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347:194.
- 24-Santos MF, Martins FC, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev. Psiquiatria Clínica (São Paulo)*. 1999;26(2):90-5.
- 25- Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC, Pacs JA, Montenegro ACP, Sougey EB, Depressão pós-parto em Recife – Brasil: prevalência e associação com fatores biossociodemográficos. *J Bras Psiquiatr* 2010;59:1-9.
- 26-Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta. E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:738-46.
- 27- Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(3): 221-227.
- 28- Righetti- Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Mnzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*. 2002;70(3); 291-306.
- 29- Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, et al. Postpartum depression and traditional postpartum care in china: role of zuoyuezi. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 104(3):209-13.
- 30- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA et al. Prevalência da depressão pós parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* vol 40. No 1 (São Paulo). 2006: 0034-8910

TABELAS

Tabela 1: Características sócio-econômicas das pacientes entrevistadas nas duas Unidades de Saúde da Família, Recife, 2013 (n=63).

Variável	N	%
Idade (anos)		
15-19	10	16,0
≥ 20	53	84,0
Escolaridade		
2º. grau	38	60,3
1º. grau	25	39,7
Estado civil		
Sem companheiro	22	34,9
Com companheiro	41	65,1
Profissão		
Estudante	9	14,3
Do lar	35	55,6
Trabalha fora	19	30,2
Fuma		
Sim	3	4,8
Não	60	95,2
Bebe		
Sim	9	14,3
Não	54	85,7
Drogas ilícitas		
Sim	1	1,6
Não	62	98,4
Abortamento anterior		
Não	50	79,4
Sim	13	20,6
Nº. Filhos		
Um	38	60,3
Dois	12	19,0
Três ou mais	13	20,6
TOTAL	63	100,0

Tabela 2: Escore de risco para depressão pós-parto das mulheres entrevistadas nas Unidades de Saúde da Família, Recife, 2013 (n=63).

Escore de risco	N	%
<12	54	85,7
≥12	9	14,3

Tabela 3: Pontuação das puérperas segundo os critérios do EPDS – Recife, 2013 (n=63).

Pergunta	Pontuação	N	%
1.Rir/Achar graça nas coisas			
-Como sempre fiz	0	51	81,0
-Não como antes	1	8	12,7
-Sem dúvida, menos que antes	2	2	3,2
-De jeito nenhum	3	2	3,2
2.Prazer nos acontecimentos do dia			
-Como sempre senti	0	51	81,0
-Talvez, menos que antes	1	9	14,3
-Com certeza menos	2	1	1,6
-De jeito nenhum	3	2	3,2
3.Culpa sem necessidade			
-Sim, na maioria das vezes	3	6	9,5
-Sim, algumas vezes	2	23	36,5
-Não muitas vezes	1	2	3,2
-Não, nenhuma vez	0	32	50,8
4.Ansiosa/preocupada sem razão			
-Não, de maneira alguma	0	32	50,8
-Pouquíssimas vezes	1	7	11,1
-Sim, algumas vezes	2	17	27,0
-Sim, muitas vezes	3	7	11,1
5.Assustada/pânico sem motivo			
-Sim, muitas vezes	3	2	3,2
-Sim, algumas vezes	2	9	14,3
-Não muitas vezes	1	2	3,2
-Não, nenhuma vez	0	50	79,4
6.Esmagada pelas tarefas do dia			
-Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem	3	9	14,3
-Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem	2	16	25,4
-Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem	1	6	9,5
-Não. Eu consigo lidar tão bem quanto antes	0	32	50,8

7.Sentir-se infeliz que tem dificuldade de dormir			
-Sim, na maioria das vezes	3	3	4,8
-Sim, algumas vezes	2	3	4,8
-Não muitas vezes	1	7	11,1
-Não, nenhuma vez	0	50	79,4

8.Senti-se triste/arrasada			
-Sim, na maioria das vezes	3	4	6,3
-Sim, muitas vezes	2	2	3,2
-Não muitas vezes	1	7	11,1
-Não, de jeito nenhum	0	50	79,4
9.Infeliz ao ponto de chorar			
-Sim, quase todo tempo	3	2	3,2
-Sim, muitas vezes	2	4	6,3
-De vez em quando	1	11	17,5
-Não, nenhuma vez	0	46	73,0
10.Pensamento suicida			
-Sim, muitas vezes, ultimamente	3	2	3,2
-Algumas vezes nos últimos dias	2	4	6,3
-Pouquíssimas vezes, ultimamente	1	1	1,6
-Nenhuma vez	0	56	88,9

EPDS= Edinburgh Postnatal Depression Scale

GRÁFICO

Prevalência de escore de risco elevado para depressão pós-parto das mulheres entrevistadas nas USF. Recife, 2013 (n=63).

