

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas

Prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto

Alegre e seus fatores de risco

Leila Tannous

Orientador: Prof. Ellis D'Arrigo Busnello

Tese de doutorado

2004

T167p **Tannous, Leila**

Prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre e seus fatores de risco / Leila Tannous ; orient. Ellis Alindo D'Arrigo Busnelllo. – 2004. 167 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2004.

1. Depressão pós-parto 2. Epidemiologia 3. Fatores de risco 4. Porto Alegre (RS) I. Busnelllo, Ellis Alindo D'Arrigo II. Título.

NLM: WM 171

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Luciana Petrucci Gigante, cuja colaboração para o desenvolvimento deste trabalho foi sistemática e estimulante.

À Dr^a. Sandra Fuchs pela dedicada e paciente atenção na condução do trabalho, decisiva para sua conclusão.

À Estatística Vânia Naomi Hirakata, incansável, a quem reconheço determinante participação na análise estatística.

Ao Dr. Angelo M. C. Fiori pelo criterioso, eficiente e bonito trabalho na construção do banco de dados.

Aos entrevistadores: Andressa Fioratini, Camila Morelatto de Souza, Cristiane Bergmann de Souza, Daniel Denardin, Eduardo Maia Weiler, Glauca Maria Dias Fontoura, Marcelo Gaiger Biazús, Jeane A. Florence Nunes, Juliana Dias Pereira dos Santos, Mariana De Bem Rigatti, Natasha Lopes Kühn, Patrícia Paludo, Tadeu Ascoli, Zeli Famer. Principalmente a Jair Silva dos Angelos Moacir Moratelli Junior, Nara Barbosa dos Santos e a Paola Frizzo Pasquotto, pelo entendimento da necessidade de encontrar as mães desta pesquisa e pelo esforço em convencê-las em participar da pesquisa.

Ao Dr. Juarez Cunha pelo acesso ao banco de dados e por ter disponibilizado a Equipe de Informação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde para auxiliar na descoberta dos endereços incompletos.

À Equipe de Informação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde pela colaboração nas estratégias de descobrimento dos endereços e pela paciência busca dos endereços misteriosos.

Aos hospitais: Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Fêmeina, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas,

Hospital Divina Providência, Hospital Moinhos de Vento, Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelas preciosas informações sobre aquelas mães que procurávamos.

À prof^a Denise Petrucci Gigante por ter se interessado em ouvir quando ainda não tinha muito para dizer.

À Maria Tereza Vergara Gouvea pela leitura interessada e pela poesia.

À Ana Elisa David pelo apoio material e afetivo.

Ao Alduísio Moreira de Souza por escutar e se fazer ouvir.

Às agências financiadoras: CAPES, CNPq (processo nº 468572/00-7) e ao Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE 00.258) pelos recursos que tornaram esta pesquisa uma realidade.

À Empresa Pública de Transporte e Circulação pela colaboração para o deslocamento dos entrevistadores.

Aos funcionários Luciano de Oliveira, Letícia Konrath, Helena Costa pela atenção e cuidados com que me atenderam durante os anos de convivência.

Aos meus pais Adla Tannous e Aref Abboud Moussa Tannous, a minha irmã Nádia Tannous Borges aos meus sobrinhos Yasminne e Rodrigo por me acolher e cuidar dos meus filhos.

À Ângela Moraes e suas filhas Andréia e Alice pelo amor e atenção dedicados aos meus filhos, Júlia e Frederico, nos momentos em que não podia estar presente.

Às mulheres, mães que concordaram em participar desta pesquisa.

Ao querido Dr. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello por acreditar que a ciência esta a serviço da felicidade do homem.

XLI

*Ouvia:
Que não podia odiar
E nem temer
Porque tu eras eu.
E como seria
Odiar a si mesma*

E a mim mesma temer

*Se eu caminhava, vivia
Colada a quem sou
E ao mesmo tempo ser
Dessa de mim, inimiga?*

*Que não podia te amar
Tão mais do que pretendia
Pois como seria ser*

*Pessoa além do que me cabia?
Que pretensões de um sentir
Tão excedente, tão novo
São questões para o divino*

*E ao mesmo tempo um estorvo
Pra quem nasceu pequenino.
Tu e eu. Humanos. Limite mínimo.*

*Cantares
Hilda Hilst*

Ao Fabio, à Júlia e ao Frederico.

ÍNDICE

1. Introdução.....	6
2. Revisão da literatura.....	9
2.1. Gestação, parto, lactação, puerpério.....	9
2.2. Maternidade.....	12
2.3. Transtornos mentais no puerpério.....	12
2.3.1. Psicose puerperal.....	12
2.3.2. Síndrome de tristeza pós-parto.....	17
2.3.3. Depressão pós-parto.....	18
3. Objetivos.....	38
4. Referências bibliográficas.....	39
5. Artigos.....	53
5.1. Prevalence and demographic, socioeconomic and cultural determinants of postnatal depression: a population-based study in the city of Porto Alegre, Brazil.....	53
5.2. Prevalência e determinantes demográficos, socioeconômicos e cultural de depressão pós-parto: um estudo de base populacional em Porto Alegre, Brasil.....	76
5.3. Risk factors and prevalence of postnatal depression in the city of Porto Alegre, Brazil.....	100
5.4. Fatores de risco e prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre, Brasil.....	129
6. Anexo (questionário).....	158

1. INTRODUÇÃO

O puerpério tem sido caracterizado como um período no qual o risco de adoecimento mental é maior do que em qualquer outra época da vida da mulher (42,57), chegando a ser quatro vezes maior do que na gestação (104). Além disso o risco de desenvolvimento de psicose nos três primeiros meses após o parto é dezesseis vezes maior que em outros períodos da vida da mulher (96). E as taxas de internação em hospitais por transtornos mentais estão marcadamente aumentadas neste período (5).

Conhecida desde o século V A.C., estudada e pesquisada por Esquirol e Louis Marcé, a psicose puerperal dada sua gravidade e fácil identificação concentrou os estudos dos transtornos mentais no puerpério durante longo tempo. Mas a partir dos anos 50 do século passado, mulheres apresentando quadros depressivos sem necessitar de internação, passaram a ser estudadas. Incluída no rol de transtornos mentais pós-parto, a depressão que acomete as mulheres nos meses seguintes ao parto ainda encontra dificuldades de ser identificada e valorizada. Na maioria das vezes, o quadro de depressão no puerpério cursa silenciosamente, mascarado pelas modificações na rotina que acompanham os cuidados intensos e a preocupação com a saúde e o bem-estar do recém-nascido, que se acresce à intensificação das tarefas domésticas, além das mudanças no ritmo do sono (37). Frequentemente o quadro depressivo é vivenciado com grande vergonha e pudor e muitas mães deprimidas sentem-se constrangidas em reconhecer a disparidade entre seus sentimentos de tristeza e estado de ânimo face à expectativa culturalmente sancionada de que elas deveriam estar contentes com o nascimento de seus filhos e aptas para desenvolver suas novas funções (35). Assim sendo, a mãe não se sente à

vontade para confidenciar seus sentimentos a sua família e para procurar assistência. Na maioria das vezes não recebe tratamento (73).

Os efeitos da depressão pós-parto freqüentemente são evidenciados pelas repercussões negativas na manutenção de suas atividades diárias, na inadequação de sua interação com o bebê e no empobrecimento do contato conjugal e familiar. A constatação dos prejuízos causados por este transtorno motivou estudos para identificar mulheres apresentando depressão no pós-parto e seus determinantes, o que vem se tornando uma realidade cada vez mais freqüente em vários lugares do mundo. A partir de seus resultados, uma série de políticas de saúde puderam ser estabelecidas e divulgadas com intuito de desmistificar tal situação, ajudando e possibilitando o tratamento de mulheres com este transtorno.

No Brasil a importância da identificação de mulheres com depressão pós-parto tem aumentado nos últimos anos; entretanto, os estudos para a identificação de mulheres com depressão no puerpério produziram resultados, na maioria das vezes, aplicáveis a realidades específicas e não direcionados ao planejamento de ações de saúde e adequação das mesmas ao atendimento de mulheres sofrendo de depressão no puerpério. Para tal é necessária a realização de estudos de base populacional que permitam o reconhecimento das populações doentes, identificando a magnitude do problema e indicando a forma de organização dos serviços de saúde mais adequados. É relevante salientar que estudos de base populacional exigem um grande esforço em locais onde os sistemas de registro são precários e onde a busca por trabalho ou emprego ocasiona migrações e deslocamentos freqüentes dentro das cidades.

Esta tese é apresentada conforme as orientações do Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na revisão da bibliografia, foram abordados os temas e conceitos que tem relação com o assunto da pesquisa, buscando contextualizá-la amplamente dentro das áreas do conhecimento com as quais está associada. As conclusões da pesquisa estão apresentadas na forma de dois artigos que sistematizam o estudo e colocam em evidência os principais resultados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Lilacs, Embase, Cochrane, Pubmed, Psychinfo, base de dados das bibliotecas UFRGS (SABi), USP (Dedalus e Higeia). Foram utilizados os seguintes termos para as buscas: depressão, depressão pós-parto, depressão no puerpério, gravidez, gestação, parto, puerpério, prevalência, mulheres, parto, fatores de risco, determinantes, preditores, depression, female, post-natal depression, post-partum depression, predictor, pregnancy, puerperal depression, puerperium, prevalence, women, partum, risk factors.

2.1. Gestação, parto, lactação, puerpério

Gestação

Gestação ou gravidez é nome dado à seqüência de eventos que ocorrem após a fertilização do óvulo, e que são necessários para que o óvulo fecundado se desenvolva até chegar ao feto a termo (97) Nos humanos o tempo necessário para o desenvolvimento de um feto a termo é de 280 dias ou 40 semanas.

O óvulo fecundado implanta-se no endométrio entre o 7º ou 8º dias após a ovulação. As células subjacentes proliferam rapidamente e juntamente com as células do endométrio materno formam a placenta e as várias membranas da gestação. A placenta é responsável pela síntese de grandes quantidades de gonadotrofina coriônica, estrogênios, progesterona e lactogênio placentário humano, hormônios essenciais para a manutenção e desenvolvimento do óvulo fecundado. Um mês após a fertilização do óvulo, todos os órgãos do feto já foram definidos e, durante os próximos dois ou três meses, são estabelecidos

os detalhes mínimos dos diferentes órgãos. A partir do quarto mês, os órgãos do feto são grosseiramente os mesmos que os da criança recém-nascida, incluindo até as menores estruturas dos órgãos. Entretanto o desenvolvimento celular de tais estruturas está muito longe de ser completo nesta ocasião e necessita de todos os cinco meses restantes da gravidez para ser completado.

Além das glândulas sexuais, quase todas as glândulas endócrinas reagem bastante à gravidez, o que é ocasionado principalmente pelo aumento da carga metabólica sobre a mãe, e, em parte, pelos efeitos inversos dos hormônios placentários sobre a hipófise e outras glândulas. A presença de um feto em crescimento no útero acrescenta uma carga fisiológica extra à mãe, e grande parte da resposta materna à gravidez é devida a este aumento de carga.

Parto

Parto é o processo pelo qual a criança nasce (63). Ao final da gestação, o útero torna-se progressivamente mais excitável, até que finalmente começam fortes contrações rítmicas com tal intensidade que a criança é expulsa. A causa exata do aumento da atividade uterina não é conhecida, mas há pelo menos dois importantes tipos de efeitos que levam ao ponto culminante das contrações responsáveis pelo parto: 1) as alterações hormonais como a proporção estrogênio/progesterona aumentada próximo ao final da gravidez e o efeito da ocitocina; 2) as graduais alterações mecânicas.

Lactação

Imediatamente após o nascimento do bebê, a perda súbita da secreção de estrogênio e de progesterona pela placenta elimina os efeitos inibitórios destes dois hormônios permitindo uma produção marcante de prolactina pela

hipófise. A prolactina estimula a síntese de grandes quantidades de gordura, lactose e caseína pelas células glandulares mamária. O leite é secretado continuamente no interior dos alvéolos das mamas e necessita ser ejetado dos alvéolos aos ductos, antes que a criança possa obtê-lo. Quando o bebê faz sucção nas mamas, são transmitidos impulsos sensoriais através dos nervos somáticos para a medula e para o hipotálamo, este levando a secreção de ocitocina e em menor grau da vasopressina (63).

Um problema particular na amamentação do bebê origina-se no fato de que muitos fatores psicogênicos assim como a estimulação simpática generalizada por todo o corpo possam inibir a secreção de ocitocina e conseqüentemente bloquear a ejeção de leite. Por esta razão, a mãe precisa ter um puerpério sem perturbações, se ela quer ser bem sucedida na amamentação do seu bebê.

O útero involui depois do parto mais rapidamente nas mulheres lactentes do que nas não lactentes. Esta diferença provavelmente é resultado da redução da secreção de estrogênios pelos ovários durante o período de lactação. Normalmente, a lactação impede o ciclo menstrual de um a cinco meses como conseqüência do trabalho da hipófise que com a produção de prolactina reduz a taxa de secreção dos outros hormônios gonadotróficos.

Puerpério

O puerpério normal é o período de ajustamento após a gravidez e o parto, quando as mudanças anatômicas e fisiológicas da gravidez são revertidas e o corpo retorna ao estado normal de não gravidez. Sua duração é variável e ainda não é bem precisa. Os órgãos de reprodução retornam ao seu estado normal ao redor de 6 semanas após o parto. Convencionou-se como

pós-parto imediato o período que vai do 1º ao 10º dia subsequente ao parto e pós-parto tardio do 10º ao 45º dia de pós-parto. A maioria das mulheres que não amamenta recomeça o ciclo menstrual neste tempo ou logo adiante. Entretanto algumas das modificações persistem durante a lactância o que torna o término do período pós-parto pouco preciso, podendo ser considerado até final do primeiro ano de vida do bebê, consistindo este período de pós-parto remoto (112).

2.2. Maternidade

A maternidade é uma condição, uma qualidade própria da mãe (44). Está condicionada pelo desejo de ser mãe, pela necessidade de reprodução e pela sobrevivência da espécie. Nos humanos a sobrevivência de um bebê depende do compromisso da mãe em cuidá-lo, da sua motivação em amamentá-lo, alimentá-lo, protegê-lo, estabelecendo vínculos que permitam o seu desenvolvimento e o surgimento dos fenômenos relacionados à interação mãe-filho (66).

2.3. Transtornos mentais no puerpério

A literatura médica tem descrito como transtornos mentais puerperais: a psicose puerperal, a depressão pós-parto e a síndrome de tristeza pós-parto.

2.3.1. Psicose puerperal

Aspectos históricos

Relatos sobre transtornos mentais no puerpério remontam aos aforismos Hipocráticos. No século V A.C. Hipócrates (86,110), no terceiro livro das Epidemias, relatou várias observações de afecções graves com delírio que

acometiam as mulheres no pós-parto. Possivelmente descrevendo um episódio de mania aguda, a observação XIV diz respeito à esposa de Epicrate que após dar a luz a dois gêmeos, no dia do parto delira, e morre freneticamente no 21º dia após o parto. Para Hipócrates, a loucura puerperal poderia ser causada primeiro pela congestão de sangue nas mamas, anunciando a loucura e segundo quando as loquias se dirigem à cabeça, podendo sobrevir excitação, delírio e as manifestações maníacas.

Esquirol (1772-1840) em 1819 (49), estudando 1119 mulheres internadas no Hospício Salpêtrière e na sua clínica particular entre 1811 e 1814, observou que 92 internações eram devidas à loucura após o parto, durante ou imediatamente após o aleitamento. Esquirol diferenciava o momento em que a mulher adoecia porque achava que as causas e os quadros poderiam ser diferentes. Entre as mulheres internadas por loucura, diagnosticou oito casos de demência, trinta e cinco casos de lipemania (melancolia), monomanias e quarenta e nove manias.

Seus estudos mostraram que as mulheres mais sujeitas à alienação mental estavam na faixa dos 25 a 30 anos, considerada a faixa etária de grande fecundidade, que as mulheres que pertenciam à nobreza adoeciam mais freqüentemente durante o aleitamento e que, entre as mulheres das classes mais baixas, a freqüência de adoecimento era maior após o desmame. Esquirol observou que as alienações eram mais freqüentes no pós-parto que nas mulheres que amamentavam, que o perigo de perder a razão diminuía à medida que as mulheres se afastavam da época do parto e que as mulheres que amamentavam estavam mais expostas a ficar alienadas após o desmame que durante o aleitamento.

As causas identificadas por Esquirol para o adoecimento das mulheres no pós-parto foram: as afecções morais (46 mulheres), o desmame brusco, voluntário ou forçado (19 mulheres), as causas físicas (14 mulheres) principalmente o frio (10 mulheres).

Esquirol retoma duas questões presentes a longo tempo e sem resposta conclusiva: a supressão ou a diminuição do leite é causa ou efeito das alienações mentais; o leite pode ser percebido como um corpo estranho nos acidentes que seguem ao parto ou ao aleitamento.

Na tradição de Esquirol, Louis Victor Marcé (1828 - 1864) estudou 310 mulheres (86) que apresentaram quadro de alienação mental no puerpério. Marcé incluía nestes quadros aquelas afecções que ocorriam durante a gestação, além daquelas que ocorriam no pós-parto e durante o aleitamento. Das 310 mulheres estudadas, 27 adoeceram durante a gestação, 180 em seguida ao parto e 103 durante o aleitamento.

Para Marcé os quadros que ocorriam durante a gestação e em seguida ao parto seriam semelhantes enquanto os que ocorressem durante o aleitamento teriam características particulares. Os primeiros denominava “folie puerperal” e os segundos “folie des nourrices”.

Entre as causas predisponentes para a presença da loucura das “recém paridas”, Marcé considerava como causas principais: a hereditariedade, as numerosas gestações e o esgotamento que as acompanhava, a idade avançada, os acessos anteriores de loucura, o estado moral das mulheres durante a gestação, a anemia decorrente de um aleitamento prolongado e o sexo da criança. Entre as causas ocasionais citava às dificuldades no parto, a

hemorragia puerperal, a eclampsia e o recomeço dos cuidados com um recém-nascido.

Marcé apontou como influência etiológica, para aquelas mulheres que apresentavam melancolia no pós-parto, o estado moral da mulher durante a gestação: entre dez mulheres doentes em seis encontrou uma disposição melancólica remontando a uma época mais ou menos avançada da gestação e sobrevindo sob influência de aflições prolongadas ou de emoções morais penosas.

Para Marcé a loucura que se desenvolvia nas mulheres que amamentavam, se ligava intimamente à loucura puerperal. Apesar de não ignorar que, para a maioria dos autores seus contemporâneos, o estado puerperal cessava com saída das loquias, isto é, 30 ou 40 dias após o parto, considerava que, quando uma mulher está amamentando, ela se mantém num estado especial que, por suas conexões íntimas com os atos precedentes, pode ser designado sob o nome de estado puerperal prolongado. Dividia os casos de loucura das nutrizes em duas classes distintas segundo a época em que a doença se desenvolvia: primeiramente, aqueles que iniciavam durante as seis ou sete semanas após parto e, em segundo lugar, aqueles que surgiam após oito, dez, vinte meses de aleitamento ou mesmo poucos dias após o desmame.

As principais causas apontadas para o surgimento da loucura das nutrizes, além das causas hereditárias, eram a anemia e debilitação por aleitamento prolongado.

Quadro clínico

A psicose puerperal ocorre dentro de 6 semanas pós-parto e tem seu pico de incidência entre o 3º e o 14º dia (68). É o mais grave e mais dramático de todos os transtornos pós-parto. A incidência de psicose puerperal é de 1 a 2 casos por 1000 partos (68). O início do quadro em geral é súbito e bastante precoce em relação ao parto. Mais de 1/3 dos casos surgem na primeira semana do puerpério, e até o final do primeiro mês terão ocorrido 2/3 dos casos (88).

O transtorno é caracterizado por inquietação, insônia, labilidade afetiva, progredindo para um estado de confusão, irracionalidade e eventualmente um fulminante episódio psicótico com sinais de mania e delirium (68).

A mulher apresenta-se nitidamente transtornada. Há sentimentos de aversão ou indiferença ao bebê ou ao marido, e de inabilidade para cuidar da criança. O comportamento em relação ao filho será então de evitação ou de ansiosa e exagerada solicitude (98). O tema dos delírios e alucinações são mais comumente relacionado à gravidez e ao bebê. Ela pode acreditar que será punida por ser uma má mãe, ou pensar que está sendo perseguida pela polícia devido a algum pequeno delito anteriormente cometido. Pode acreditar ser ainda solteira e virgem, ou ter sido infiel ao esposo. São comuns idéias como a de que o filho está morto ou defeituoso, de que foi trocado, de que é o diabo, ou mesmo de que ele nem nasceu. “Vozes” que ordenam que ela mate o recém-nascido são bastante referidas. O suicídio e o filicídio são os riscos de maior gravidade nesses casos (68).

A maioria mulheres tem uma boa recuperação do quadro agudo. Infelizmente de 10% a 50% destas mulheres tem episódios recorrentes em gestações subseqüentes, independente das intervenções farmacológicas e

psicoterápicas propostas. Um estudo longitudinal acompanhou 75 mulheres por um período de 30 anos: 85% tinham diagnóstico de transtornos do humor e embora algumas tivessem recaído durante gestações subseqüentes a maioria funcionava na maior parte do tempo; 15% foram diagnosticadas como esquizofrênicas com recaídas nas gestações seguintes e deterioração do funcionamento; 5% cometeram suicídio e a taxa de infanticídio foi de 4% (104).

2.3.2. Síndrome de tristeza pós-parto

Aspectos históricos

Também conhecida como disforia pós-parto, tristeza pós-parto, “blues”, a Síndrome de tristeza pós-parto começou a ser sistematicamente estudada a partir dos anos 50 do século XX (108).

Quadro clínico

A Síndrome de tristeza pós-parto pode ser definida como alterações transitórias e auto limitadas do estado materno no puerpério imediato. É caracterizada por episódios freqüentes de choro, flutuações do humor, tristeza, irritabilidade, fadiga, confusão, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade, principalmente relacionada ao bebê (14). A duração é variável, estendendo-se de algumas horas a um máximo de duas semanas. Há um pico de incidência (25%) no terceiro dia (108). Em nosso meio, Rohde (115), comparando uma amostra de 86 mulheres no puerpério imediato a 75 não-puérperas e 19 mulheres no pós-operatório imediato, encontrou um pico sintomatológico no 5º dias do pós-parto utilizando a escala de STPP de Kennerley. Os sintomas desta síndrome são transitórios e requerem pequena intervenção, havendo remissão sem seqüelas em menos de duas semanas. Entretanto, aproximadamente 20% de mulheres com “blues” irão desenvolver

depressão maior no 1º ano do pós-parto. (94). Estudos relatam incidências de 50% a 85% de mulheres apresentando blues no pós-parto (22,80). Em função da elevada frequência e relativa benignidade, há autores que consideram a síndrome de tristeza pós-parto um evento normal.

2.3.3. Depressão pós-parto

Aspectos históricos

A depressão pós-parto foi originalmente denominada “depressão atípica do puerpério” e o estudo considerado pioneiro sobre depressão pós-parto foi realizado por Pitt em 1968 (109). O interesse de Pitt surgiu, primeiramente, do consenso de que as mulheres freqüentemente ficavam deprimidas após o parto, entretanto somente mulheres bastante doentes para serem hospitalizadas eram estudadas. Segundo, da observação dos agentes de saúde na Inglaterra de que havia mulheres com queixas de humor deprimido e em alguma extensão incapacitante, persistindo por mais de duas semanas, mas não tão gravemente comprometidas que necessitassem de internação.

Durante alguns meses todas as mulheres que compareceram ao London Hospital durante a gestação e que estivessem com 28 semanas ou mais de gestação foram convidadas a participar da pesquisa. Foi aplicado um questionário, desenhado para medir ansiedade e depressão associadas ao parto, no sétimo mês de gestação e novamente entre a sexta e oitava semanas após o parto. Deprimidas em potencial, cujos escores tinham aumentado, e controles potenciais, livres de depressão, sem modificação nos escores ou com redução dos escores, foram assim obtidas, e o diagnóstico foi confirmado ou excluído por entrevista clínica. Deprimidas foram seguidas durante um ano.

Concluíram o estudo 305 (90,8%) das mulheres e 33 (10,8%) participantes desenvolveram depressão puerperal. Somente uma apresentou o transtorno clássico. No restante das participantes, o quadro era atípico. Ao final do primeiro ano de pós-parto, 12 deprimidas (3,9% do total da população estudada) não tinham melhorado e 19 (6,2%) participantes apresentavam novos ou exacerbação de sintomas psicológicos, que foram classificados como duvidosamente deprimidos.

Pitt preferiu chamá-la depressão atípica porque os sintomas e a evolução do quadro diferiam daquele descrito na depressão clássica, com a proeminência de sintomas neuróticos, tais como ansiedade, irritabilidade e fobias, encobrindo a depressão. Segundo ele, essa síndrome se apresentava como uma variante branda da depressão fisiológica mais freqüentemente vista em mulheres jovens ou personalidades imaturas.

Quadro clínico

A depressão pós-parto é definida como um episódio depressivo não psicótico que se instala a partir da 4^o semana até o final do 1^o ano do pós-parto (68).

É caracterizada por uma experiência contínua de tristeza ou diminuição na capacidade de experimentar prazer; por irritabilidade; por sentimentos de desvalorização; por marcante ansiedade (109); por tendência a ruminar sobre a saúde e o bem-estar do bebê (126); por fadiga além de alterações no sono e no apetite (109).

A puérpera sente dificuldades no desempenho das tarefas domésticas e, em geral, percebe a alteração do humor, mas quase sempre hesita em contá-la aos outros (109,37). Não apresenta anormalidades óbvias na maioria das vezes

e pode inclusive transmitir a impressão de que não tem qualquer dificuldade psicológica. Em alguns casos, somente uma observação cuidadosa torna possível perceber os sinais de ansiedade, de desvalorização e distúrbios do sono típicos dos episódios depressivos, porque permanecem escondidos sob as modificações na rotina, tais como cuidados intensos e preocupação com a saúde e bem-estar do bebê, desadaptação inicial à intensificação das tarefas domésticas e mudanças no ritmo do sono (37). Existem algumas circunstâncias que podem dificultar o diagnóstico da depressão puerperal. Algumas mães podem atribuir o seu estado depressivo à ambivalência em relação ao papel materno ou a algum desajuste conjugal ou familiar. Não é raro que o comportamento da mãe deprimida, chorando e sem energia, seja mal compreendido pelos familiares e criticado velada ou abertamente. Outras vezes os familiares tentam ajudar através de palavras de estímulo ao esforço e a auto-recuperação. Devido ao fracasso deste tipo de procedimento, o efeito pode ser inverso, com redução de auto-estima e aumento dos sentimentos de culpa.

O quadro apresenta intensidade variável, sendo que mais freqüentemente as mulheres mostram sintomas brandos ou moderados. Mas há casos graves que demandam intervenção medicamentosa ou internação. Esse quadro apresenta evolução altamente variável em severidade e duração (94).

A maioria das mulheres que apresentam depressão pós-parto não recebe tratamento (109,73), experimentam depressão até um ano (109, 96) e têm duas vezes mais chances de experimentar futuros episódios de depressão num período de 5 anos (31).

Os efeitos da depressão pós-parto a longo prazo são associados com significativos efeitos sobre a interação mãe-bebê (24), atraso no

desenvolvimento cognitivo e emocional infantil (30, 92), abuso e negligência de crianças (21) e dificuldades conjugais (18).

Etiologia da depressão pós-parto

Apesar de várias tentativas em diferentes áreas do conhecimento para discriminar a etiologia da depressão pós-parto ela permanece desconhecida. Seguem abaixo algumas teorias a respeito das causas de depressão pós-parto.

Teorias biológicas

A relação temporal entre depressão puerperal e o parto estimulou estudos associando a súbita mudança nos níveis hormonais de progesterona, estrogênio e prolactina, ocorridos logo após o parto, e o quadro de depressão que surge no pós-parto.

O'Hara (102), em estudo comparativo de mulheres grávidas e não grávidas acompanhadas durante a gestação e o pós-parto, encontrou que as mulheres grávidas e deprimidas no pós-parto tinham significativamente menores níveis de estradiol na 36^a semana de gestação e no 2^o dia de pós-parto, quando comparadas às mulheres grávidas e não deprimidas.

Ahokas (92) em um estudo com 23 mulheres, diagnosticadas pela CID-10 com depressão na 6^a semana de pós-parto, encontrou que todas as mulheres tinham concentração sérica de estradiol baixa e 16 das 23 com concentração menor que o valor limite para falência gonadal.

Ross (117) examinando 19 mulheres deprimidas pela Escala de Edimburgo e 19 controles, durante diferentes períodos da gestação e do pós-parto, encontrou taxas maiores de progesterona nas mulheres deprimidas.

Harris (65) observou, em uma amostra de 147 mulheres, que 14,4% estavam deprimidas, entre as quais os níveis de prolactina no plasma estavam

inapropriadamente baixos naquelas que amamentavam. Nas mulheres que amamentavam artificialmente, observou que a progesterona salivar estava positivamente associada com depressão, enquanto que naquelas que amamentavam estava negativamente associado.

Outra hipótese estudada diz respeito ao declínio na circulação materna da concentração de hormônio de liberação corticotrópico nas horas seguintes ao parto e ao desenvolvimento de depressão durante o pós-parto. Harris (65) medindo cortisol e progesterona na saliva duas vezes ao dia em 120 mulheres primíparas entre duas semanas antes do parto até 35 dias do pós-parto, encontrou menores níveis ao entardecer de cortisol no puerpério imediato associado com depressão pós-parto.

Também tem sido postulada a hipótese da depressão pós-parto estar associada a alterações ocorridas nos níveis dos hormônios da tireóide decorrente da Tireoidite pós-parto (125). Entretanto a associação não é clara e Tireoidite pós-parto pode representar uma doença confundidora que justificaria um “screening” de rotina pós-natal.

Entretanto as dificuldades encontradas na replicação dos achados e estudos com resultados negativos reforçaram o argumento de que estas modificações hormonais são esperadas e dificultam o entendimento de por que alterações hormonais esperadas podem causar depressão somente em algumas mulheres. Modelos teóricos propondo uma etiologia multifatorial passaram a ser desenvolvidos para poder explicar porque algumas mulheres apresentam depressão pós-parto.

Os modelos propostos associam vulnerabilidade pessoal versus fator de risco que pode ser biológico, social ou psicológico. Newport (94) propõe o

modelo diátese/estresse no qual um indivíduo com vulnerabilidade constitucional para a doença diante das alterações biológicas do parto adoeceria. Para O'Hara (102), a depressão pós-parto se instalaria naquelas mulheres com vulnerabilidade pessoal enfrentando eventos de vida negativos e eventos que exigem uma nova e difícil de adaptação como o parto. Para Haynes (66), uma mulher com vulnerabilidade genética enfrentando eventos neuro fisiológicos anormais durante a gestação e o parto, poderia desenvolver depressão pós-parto.

Teorias psicológicas

Dentro da perspectiva psicológica, alguns autores ressaltam o caráter conflituoso que a experiência da maternidade pode assumir, tornando-se um fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais após o nascimento de um bebê (85). Nesse sentido, propuseram que tais transtornos podem ter origem no conflito da mulher em assumir o papel materno, o que tornaria necessário um redimensionamento da própria identidade. Da mesma forma, Stern (123) afirmou que, com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de uma reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Embora a experiência da maternidade de mulheres que apresentam sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a

maternidade do que mães não-deprimidas (45,99). Alguns desses estudos mostraram que mães deprimidas definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente (89) e relataram menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não-deprimidas (4).

Para Cox (35), o parto não deve ser entendido como um gatilho, mas como um longo processo de adaptação psicológica, sendo necessária à negociação das relações da nova mãe com o marido e com sua própria mãe. Mulheres que têm um relacionamento pobre ou hostil com sua mãe ou perderam sua mãe numa idade precoce, afirmam ter maior dificuldade de aceitar seu novo papel maternal. Cox (39) observou que mulheres que tinham perdido suas mães antes dos 12 anos de idade eram mais vulneráveis para depressão pós-parto. Algumas mulheres são vistas como atravessando um processo de perda, como se elas se afligissem por sua perda de liberdade e pela natureza de suas responsabilidades como mães.

Teorias antropológicas

Como fenômeno universal, necessário e imprescindível à sobrevivência da espécie, a fecundação, a gestação, o parto e o pós-parto são eventos que não estão relacionados à raça, credo, tempo nem ao lugar. Entretanto o nascimento como a morte não é somente um fato fisiológico, mas também um ato social.

A evidência transcultural é de que o parto e o puerpério são um tempo de vulnerabilidade para a mãe e a criança, considerado um evento vital crítico, entendido como um rito de passagem, marcado por uma seqüência de eventos públicos que asseguram à mulher seu novo lugar na sociedade (35).

Nas sociedades não ocidentais, este tempo é marcado por um período distinto; no qual durante quarenta dias subseqüentes ao parto, a mulher recebe apoio social e familiar para adaptar-se ao novo papel. Medidas de proteção como exclusão social, regras de descanso, ajuda nos cuidados com o recém-nascido, assistência nas tarefas domésticas por parentes marcam esta passagem reconhecendo e valorizando o novo papel da mulher (35).

Nas sociedades ocidentais, a participação da mulher no mercado de trabalho introduziu modificações na sua forma de organização, promovendo mudanças culturais associadas com o nascimento, incluindo o adiamento da gravidez, famílias menores e modificação no papel da mulher. A sociedade enfatiza a normalidade do parto e espera que as novas mães continuem com suas vidas, como de costume, assim como possam arranjar-se com o recém-nascido (33).

A constatação destas modificações motivou hipóteses sobre a relação entre organização e mobilização social após o parto e a experiência de depressão no puerpério. Stern e Kruckman (124) desenvolveram a hipótese de que a depressão pós-parto poderia ser uma “síndrome ligada à cultura”, a qual ocorreria em função da falta de estrutura social do evento puerperal, de apoio instrumental à nova mãe e da ausência reconhecimento social do papel de transição da puérpera. Consideravam-na uma patologia limitada ao ocidente. Entretanto estudos transculturais têm encontrado taxas de depressão pós-parto semelhantes em locais sem similaridade cultural. Cox (35) encontrou taxa 10% de depressão pós-parto em 183 mulheres residentes numa área semi-rural em Uganda no terceiro mês de pós-parto e 13%, em mulheres consecutivamente estudadas na Escócia. Huang (67), em um estudo comparativo para investigar

fatores que estariam associados com depressão pós-parto, encontrou prevalência de depressão pós-parto 18% em Taiwan e 19% no Reino Unido.

Para Cox (35), análises contextualizadas desses resultados conduzem à interpretação mais cuidadosa. Este autor considera que maiores taxas de depressão no pós-parto seriam esperadas na África, caso se levasse em consideração às histórias de abortos prévios, natimortos e mortes neonatais relatadas pelas mulheres deprimidas e as inadequadas condições de atendimentos obstétricos em Uganda.

O estudo de Huang (67) encontrou uma significativa diferença na proporção de mulheres nos dois países reiniciando sua vida social dentro do primeiro mês do pós-parto (69% no Reino Unido e 14% em Taiwan). A maioria das mulheres em Taiwan (72%) respeitou a quase totalidade (95%) dos tradicionais tabus durante 'Doing the month'. Em contrapartida apontou uma significativa associação negativa entre a adaptação no novo papel da maternidade e os escores da Escala de Edimburgo nas mulheres do Reino Unido.

Para os estudiosos (35), taxas semelhantes em lugares com culturas muito diferentes não podem ter o mesmo valor, sendo necessário para o entendimento, o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto a inclusão dos fatores culturais e sociais nos estudos sobre o tema.

Teorias psicanalíticas

A teoria psicanalítica (20) considera o desejo de ter um filho como aspecto decisivo no desenvolvimento psicosssexual da menina e trata o parto e a maternidade como eventos que comportam necessariamente aspectos

regressivos capazes de trazer à tona desejos inconscientes e conflitos estruturante na história individual.

Para Bribing (20), durante a gestação, a mulher vive uma crise integrativa que emerge independentemente da sua história pessoal, tornando a gravidez crítica por reeditar os conflitos inerentes ao desenvolvimento sexual da mulher, e por trazer à tona tanto suas relações objetais primitivas como a constituição de sua identidade. Caso o resultado desta crise seja favorável, ocasiona a integração dos impulsos inconscientes ao Ego. Caso contrário, os transtornos mentais e a depressão expressam a emergência de aspectos inerentes à estrutura de personalidade da puérpera como mecanismos de defesa preferenciais, constelações típicas e fixações libidinais com seu potencial desagregador.

Teoria cognitiva

Esta teoria afirma que a crença distorcida sobre si mesmo e sobre o ambiente seriam precursores do estado depressivo (15). Os indivíduos propensos à depressão na vida adulta seriam aqueles que na infância estiveram cronicamente expostos a eventos ou relações capazes de lhe imprimir tais crenças negativas. Estas crenças, ao longo do tempo, passariam a ser automaticamente sacadas do repertório do indivíduo, apresentando-se nas situações em que entram em jogo a auto-estima e as expectativas do indivíduo sobre seu ambiente imediato. Estes atributos de personalidade tornam os indivíduos particularmente sensíveis aos chamados eventos de vida estressantes. E o parto, como um deles, pode desencadear depressão em pessoas que apresentam tais características.

Instrumentos de investigação

Os primeiros estudos para identificação de mulheres com depressão no pós-parto utilizaram instrumentos criados para a verificação de depressão em geral como a Escala de Depressão de Hamilton (64), o Inventário Beck (16), a Self-rating Depression Scale de Zung (135) e a Escala de Depressão de Newcastle (25). Estudos posteriores apontaram sua inadequação, passando-se a utilizar instrumentos especialmente criados para identificação de mulheres com depressão no pós-parto. No período puerperal, isto é importante em função de ser uma fase na qual modificações do sono e do apetite são muito freqüentes.

A Escala de Edimburgo, Edinburg Postnatal Depression Scale, é uma escala de auto-administração composta de 10 itens, alguns retirados da Irritability Depression and Anxiety Scale, outros da Hospital Anxiety and Depression Scale (135) e de itens elaborados por seus autores. No estudo original (36), ficou estabelecido um escore igual ou maior a 13 para separação de casos de depressão e mulheres normais, apresentando a escala uma sensibilidade de 86%, especificidade de 78% e valor preditivo de 73%.

No Brasil a Escala de Edimburgo foi validada por Santos (119) e por Silva (121). O estudo de Santos encontrou sensibilidade de 72%, especificidade de 88% e 78% de valor preditivo para ponto de corte igual ou maior a 12. O estudo de Silva encontrou sensibilidade de 80% e especificidade de 90% para ponto de corte igual ou maior que 13.

Prevalência de depressão pós-parto

Estudos epidemiológicos têm produzido taxas de prevalência de depressão pós-parto que variam de 5% (52, 53) a 36,7% (69) no ano seguinte

ao parto. Segue abaixo uma tabela apresentando estudos, com estimativas de prevalência de depressão no pós-parto, utilizando a Escala de Edimburgo.

Amostra	Ano*	Local	Período da coleta**	Ponto de corte	Prevalência %
485 (100%) mulheres de 18-40 anos que tiveram filhos de 05/98 a 12/99 (47)	2002	Nes e SØrum Noruega	6ª semana	≥10	8,9
257 (81,7%) do total da amostra aleatória retirada dos registros de atendimento dos 6 meses anteriores a partir de 02/98 (41)	2002	Manisa Turquia	1º ao 6º mês	≥13	14
100 mulheres consecutivas de clínica pública de pós-natal (111)	2002	Kathmandu Nepal	2º - 3º mês	≥13	12
101 (83%) uma a cada três mulheres recrutadas em 3 postos de saúde pública. 50 (94%) pacientes de 2 equipes de médicos gerais e de parteiras (67)	2002	Keelung Taiwan	3º ao 9º mês	≥13	19
		Sheffield/ Inglaterra	3º ao 6º mês		18
303 (68%) das mulheres que tiveram parto hospitalar entre 06 e 08 de 1998	2002	Beirut	5º mês	≥13	16
235 (80%) das mulheres que tiveram parto hospitalar de 10 a 12 de 1997 (26)		Vale do Beka Líbano	4º mês		26
252: (93%) mulheres recrutadas consecutivamente clínica de pré-natal	2002	Goa	6ª a 8ª semanas	≥12	23
235 (87%) (106)		India	6º mês		≥12
5262 (78%) recrutadas nas clínicas de pré-natal de 01/01/94 a 31/12/95 (53)	2000	Aarhus Dinamarca	4º mês	≥13	5,5
909 (83,2%) mulheres que tiveram bebês entre 07/97 e 08/98 (55)	1999	Olmsted County Estados Unidos	6ª semana	≥12	11,4
142 (67%) mulheres consecutivas na sala pós-natal do hospital de 11/96 a 01/97 (75)	1998	Hong Kong China	6ª semana	≥13	11,3

95 (84,9%) mulheres consecutivas hospitalizadas da metade de 07 ao final de 08 de 1994 (56)	1998	Dubai Emirados Árabes	7° dia	≥12	17,8
33 (82,5%) mulheres recrutadas na comunidade (121)	1997	Rio de Janeiro Brasil	12ª semana	≥13	12
308 (83%) mulheres identificadas em dias alternados num período de 6 semanas que tivesse bebê no Coombe Women's Hospital (74)	1997	Dublin Irlanda	3° dia 6° semana	≥13	11,4 11
1584 (84,5%) mulheres consecutivas recrutadas em centros de saúde infantil (132)	1997	Göteborg Suécia	8° semana 12° semana	≥12	12,5 8,3
327 (81,7%) mulheres consecutivamente registradas e randomicamente recrutadas maternidade 1990 (52)	1997	Jerusalém Israel	6ª semana 12° semana	≥13	5,2 12,4
2375 (79,8%) mulheres consecutivas (130)	1996	Manchester Inglaterra	6ª a 8ª semanas	≥13	11,8
352 (85,9%) recrutadas na comunidade no período de 31/10/88 a 01/11/89 (7)	1996	Oporto Portugal	8ª a 20ª semanas	≥13	13,1
542 (92,6%) mulheres recrutadas em 5 centros de saúde 01/91 a 07/92 (69)	1995	Santiago Chile	8ª a 12ª semanas	≥10	34,5
236 identificadas através da Declaração de nascidos vivos e recrutadas por telefone (119)	1995	Brasília Brasil	6ª a 24 semanas	≥ 12	13,4
222 (95%) mulheres hospitalizadas com filhos nascidos entre 07 e 12 de 1990 foram convidadas pela parteira A os 6 meses 192 (82%) (122)	1994	Adelaide Australia	6ª semana 24ª semana	≥13	9 10
126: 77% mulheres consecutivas atendidas clínica de pre-natal do King's College Hospital durante 6 meses (5)	1994	Londres Inglaterra	8ª semana	≥12	12

* Ano da publicação do estudo

**Pós-parto

As diferenças nas estimativas de prevalência nos estudos identificados podem ser decorrentes do tamanho e do local de onde são retiradas as amostras, do critério diagnóstico utilizado, da natureza do método de avaliação (maiores estimativas são encontradas em estudos usando medidas auto-aplicáveis) e da duração do período de pós-parto sob avaliação (períodos mais longos são preditores de prevalências mais altas).

O'Hara (100) encontrou, através da meta-análise de 59 estudos de depressão pós-parto (n =12.810), a prevalência de 13% (IC 95% 12,3 a 13,4) de depressão pós-parto e 12% na meta-análise de 8 estudos (n = 3121) que utilizaram a Escala de Edimburgo com ponto de corte maior ou igual a 12.

Fatores de risco

Os estudos para identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto incluem freqüentemente variáveis relacionadas a fatores demográficos idade, cor ou raça; socioeconômicos: escolaridade, atividade profissional, e renda. Entretanto, exceto pela renda (7,26,74,100,106,116,133), os resultados obtidos não são consistentes sobre suas influências na presença de depressão no puerpério.

Fish (52) encontrou que mulheres com idade acima de 29 anos apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de depressão no pós-parto. Em contrapartida o estudo de Warner (130) mostra que o aumento da idade é fator de proteção contra o aparecimento da depressão no puerpério.

Da mesma forma, mulher exercendo atividade profissional apresenta resultados divergentes quando se comparam os resultados obtidos em estudos realizados em países industrializados com países de cultura não ocidental. Em países industrializados (74,116,130,100), mulheres que não desenvolvem

atividade profissional apresentam mais chances de desenvolver depressão no pós-parto do que mães que trabalham. Em contra partida, em estudos realizados em países de cultura não ocidental, os resultados divergem, não se encontrando associação (26) ou se encontrando o exercício de atividade profissional como risco associado ao desenvolvimento de depressão no puerpério (106).

Há fatores de risco que são relacionados à cultura do lugar como, por exemplo, o sexo da criança na Índia (106) e o relacionamento da mãe com a sogra (27), ou do número de esposas em países de orientação religiosa mulçumana (1).

Entre as variáveis obstétricas estudadas como fatores de risco o aleitamento materno e a paridade têm recebido bastante atenção. O aleitamento materno é muito estudado na sua associação com depressão pós-parto e uma questão que acompanha esses estudos discute se a interrupção do aleitamento é resultado da presença de depressão ou se está implicado com os mecanismos para o aparecimento de depressão no pós-parto. De qualquer forma, os resultados das pesquisas são conflitantes, havendo estudos em que há uma clara associação entre a interrupção do aleitamento e a presença de depressão pós-parto (74,106,130) e outros em que esta associação não é encontrada (47,90,122,133).

Em nosso meio, Falceto (51), estudando as causas de interrupção de aleitamento materno no 4º mês do puerpério encontrou associação estatisticamente significativa entre a interrupção do aleitamento e presença de transtorno mental, sendo que a depressão foi o transtorno mais prevalente.

Na literatura os resultados sobre a influência da paridade no desenvolvimento de depressão pós-parto não são consistentes. Há estudos (41,53,130,133) que encontraram associação entre aumento do número de filhos e depressão pós-parto e estudos que não encontraram associação (26,47,76,116). O efeito da paridade sobre a competência materna tem sido demonstrado em muitas espécies, tendo se constatado que a maternalidade está claramente baseada em experiências prévias (66). Em humanos, o papel da experiência com bebês e crianças, facilitando o ajustamento para o recém nascido tem sido estudado com alguma extensão. Tem sido encontrado que a atitude materna durante a gestação prediz atitude materna no pós-parto e é influenciada pela história do apego e da experiência com crianças. Em um estudo (66) longitudinal, prospectivo, mulheres foram questionadas no final da gestação e no primeiro e terceiro mês de pós-parto a respeito de seu desejo pela gravidez, sentimentos de apego às crianças e sentimentos de confiança maternal. Foi encontrado que experiências prévias com crianças e apego à sua mãe e seu marido ou companheiro são importantes fatores protetores contra depressão pós-parto. Atitude maternal é vista como um estado cognitivo preparatório que pode ter um papel no ajustamento pós-parto.

Estudo realizado no Rio de Janeiro (121) encontrou associação positiva entre as mulheres da raça negra com baixa paridade e a presença de depressão no pós-parto.

Os fatores de risco relativos ao recém nascido mais estudados dizem respeito à influência do temperamento do recém nascido e do seu estado de saúde (41,116). Recém nascidos com problemas de saúde podem reforçar sentimentos de inabilidade da mãe nos cuidados com o bebê.

Achados mais consistentes sugerem a importância das variáveis relativas à história psiquiátrica pregressa, principalmente depressão (1, 26, 41, 47, 52, 53, 56, 74, 75, 102, 116), eventos da vida estressantes, conflito marital e lacuna no suporte para aumentar significativamente o risco para a presença de depressão pós-parto.

Conforme estudos, 30% de mulheres (54) que experimentam depressão pós-parto têm história prévia de depressão, sendo que episódio prévio de depressão pós-parto aumenta em 50% o risco para o episódio subsequente (31). Estes achados sugerem que há uma continuidade de transtornos psiquiátricos que surgiram muitos anos antes da mulher engravidar, permanecem durante sua gestação e entram no período de pós-parto, podendo ser crônicos ou episódicos.

Conforme as teorias (66) que tratam das estruturas familiares contemporâneas, nas sociedades ocidentais industrializadas, a família nuclear tomou o lugar das famílias extensivas e com a mulher entrando no mercado de trabalho, destinou-se ao parceiro conjugal maior participação na vida doméstica e na educação dos filhos. Tornou-se então prerrogativa para que um relacionamento conjugal seja satisfatório que seja continente com as demandas da família e funcione como suporte afetivo e social (1,41,47,56,67,74,75,100,116).

Eventos estressantes são fatores muito estudados dada a sua fácil identificação e objetividade na investigação. Nesta denominação, estão incluídos os eventos oriundos das crises vitais como nascimento e morte, e eventos acidentais como perda de emprego, violência física, companheiro assassinado ou preso. Percebemos que a associação de um evento

estressante, com a presença de depressão no puerpério, está relacionada ao seu nível de interferência em projetos ou expectativas pessoais, à sua permanência, às suas conseqüências e ao tempo decorrido desde sua ocorrência (1,27,47,56,102).

Estudo de meta-análise (100) determinou o tamanho do efeito de um número de supostos fatores de risco, medidos durante a gravidez, para depressão pós-parto e encontrou como mais fortes preditores de depressão pós-parto: história passada de psicopatologia; distúrbio psicológico durante a gravidez; relação marital pobre; baixo suporte social, eventos da vida estressantes e baixo “status” social.

Depressão pós-parto e sistemas classificatórios

Respostas inconclusivas até o momento sobre a etiologia, evolução e prognóstico da depressão pós-parto não permitem considerá-la um transtorno depressivo distinto dos transtornos depressivos que ocorrem em períodos diferentes do puerpério. Tal indefinição promove um considerável debate sobre sua a validade nosológica.

A maneira como é tratado nos sistemas taxionômicos de referência, Classificação estatística internacional de doenças e problemas Relacionados à saúde de 1993, Capítulo V (103) e Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais IV, (6) difere, apesar dos pressupostos que norteiam seus critérios de classificação ser bastante semelhantes.

Desde o paradigmático DSM-III (1980) estes sistemas classificatórios agrupam os transtornos mentais segundo a descrição de suas características clínicas, abolindo filiações teóricas em relação a sua etiologia, assumindo uma

conduta agnóstica em relação aos transtornos mentais. Estabelecem restritos critérios operacionais (de inclusão e de exclusão) e abordagem multi-axial.

Na CID-10 (103), a possibilidade para que a depressão pós-parto seja classificada como tal, distintamente de outros transtornos, é possível como um diagnóstico obtido pela exclusão dos demais diagnósticos referências, na rubrica:

F50 – F59: síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos:

F53: transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outros locais:

F53.0: transtornos mentais e de comportamento, leves, associados ao puerpério, não classificados em outros locais.

Esta categoria inclui depressão pós-natal sem outra especificação e depressão pós-parto sem outra especificação.

Conforme a CID-10, F53.0, não é usual e aparentemente paradoxal por levar à recomendação de que deve ser usada apenas quando inevitável. Sua inclusão é um reconhecimento dos problemas práticos bastante reais em muitos países em desenvolvimento, que tornam o agrupamento de detalhes, a respeito de muitos casos de doenças puerperais, virtualmente impossível. A recomendação feita é que os transtornos mentais relacionados ao puerpério com início dentro de seis semanas após o parto, devam ser freqüentemente classificados entre os transtornos psiquiátricos usuais sem relação com o período pós-parto.

Em geral será possível classificar transtornos mentais associados ao puerpério pelo uso de dois outros códigos: o primeiro é de algum lugar no

Capítulo V (F) e indica o tipo específico de transtorno mental [usualmente afetivo (F30 – F39)] e o segundo é no Capítulo XV: gravidez e parto, na rubrica O99.3 9: doenças mentais e doenças do sistema nervoso complicando o parto e o puerpério.

A atual classificação norte-americana, DSM-IV (6), não traz categorias específicas para os transtornos psiquiátricos puerperais. Entretanto, possibilita que os subtipos de transtornos de humor e entre eles episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior, recebam um especificador de curso longitudinal: com início no pós-parto (episódio ocorre dentro de 4 semanas pós-parto). Os especificadores oferecem uma oportunidade para definir um agrupamento mais homogêneo de indivíduos com o transtorno, que compartilham certas características.

A nosologia atual, portanto, não ampara a afirmação de que a depressão pós-parto seja uma síndrome distinta. Contudo, isto permanece uma importante questão, visto que os estudos baseados em alterações da fisiologia reprodutiva feminina permaneçam uma área de ativa investigação. Quando uma distinta neurobiologia dos transtornos mentais do pós-parto ou uma diferença significativa no prognóstico for demonstrada, a nosologia atual necessitará de modificação.

3. OBJETIVOS

Geral

Verificar a prevalência de depressão em mulheres no pós-parto na cidade de Porto Alegre.

Específicos

1. Identificar mulheres com depressão entre a 6^a e 8^a semana do parto utilizando a Escala de Edimburgo na cidade de Porto Alegre.

2. Estudar na amostra selecionada a distribuição de fatores de risco associados à depressão pós-parto: demográficos, socioeconômicos, morbidade psiquiátrica da família e pessoal, existência e satisfação com o relacionamento conjugal, eventos estressantes ocorridos nos últimos 6 meses, obstétricos e relativos ao recém nascido.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 428-32.
2. Ahokas A, Kauforanta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17 β -estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:332-6.
3. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *B J Psychiatry* 1997; 171: 524 - 529.
4. Anderson V, Fleming A, Steiner M. Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1994; 12 (2): 69-77.
5. Appleby L, Greoire A, Platz C, Princes M, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *J of Psychomatic Reserch* 1994; 38(6): 539-45.
6. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
7. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996 Jan; 26(1): 137-44.
8. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 10-7.
9. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

10. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional study: an empirical comparison of model the directly estimative the prevalence ration. BMC Medical Reserch Methodology 2003; 3:21. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.
11. Beck CT. Postpartum depression: a metasyntesis. Qualitative Health Research April 2002; 12(4): 543-72.
12. Beck CT. Revision of the of the postpartum: depression predictors inventory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002 Jul-Aug; 31(4):394-402.
13. Beck CT. Predictors of postpartum depression an update. Nursing Research 2001 sept/oct; 5 (50): 275-85.
14. Beck CT. Maternity blues research: a critical review. Issues Ment Health Nurs 1991; 12: 291-300.
15. Beck CT. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.
16. Beck CT, Ward CH; Mendelson M, Mock J, Erbaugh S. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry 1961 June; 4: 342-8.
17. Bewley C. Postnatal depression. Nurs Stand 1999; 13(16): 49-54.
18. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems, and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, editor(s). Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell, 1994.
19. Breslow, N. Covariance Analysis of Censored Survival Data. Biometrics 1974; 30: 89-99.
20. Bribing G. A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest motherchild relationship. Psychoanalitic Study Child 1961; 16: 9-44.

21. Buist A. Child abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32:370-8.
22. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 suppl 7: 9-15.
23. Busnello ED'A, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAS, Taborda JGV, Knijnik L et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992; 41 (10): 507-12.
24. Campbell S, Cohn J, Meyers T. Depression in first-time mothers: mother-infant interactions, and depression chronicity. *Developmental Psychology* 1995; 31: 349-57.
25. Carney MWP, Roth M, Garside RF. The diagnosis of depressive syndromes and prediction of EEC response. *British Journal Psychiatry* 1965; 111: 659-74.
26. Chaaya M, Campbel OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
27. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *British J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.
28. Chaves VP. A interação mãe-criança em famílias adotivas: um estudo comparativo [dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2002.
29. Cheniaux Junior E. Psicoses no puerpério. *J Bras Psiq* 1990; 39(3): 119-24.
30. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal* 1986; 292: 1165-67.

31. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression; evidence for the specificity of the diagnostic concept. *B J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
32. Coutinho T, Coutinho CM. Depressão pós-parto. *Femina* 1999; 27(7):571-7.
33. Cox JL. Perinatal mental disorders – a cultural approach. *International Review Psychiatry* 1996; 9-16.
34. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 27-31.
35. Cox JL. Childbirth as a life event: sociocultural aspects of postnatal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 78 Suppl 344: 75-83.
36. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150:782-6.
37. Cox, J.L. Postnatal Depression. A Guide for Health Professionals. London, Churchill Livingstone, 1986.
38. Cox JL, Rooney A, Thomas PF, Wrate RW. How accurately do mothers recall postnatal depression? Further data from a 3 year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3, 185-189, 1984.
39. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit J Psychiat* 1982; 140: 111-17.
40. Da Silva EM, Sougey EB, De Carvalho TFR, Bandim JM. Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Neurobiol* 1998; 61(4): 107-14.

41. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sem FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 33: 125-9.
42. Dean C, Kendell RE. The symptomatology of puerperal illnesses. *British Journal Psychiatry* 1981; 139: 123-33.
43. Del Priori M, Bassanezi C, editores. *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto; 2001.
44. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001. Maternidade; p.1868.
45. Downey C, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin* 1990; 108: 50-76.
46. Dractu L. Transtornos psiquiátricos do puerpério e a escala de Edinburgh para depressão puerperal. *Revista Brasileira de Medicina* 1997; 8 (5): 255-61.
47. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-33.
48. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *American Family Physician* 1999; 59(8): 2248-54.
49. Esquirol É. *Des Maladies mentales*. 2ª ed. Paris:J.-B. Baillière; 1856.
50. Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Mental Health* 2004; 7:123-131.
51. Falceto OG. A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno [tese]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2002.

52. Fisch RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Rev* 1997; 23(6): 547-54.
53. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salving JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000 Oct; 107: 1210-7.
54. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE et al. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord* 1983; 5:97-101.
55. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999 May; 93(5): 653-7.
56. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *British Journal Psychiatry*, 1998; 171: 65-68.
57. Gjerdingen DK, Froberg DG, Wilson DL. Postpartum mental and physical problems: how common are they? *Postgrad Med* 1986; 80: 133-45.
58. Gordon R, Gordon K. Social factors in prevention of postpartum emotional problems. *Obstetric and Gynecology*, 15 (4):433-4.
59. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consul Clin Psychol* 1989; 57: 296-74.
60. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *The Lancet* 2002 Jan 19; 359: 248-52.
61. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002 Jan 12; 359: 145-8.

62. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: The Lancet 2002 Jan 5; 359: 57-61.
63. Guyton AC. Tratado de fisiologia humana 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana; 1977.
64. Hamilton M. Development of rating scale for primary depressive illness. British Journal Psychology 1967; 6: 278-96.
65. Harris B, Lovett L, Smith J. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. Br J Psychiatry 1996; 168:739-744.
66. Haynes MJ, Roberts S, Davare A. Transactional conflict between psychobiology and culture in the etiology of postpartum depression. Medical Hypotheses 2000, 54(1): 7-17.
67. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. J of Advanced Nursing 200; 33(3): 279-87.
68. Inwood DG. Postpartum psychotic disorders. In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editors. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinica Psiquiatria, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 852-8.
69. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. Ver Méd Chile 1995; 123: 694-9.
70. Katona C. Puerperal mental illness: comparison with non-puerperal controls. British Journal Psychiatry 1982; 141:447-52.
71. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. British Journal Psychiatry 1987; 150: 662-73.

72. Kumar R, Brockington IF. Mother and mental illness. 2th ed. London: Wright; 1988.
73. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47, 1984.
74. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners – prevalence and predictors. *B J Psychiatry*, 1997; 171:550-5.
75. Lee DT, Chiu SK, Leung TY, Chan KPM, Chau IO, Leung HCM et al. Detecting postnatal depression in Chinese women - validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 433-437.
76. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, Leung TYS, Chung TKH. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001 February; 158: 220-6.
77. Leiferman J. the effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior* 2002; 29(5): 596-607.
78. Lemeshow S, Hosmer DW. Applied logistic regression. New York, Wiley-Interscience Publication, 1989.
79. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand* 1994, Suppl 377: 7-10.
80. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997, 58 suppl 15: 26-32.
81. Logsdon MC, Wayne U. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *West J Nurs Res* 2001; 23(6): 563-74.

82. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Ver Saúde Pública* 1988; 22(4): 253-65.
83. López JRPA, Pedalini R. Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. *Inf psiquiatr* 1999; 18(4): 115-8.
84. Lumley J, Austin M-P. What interventions may reduce postpartum depression. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology* 2001; 13:605-11.
85. Maldonado MTP. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 1ª ed. Petrópolis: Editora Vozes;1977.
86. Marcé LV. *Traité de la folie des femmes enceites, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Reedição Paris: L' Harmattan; 1858.
87. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high risk group: clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1986; 74: 205-216.
88. Meltzer ES, Kumar R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mothers-and-baby admissions. *Brit J Psychiat* 1985; 147: 647-54.
89. Milgron J, McCloud P. Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine* 1996; 12(3): 177-186.
90. Miller LJ. Postpartum Depression. *JAMA* 2002 Feb 13; 6(287): 762-5.
91. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *Can J Psychiatry* 1997; 42: 1061-65.
92. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33: 543-61.

93. Müller C. On the nosology of postpartum psychoses. *Psychopathology* 1985;18(3): 181-4.
94. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Suppl 7: 33-44.
95. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 2: 34-40.
96. Nott, P. N .Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *British Journal Psychiatric* 1987; 151, 523-7,.
97. Novy MJ. The normal puerperium. In: Pernoll ML, editor. *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. 7th ed. Connecticut: Appleton& Lange, 1991. p. 237-99.
98. Oates MR. The treatment of psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology* 1986; 13: 385-95.
99. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factor. *J of Abnormal Psychology* 2000; 93: 158-71.
100. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
101. O'Hara MW, Schlechete JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J of Abnormal Psychology* 1991; 100: 63-73.
102. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J of Abnormal Psychology* 1990; 99: 3-15.

103. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
104. Paffenbarger RS. Epidemiological aspects of paripartum mental illness. *British Journal Prev Soc Med* 1964; 18:189-95.
105. Parry BL, Sorenson DL, Meliska CJ, Basavaraj N, Zirpoli GG, Gamst A et al. Hormonal basis of mood and postpartum disorders. *Curr Womens Health Rep* 2003 Jun; 3(3): 230-5.
106. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of Mothers in Goa, Índia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-47.
107. Philipps LH, O'Hara M. Prospective Study of Postpartum Depression: 4 ½ year follow up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(2):151-155.
108. Pitt B. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry* 1973; 122: 431-3.
109. Pitt B. 'Atypical' depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1968; 114, 1325-35.
110. Postel J, Quérel C editores. *Historia de la psiquiatria*. 2º ed. México: Fondo de Cultura Econômica;1993.
111. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health* 2002 April; 7(4): 378-82.
112. Rezende J, Kamnitzer MB. O puerpério. In: Rezende J *Obstetrícia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan; 1987, p.346-57.

113. Robinson G. E., Stewart D.E, Flak E.- The rational use of psychotropic drugs in pregnancy and postpartum. *Canadian Journal Psychiatry* 1986; 31(3): 183-90.
114. Rocha F. Depressão puerperal – revisão e atualização. *J bras Psiqu* 1999; 48(3): 105-14.
115. Rohde LA, Busnello ED, Wolf A, Zomer A, Shansis F, Martins S et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 231-5.
116. Romito P, Saruel-Cubizolles MJ, Leblong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1651-61.
117. Ross LE, Zhang WJ, Sellers EM. Dysregulation of synthesis of progesterone and neuroactive metabolites in depressed pregnant and postpartum women: cause or consequence? *Biol Psychiatry* 2002; 51: 191S.
118. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. 2th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers;1998.
119. Santos MFS. Depressão no pós-parto: Validação da Escala de Edimburgo em puérperas de Brasília [dissertação]. Brasília (DF): UnB; 1995.
120. Schwengber DDS. A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê [dissertation]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2002.
121. Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Bio Res* 1998; 31: 799-804.
122. Stamp GE, Crowther CA. Postnatal depression: a south Australian prospective survey. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1994; 34 (2): 164-7.

123. Stern DN. Constelação da maternidade. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
124. Stern G, Kruckman L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. *Soc Sci Med* 1983; 17 (15): 1027-41.
125. Stewart DE, Addison AM, Robinson GE. Thyroid function in psychosis following childbirth. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 924-30.
126. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 67-77.
127. Tannous, Leila. A clínica e as classificações diagnósticas em psiquiatria: um estudo sobre a histeria [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 1996.
128. Thurtle, V. Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *J of advanced Nursing* 1995; 22: 416-24.
129. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (1) 224-7.
130. Warner R, Appleby L, Whitton ABS; Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry* 1996;168: 607-11.
131. Wender COM, Magno VA, Marc C, Manfroi. Depressão puerperal: atualização. *Femina* 2002; 30 (7):439-44.
132. Wickberg B, Hwang C P. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psyquiatr Scand* 1997: 95:62-66.
133. Wolf AW, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 169-76.

134. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1965; 67:361-70.

135. Zung W; Durhan NC. A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* 1965 Jan; 12: 65-7.

Prevalence and demographic, socioeconomic and cultural determinants of postnatal depression: a population-based study in the city of Porto Alegre, Brazil ¹.

Leila Tannous – MSc Health Sciences (Psychiatry), Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Sao Pedro Psychiatric Hospital.

Luciana Petrucci Gigante – PhD Medical Practice, Brazilian Lutheran University (ULBRA).

Ellis Alindo D'Arrigo Busnello - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

Program of Postgraduation in Medicine: Medical Sciences - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

Corresponding author:

Leila Tannous

Av. Getulio Vargas, 120/303; Porto Alegre - RS 90150-000; Brazil.

Funding bodies:

CAPES, CNPq, FIPE

¹ Prevalence and risk factors for postnatal depression

ABSTRACT

This paper describes a cross-sectional study of a population of women residing in Porto Alegre who delivered living newborn infants in hospital between the 5th and the 18th of June, 2001, to assess the prevalence of postnatal depression (PND) between the 6th and 8th weeks after birth, according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Multivariate analysis was used following a previously defined model to allow adjustments for confounding variables.

The PND prevalence rate found was 20.7% (CI 95% 15.7 - 25.7), a value higher than the figure found in most developed countries and similar to the figures found in developing countries. After adjusting for confounding variables, per capita income was found to have a significant association with PND. It is known that citizens from the lower economic bracket in Brazil have restricted access to the means of promoting health practices and treating ailments.

KEYWORDS

Postnatal depression, prevalence, demographic, socioeconomic and cultural risk factors.

INTRODUCTION

Postnatal depression (PND) is a condition characterized by a persistent experience of sadness or a diminished ability to experience pleasure, irritability, feelings of low self-esteem and manifest anxiety (1), a tendency to brood over the infant's health and well-being (2), fatigue, as well as alterations in sleep patterns and appetite (1). The onset of PND is usually seen after the fourth week after birth but it may appear up to the end of the first year after birth (3). A difficulty in performing household chores and mood swings are some of the symptoms that often go unreported to other people (1,4).

Most women suffering from PND do not receive any form of treatment (1,5) and may remain depressed for up to a year after delivery (1, 6), a situation which may seriously compromise the development of the mother-infant bond (7), cause delays in the cognitive and emotional development of the newborn infant (8,9) and result in abuse and negligence in the child's care (10). In addition, this may also affect the relationship with the partner (11) and it is a risk factor for new episodes of depression for a period of five years thereafter (12).

Rates of prevalence of PND range from 5% in Aarhus, Denmark (13) and Jerusalem, Israel (14) to 36.7% in Santiago, Chile (15). In Brazil, studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) found prevalence rates of 12% in Rio de Janeiro (16) and 13.4% in Brasilia (17).

Some studies have identified characteristics such as age (14,18), race (16), educational levels (19, 20) as risk factors but their results are inconsistent. It is possible that these contradictory results are due to a lack of appropriate control over confounding factors, a bias in the selection of participants,

differences in the criteria used for diagnosing depression and the period after birth under study.

In order to eliminate these biases, the prevalence of PND in a representative sample of women residing in the city of Porto Alegre was investigated using a hierarchical model (21) for the analysis of risk factors.

PARTICIPANTS AND METHODS

Study design

The design contemplated a cross-sectional population-based study of women residing in Porto Alegre who gave birth to living newborn infants between the 5th and the 18th of June, 2001. Simple random sampling was used to select the participants from an official document titled *Record of Living Newborn Infants*, used by the Information Database of the local Health Department. This database stores the name and address of all women who give birth to living newborn infants using the data supplied by the hospital where the baby is delivered.

The study was carried out in Porto Alegre, the capital city of Rio Grande do Sul. The city is located in the south of Brazil and houses a population of 1,383,356 inhabitants.

Sample size calculation

Historical data shows that on average 2,000 women give birth during the month of June. We thus estimated that it would be necessary to study 225 women to be able to detect a PND prevalence rate of 12% (22), to remain within a margin of error of 4% and a confidence interval of 95%.

The sample size was also calculated to investigate the risk factors for PND. The interruption of breastfeeding was chosen as a risk factor of interest, which occurred on a ratio of 2:3, meaning that 2 out of 3 women had stopped breastfeeding. We identified that 233 women should be investigated to detect a prevalence ratio of 3.0 with a confidence interval of 95% and power of 80%,

assuming that 7% of breastfeeding women would suffer from PND. An additional 67 women were added to the projected figure in order to maintain the power of the study in the multivariate analysis should there be any dropouts or refusals.

The study was approved by the Ethics Commission of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and the Porto Alegre City Hall. The women who agreed to participate signed a term of informed consent and for those under the age of 18, parents were also required to give their consent.

Study variables

Postnatal depression was characterized using the EPDS, (30) a 10-item questionnaire that was validated for use in Brazil (16, 17). The EPDS rates the intensity of depressive symptoms present within the previous seven days and it is used with women from the 6th week after delivery. Women with a score of 13 or more were considered depressed (16).

In this study, the characteristics of the participants were assessed in home interviews, using a standard pre-tested questionnaire that included the following variable:

- demographic: age (reported in years), skin color/race (listed as white, black, yellow, native, mixed, and later regrouped as white and non-white).

- socioeconomic: participant's years of schooling (the number of years completed at school), breadwinner's schooling (the breadwinner is defined as the person with the largest income in the household and the definition of schooling is the same as above), total income (taken as the total income of all people working and residing in the household in the month preceding the interview),

per capita income (calculated by dividing the total income by the number of residents in the household and categorized in tertiles), employment/work (defined as any income-producing activity), marital status (defined by the presence of a partner or spouse).

- cultural: religious faith (the belief in or practice of a cult, sect or religion).

Study implementation

The participants were randomly selected and their addresses identified, with the interviews taking place between the 6th and the 8th week after delivery. The data collection was carried out by 19 medical, psychology and social assistance students and professionals between the 7th of July and the 30th of August 2001

In order to ensure the quality of the information collected, the interviewers received training in the application of the questionnaire, the guidelines in the instruction booklet were standardized and their fieldwork was supervised. Five percent of the randomly selected households were visited again by the research coordinator for the sake of quality control. All data entries used a duplicate field to eliminate errors.

At the end of the interview, women with an EPDS Score of 9 or higher were told to seek outpatient treatment at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (23).

Data analysis

At first, the association between the risk factors and PND was investigated through bivariate analysis using Pearson's chi-square test for

statistical significance. Cox's regression was used to calculate the prevalence ratios with time to the outcome assumed as constant (24, 25), using a statistical application (STATA release 7.0). Student's t-test was used to analyze the continuous variables.

In order to identify independent risk factors, multivariate analysis was performed with a predefined model (Figure 1) that took into account the time relationship between PND and the risk factors for identifying hierarchical levels. The risk factors investigated were per capita income, breadwinner's schooling, age, participant's schooling, employment, skin color (which was seen to represent a measure of the participant's socioeconomic status) and marital status.

The model prioritized economic determinants over social and cultural characteristics and the chronology of their relationships in the hierarchization of the study variables. The variables nearer the top of the figure were assumed to influence all other factors directly or indirectly, with the exception of age (21).

The determinants were selected in each level according to their statistical significance (value $P < 0.2$) to avoid excluding a potential confounding factor (26). The variables with statistical significance $P < 0.05$ were retained in the model.

According to the model (Figure 1), the variables were analyzed and adjusted hierarchically in relation to those located on a level immediately above them. The variables associated with PND were retained in the model after adjusting for the confounding variables on the same level and for those hierarchically above.

In the first stage, the effect of the variables in the top hierarchical level were analyzed (effect of per capita income and breadwinner's schooling on PND) with no adjustment for the variables in the bottom hierarchical levels. In the second stage, the model retained the variables that were statistically significant in the first stage and the participant's schooling, employment and skin color were added. These were inter-adjusted and were also adjusted for the statistically significant variables of the hierarchical level immediately above. Finally, marital status was added to the analysis after adjusting for the variables that had remained in the model in the previous stages.

RESULTS

Of the study population, 271 women (90,3%) were studied, with 3 refusals and 26 non-respondents (18 women who did not reside in the addresses supplied and eight addresses which were not located).

The prevalence of PND assessed through an EPDS score of 13 or above was 20.7% (CI 95% 15.7 – 25.7).

The characteristics described in Table 1 show that approximately half of the women in the sample were 20 to 29 years old, 64% were white, 61% did not have employment/work, 83% lived with a spouse or partner, 67% had a monthly per capita income of up to 1.16 times the local minimum wage (in 2004, the local minimum wage amount to US\$ 96) and 51% had no religion. On average, these women had studied for 8.35 years.

It should be noticed from Table 1 that age was not associated with PND but non-white skin color, lack of spouse or partner, lower participant's and breadwinner's schooling and lower per capita income were associated significantly with PND. The effect of income became clearer after adjusting for confounding factors, thus showing increased risk.

Crude analysis revealed that women who do not live with their husbands or partners showed a twice as great risk of developing PND when compared with women who lived with a spouse. After adjusting for per capita income, this variable showed a tendency to significance.

In the bivariate analysis, non-white women showed a twice as great prevalence of PND when compared with white women. However, after controlling the confounding factors, the effect of skin color disappeared. Similarly, the participant's and the breadwinner's schooling (whose means and

standard deviation can be seen in graphs 1 and 2) behaved as protective factors in the bivariate analysis, with every additional year of schooling by the mother translating as 10% increase in protection against PND. After adjustment, these variables lost their significance.

DISCUSSION

This study detected that 20.7% of 14- to 47-year-old puerperal women in Porto Alegre suffered from PND. This prevalence rate is higher than the one described in Rio de Janeiro (16) where on the third postnatal month 12% of low-income women, identified by the Society of Dwellers of the District of Anaia and invited to participate in the study, suffered from PND. In Brasilia (17), a PND prevalence rate of 13.4% was found by a study of 236 middle-class women between the 6th and the 24th postnatal week, identified from the record of live births, located through the phone directory and invited to participate in the study. The studies used the EPDS with different cutoff points: in Rio de Janeiro a cutoff equal to or greater than 13 was used, while in Brasilia the cutoff point was equal to or greater than 12.

Differences in methodology such as population size and different sampling selection, diagnostic criteria used and postnatal period elapsed can account for the different prevalence rates found by these studies.

On the other hand, a previous study (27, 28) to identify psychiatric morbidity in three Brazilian cities, Porto Alegre, Sao Paulo and Brasilia, found a higher prevalence rate of depression among women over 15 that resided in Porto Alegre (14.5%) than in Brasilia (3.8%) and Sao Paulo (3.8%). This suggests the possibility that women residing in Porto Alegre show higher depression rates than women residing in other urban centers. The literature shows that 30% of women with PND have a previous history of depression (29).

If we compare the rate of PND in Porto Alegre with that found in international studies, we can see it is higher than the 12% rate found in meta-analyses of studies using the EPDS (cutoff equal to or greater than 12) with

3,121 women residing in industrialized cities in Western countries (22). It is similar to the rate of 23% detected in Goa, India, in a consecutive sample of 270 women from a prenatal clinic where the EPDS was used (score ≥ 12) between the 6th and 8th postnatal week (19). Prevalence rates greater than the one found in industrialized countries and closer to the one found in developing countries using a similar methodology have given rise to questions concerning which other factors could be affecting these results, such as income distribution, for instance.

Socioeconomic variables such as white skin, presence of spouse or partner, mother's schooling, breadwinner's schooling and per capita income presented a statistically significant association with PND in the bivariate analysis. Unlike other studies (14,18), our study did not find an association between age and puerperal depression. Studies investigating the association between age and PND have shown conflicting results. There are studies (14) showing that women over 29 are at increased PND risk. In contrast, another study (18) shows that older age was considered a protecting factor against the onset of puerperal depression. Religious beliefs showed no significant association in the present study, a result that contradicted our expectations given that Brazil is seen as a very religious country under great influence of Christian faiths. Our hypothesis, which was in agreement with findings in the literature (14), was that having some sort of religious faith would act as a protecting factor against puerperal depression.

Per capita income was the socioeconomic variable that maintained a significant independent association with PND, thus confirming the findings in the literature (15,19,22). If the breadwinner's schooling is stratified in relation to per

capita income, we can observe that among those individuals with little schooling only those with higher per capita incomes can notice the signs of postnatal depression. It is a widely known fact that the access to the health services is more difficult for people of the lower income bracket in Brazil.

This study has the merit of being a population-based study with a abstention rate of less than 10%, carried out in a representative sample of mothers residing in Porto Alegre whose children were born in June 2001. These women are probably similar to those who gave birth in the other months of the year.

The type of design used (cross-sectional study) makes a cause-effect assessment over time difficult because the factors studied and the clinical outcomes are investigated simultaneously (30).

It is important to point out that the demographic and socioeconomic factors studied in this research as well as the literature, are important risk indicators when seen in the context of the culture and the place being studied (31).

Differences in the distribution of mental disorders in the population of Porto Alegre have been described, with a higher prevalence of depression when compared to other capital cities. This information is important to guide the adaptation of nationwide health prevention, treatment and rehabilitation actions.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank the following for their invaluable assistance:

Prof. Dr^a. Sandra Fuchs.

Statistician Vânia Naomi Hirakata

Prof. Dr. Angelo M. C. Fiori.

Dr. Juarez Cunha and the Health Information Team – Health Department of the Porto Alegre City Hall.

A special thank-you to the interviewers, particularly Nara Barbosa dos Santos, Moacir Moratelli Junior, Paola Frizzo Pasquotto, Jair Silva dos Angelos.

A final word of thanks to the City Transit Authority (EPTC).

BIBLIOGRAPHY

1. Pitt B. 'Atypical' depression following childbirth. *B J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
2. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 67-77.
3. Inwood DG. Postpartum psychotic disorders. In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editors. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 852-8.
4. Cox JL. *Postnatal depression. A guide for health professionals*. London, Churchill Livingstone, 1986.
5. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *B J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
6. Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following Childbirth. *B J Psychiatry* 1987; 151:523-7.
7. Campbell S, Cohn J, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interactions and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31: 349-57.
8. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal* 1986; 292: 1165-7.
9. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 543-61.
10. Buist A. Child abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:370-8.

11. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems, and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, editor(s). *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.
12. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression; evidence for the specificity of the diagnostic concept. *B J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
13. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salving JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000 Oct; 107: 1210-7.
14. Fish RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Rev* 1997; 23(6): 547-54.
15. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
16. Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low-income Brazilian women. *Braz J Med Bio Res* 1998; 31: 799-804.
17. Santos, MFS. Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas de Brasília. Masters' thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasilia, 1995.
18. Warner R, Appleby L, Whitton ABSC; Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry* 1996, 168: 607-11.
19. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159:43-7.

20. Wolf AW, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 169-76.
21. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (1) 224-7.
22. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *B J Psychiatry* 1987;150: 782-6.
24. Breslow, N. Covariance analysis of censored survival data. *Biometrics* 1974; 30: 89-99.
25. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional study: an empirical comparison of model the directly estimative the prevalence ration. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3:21. Available on: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.
26. Lemeshow S, Hosmer DW. *Applied logistic regression*. New York, Wiley-Interscience Publication, 1989.
27. Busnello ED'A, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAS, Taborda JGV, Knijnik et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992; 41 (10): 507-12
28. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *B J Psychiatry* 1997; 171: 524-529.

29. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord* 1983; 5: 97-101.
30. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002 Jan 12; 359: 145-8.
31. Cox JL. Perinatal mental disorders – a cultural approach. *International Review Psychiatry* 1996; 9-16.

Table 1 – Association between demographic and socioeconomic risk factors and PND, Porto Alegre,2004.

	Edinburgh ≥ 13		PR crude (CI 95%)	PR adjusted (CI95%)
	n	% or mean \pm SD		
Age bracket				
14 – 19	43	23.3	1.30 (0.68 – 2.49)	
20 – 29	134	17.9	1.00	
30 – 39	17	22.7	1.27 (0.73 – 2.20)	
40 – 47	19	26.3	1.47 (0.64 – 3.39)	
Valor P			0.7	
Per capita income (MW)*				
1.17 – 17	85	7.1	1.00	1.00
0.51 – 1.16	84	20.2	2.87 (1.19 – 6.92)	3.07 (1.09 – 8.69)
< – 0.5	87	29.9	4.25 (1.84 – 9.77)	4.40 (1.48 – 13.0)
Valor P			<0.01	0.03
Breadwinner's schooling				
P value	254	7.90 (\pm 6.02)+	0.96 (0.92 – 0.99)	1.01 (0.97 – 1.06)
			0.04	0.7
White skin				
Yes	175	16.6	1.00	1.00
No	96	28.1	1.70 (1.07 – 2.69)	0.80 (0.49 – 1.32)
P value			0.04	0.4
Employment/work				
Yes	105	15.2	1.00	1.00
No	166	24.1	1.58 (0.93 – 2.68)	1.05 (0.61 – 1.79)
P value			0.1	0.9
Participant's schooling				
P value	271	6.48 (\pm 3.55)+	0.90 (0.86 – 0.96)	0.98 (0.90 – 1.06)
			< 0.01	0.6
Spouse/partner				
Yes	224	17.4	1.00	1
No	47	36.2	2.08 (1.29 – 3.34)	1.61 (0.97 – 2.66)
P value			< 0.01	0.06
Religion / Faith				
Yes	132	18.9	1.00	1.00
No	139	22.3	0.85 (0.53 – 1.36)	0.78(0.39- 1.05)
P value			0.6	0.3

*MW: minimum wage (US\$ 96, Nov 2004)

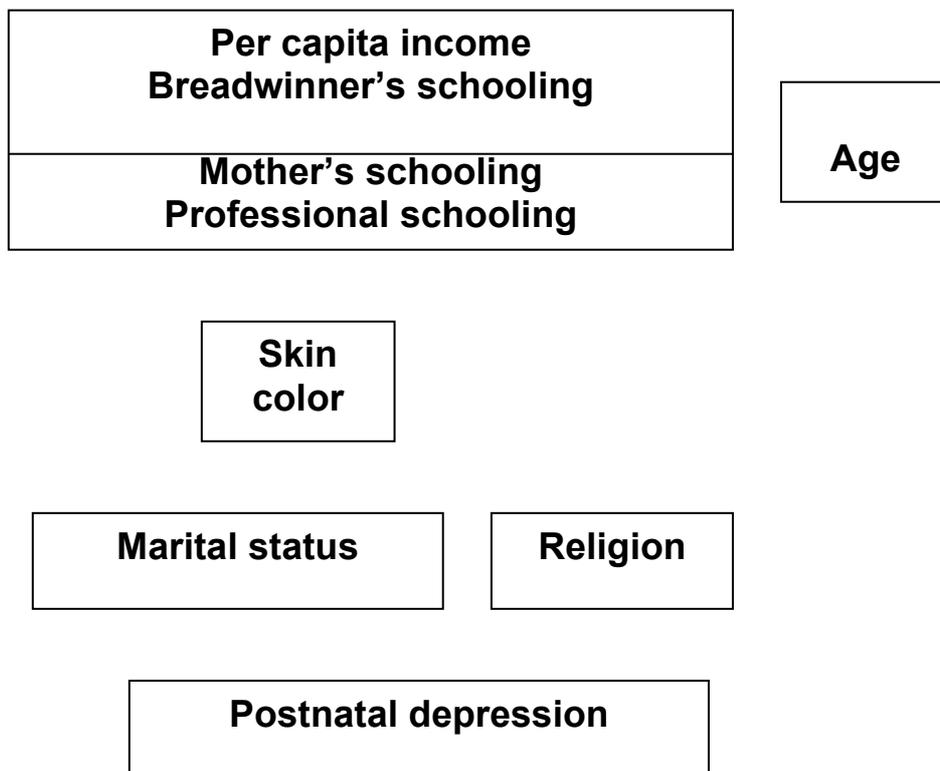
+ mean and standard deviation.

Breadwinner's schooling was adjusted for per capita income.

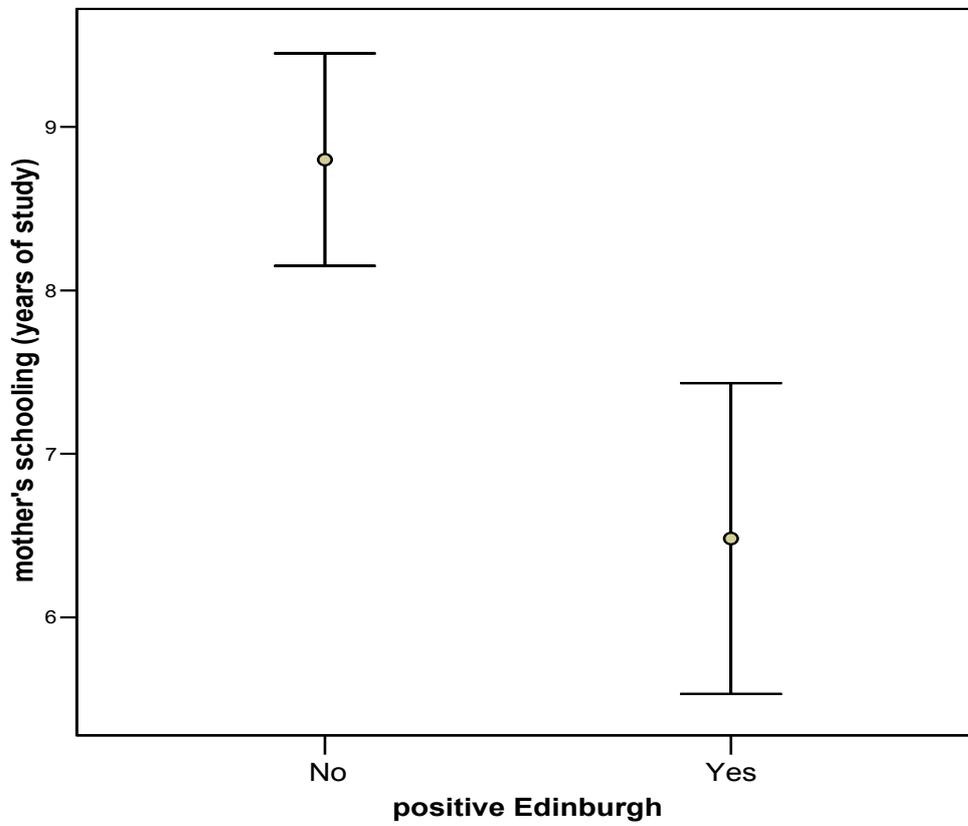
White skin, professional activity and mother's schooling were adjusted for per capita income.

Marital status was adjusted for per capita income.

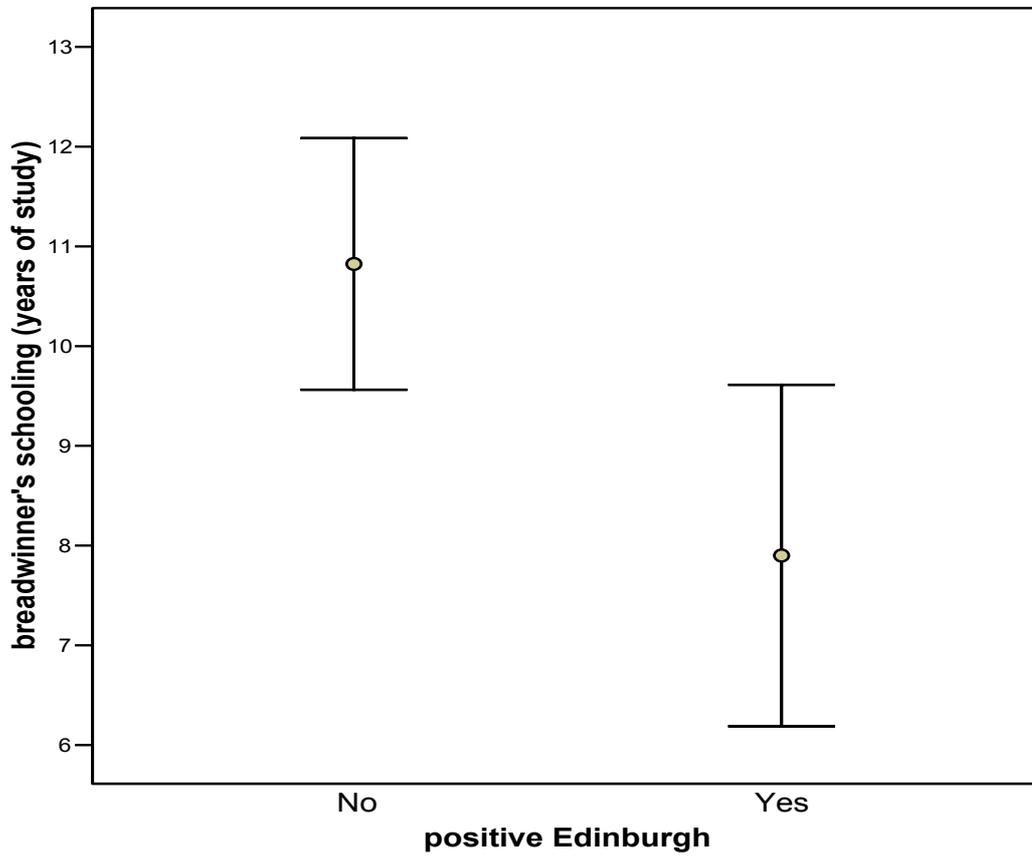
Figure 1: Hierarchical model for the analysis of demographic, socioeconomic and cultural risk factors for PND.



Graph 1: Mean value of years of schooling of mothers in Porto Alegre, 2004.



Graph 2: Mean value of breadwinner's years of schooling in Porto Alegre, 2004.



Prevalência e determinantes demográficos, socioeconômicos e cultural de depressão pós-parto: um estudo de base populacional em Porto Alegre, Brasil ².

Leila Tannous Mestre em Ciências da Saúde (Psiquiatria) UFRGS, HPSP.

Luciana Petrucci Gigante Doutora em Clínica Médica, ULBRA.

Ellis Alindo D'Arrigo Busnello Doutor em Ciências UFRGS.

Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas UFRGS.

Leila Tannous

Av. Getúlio Vargas, 120/303; bairro Menino Deus; Porto Alegre, RS: Cep: 90150-000; Brasil.

CAPES, CNPq, FINE.

² Prevalência e fatores de risco de dpp

RESUMO

Desenhou-se um estudo transversal, de base populacional com mulheres residentes em Porto Alegre que tiveram parto hospitalar entre 5 e 18 de junho de 2001, dando à luz a recém-nascidos vivos, para determinar a prevalência de depressão pós-parto entre a 6ª e 8ª de pós-parto, medida pela Escala de Edimburgo. A análise multivariada foi realizada segundo modelo definido *a priori*, permitindo o ajuste para fatores de confusão.

A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 20.7% (IC 95% 15.7 - 25.7). Esta prevalência é maior do que a encontrada em países industrializados e semelhante à observada em países em desenvolvimento. A renda per capita manteve associação significativa após o ajuste para fatores de confusão. É sabido que, em nosso país, pertencer à classe social baixa dificulta o acesso aos meios de promoção da saúde e ao tratamento das doenças.

DESCRITORES

Depressão pós-parto, prevalência, fatores de risco demográficos, socioeconômico, cultural.

INTRODUÇÃO

Depressão pós-parto caracteriza-se por uma experiência contínua de tristeza ou diminuição na capacidade de experimentar prazer, irritabilidade, sentimentos de desvalorização, marcante ansiedade (1), tendência a ruminar sobre a saúde e o bem-estar do bebê (2), fadiga, além de alterações no sono e no apetite (1). Geralmente instala-se a partir da quarta semana podendo ocorrer até o final do primeiro ano após o parto (3). A dificuldade no desempenho das tarefas domésticas e as alterações do humor são sintomas freqüentemente não relatados aos outros (1,4).

As mulheres que apresentam depressão pós-parto, na maioria das vezes, não recebem tratamento (1,5) e podem permanecer deprimidas por até um ano após o parto (1, 6), o que acarreta marcante prejuízo na interação mãe-bebê (7), atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional do recém-nascido (8,9), abuso e negligência no cuidado da criança (10). Além disso, traz dificuldades para o relacionamento conjugal (11), e é um fator de risco para novos episódios de depressão durante um período de cinco anos (12).

Taxas de prevalência de depressão pós-parto variam de 5%, encontradas em Aarhus na Dinamarca (13) e em Jerusalém, Israel (14), a 36,7% em Santiago no Chile (15). No Brasil, estudos utilizando a Escala de Edimburgo encontraram prevalência de 12% no Rio de Janeiro (16) e 13,4% em Brasília (17).

Características como idade (14,18), raça (16) e escolaridade (19, 20) têm sido identificadas como fatores de risco em alguns estudos, mas os resultados não são consistentes. Possivelmente, a ausência de controle adequado de fatores de confusão, assim como vieses na seleção das

participantes, diferenças nos critérios utilizados para o diagnóstico de depressão e o período após o parto investigados sejam responsáveis pelos resultados controversos.

Com o objetivo de evitar estes vieses, investigou-se a prevalência de depressão pós-parto em uma amostra representativa de mulheres residentes na cidade de Porto Alegre, utilizando-se um modelo hierarquizado (21) para análise dos fatores de risco.

PARTICIPANTES E MÉTODOS

Desenho do estudo

Desenhou-se um estudo transversal, de base populacional com mulheres residentes em Porto Alegre que tiveram partos entre 5 e 18 de junho de 2001, dando à luz a recém-nascidos vivos. Utilizou-se amostra aleatória simples para selecionarem-se as participantes a partir das Declarações de Nascidos Vivos, do Sistema de Informações da Secretaria de Saúde do município. Esta base de dados contém o nome e o endereço de todas as mulheres que tiveram recém-nascidos vivos, informados pelo hospital em que ocorreu o nascimento.

O estudo foi realizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, localizado no sul do Brasil, cuja população é de 1.383.356 habitantes.

Cálculo do tamanho da amostra

Estimou-se que seria necessário estudar 225 mulheres entre 2000, média dos nascimentos ocorridos durante o mês de junho nos anos anteriores, para se detectar uma prevalência de depressão pós-parto de 12% (22), aceitando-se erro de 4% com intervalo de confiança de 95%.

Calculou-se o tamanho da amostra para investigarem-se os fatores de risco para depressão pós-parto, considerando a ausência de aleitamento materno como exposição de interesse e ocorrendo na razão de 2:3. Identificou-se que 233 mulheres deveriam ser investigadas para detectar-se uma razão de prevalência de 3,0, com intervalo de confiança de 95% e poder de 80%, assumindo-se que 7% das mulheres que estavam amamentando apresentariam depressão pós-parto. Acrescentaram-se 67 mulheres ao número

calculado para manter o poder do estudo na análise multivariada e caso houvesse perdas e recusas.

O Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre aprovaram o estudo. As mulheres concordaram em participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Para as mulheres com menos de 18 anos, também foi solicitado o consentimento dos pais.

Variáveis em estudo

Caracterizou-se depressão pós-parto através da Escala de Edimburgo, (23) composta por 10 itens e validada no Brasil (16,17). Esta Escala avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, a partir da sexta semana de pós-parto. Consideraram-se deprimidas as mulheres que alcançaram um escore de 13 pontos ou mais (16).

Neste estudo foram investigadas as características das participantes através de entrevistas domiciliares, utilizando-se questionário padronizado, pré-testado, que incluía os fatores de risco:

- demográficos: idade (informada em anos), cor da pele observada (como branca, preta, amarela, parda, indígena, posteriormente categorizada em branca e não branca).

- socioeconômicos: escolaridade da participante (coletada como o número de anos concluídos na escola), escolaridade do chefe da família (definindo-se como chefe da família a pessoa de maior renda e utilizando-se a definição anterior de escolaridade), renda total (investigada pelo somatório das rendas precedentes à entrevista de todas as pessoas que trabalhavam e residiam no domicílio no mês precedente à entrevista), renda per capita

(calculada dividindo-se a renda total pelo número de pessoas que residiam no domicílio e categorizada em tertis), atividade profissional (determinada pela realização de qualquer atividade com fins lucrativos), situação conjugal (definida pela presença de companheiro ou cônjuge).

- cultural: religião (estabelecida pela crença ou prática de culto, seita ou religião).

Implementação do estudo

As participantes foram sorteadas e os endereços localizados, sendo as entrevistas realizadas entre a sexta e oitava semana após o parto. A coleta de dados foi realizada entre de 07 de julho e 30 de agosto de 2001, por 19 estudantes de medicina, psicologia e serviço social ou profissionais destas áreas.

Assegurou-se a qualidade das informações coletadas através do treinamento dos entrevistadores na aplicação do questionário, padronização das orientações no manual de instruções e supervisão do trabalho de campo. Cinco por cento dos domicílios selecionados aleatoriamente foram visitados novamente pelo coordenador da pesquisa para controle de qualidade. A entrada de dados foi realizada com digitação dupla.

Ao final da entrevista, foi sugerido às mulheres que apresentaram escore de nove ou mais na Escala de Edimburgo que realizassem atendimento ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (23).

Análise dos dados

Inicialmente, investigou-se a associação entre os fatores de risco e depressão pós-parto através de análise bivariada, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson para se testar a significância estatística. Calcularam-se as razões de risco através da Regressão de Cox, supondo um tempo constante até o desfecho (24, 25), utilizando-se o programa STATA versão 7.0. Utilizou-se o teste t de Student para analisar as variáveis quantitativas.

Para a identificação de fatores de risco independentes, foi realizada análise multivariada segundo um modelo definido *a priori* (Figura 1), considerando-se a relação temporal entre os fatores de risco – renda per capita, escolaridade do chefe da família, idade, escolaridade da participante, atividade profissional, cor da pele (vista como expressão do nível socioeconômico) e situação conjugal – e depressão pós-parto para construção dos níveis hierárquicos.

O modelo priorizou o determinismo econômico sobre as características sociais e culturais e a cronologia de suas relações na hierarquização das variáveis estudadas. Considerou-se que as variáveis próximas ao topo da figura podem afetar direta ou indiretamente todos os outros fatores exceto idade (21).

Os determinantes foram selecionados em cada nível de acordo com a significância estatística (valor $P < 0,2$), com o objetivo de não ser excluído um potencial fator de confusão) (26), permanecendo no modelo as variáveis com significância estatística de $P < 0,05$.

De acordo com o modelo (Figura 1), foram analisadas as variáveis, hierarquicamente ajustadas para aquelas que se encontravam no nível imediatamente superior. Permaneceram no modelo aquelas variáveis

associadas com depressão pós-parto após o ajuste para as variáveis de confusão do mesmo nível e para aquelas hierarquicamente superiores.

Na primeira etapa, analisou-se o efeito das variáveis pertencentes ao mais alto nível hierárquico (renda per capita e escolaridade do chefe da família sobre depressão pós-parto) sem ajustes para as variáveis pertencentes aos níveis hierárquicos inferiores. Na segunda etapa, permaneceram no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística na primeira etapa e foram incluídas as variáveis escolaridade da participante, atividade profissional e cor da pele, ajustadas entre si e com as variáveis estatisticamente significativas do nível hierarquicamente superior. Por fim, participou da análise a variável situação conjugal ajustada para as variáveis que permaneceram no modelo nas etapas anteriores.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 271 mulheres, (90,3%) da população estudada, havendo 3 recusas e 26 perdas (18 mulheres que não residiam nos endereços fornecidos e oito endereços que não foram localizados).

A prevalência de depressão pós-parto aferida através de um escore de 13 ou mais na Escala de Edimburgo foi 20,7% (IC 95% 15.7 – 25.7).

As características descritas na Tabela 1 mostram que aproximadamente metade das mulheres da amostra apresentavam 20 a 29 anos, 64% eram brancas, 61% não exerciam atividade profissional, 83% viviam com esposo ou companheiro, 67% dispunham de renda per capita de até 1,16 salários mínimos e 51% não possuía religião. Em média, as mulheres estudaram 8,35 anos.

Destaca-se, na Tabela 1, que a idade não se associou com depressão pós-parto, mas cor não branca, ausência de esposo ou companheiro, menor escolaridade da participante e do chefe da família e menor renda per capita associaram-se significativamente. O ajuste para fatores de confusão tornou mais evidente o efeito da renda, aumentando a magnitude do risco.

Mulheres que não viviam com esposo ou companheiro apresentaram duas vezes mais risco de desenvolver depressão pós-parto do que as mulheres que viviam com seus esposos ou companheiros na análise bruta. Ao ser ajustada para renda per capita, apresentou tendência à significação.

Na análise bivariada, as mulheres não brancas apresentavam uma prevalência quase duas vezes maior de ter depressão pós-parto do que as mulheres brancas. Contudo, após o controle de fatores de confusão, o efeito da cor da pele desapareceu. Do mesmo modo, escolaridade da participante e do

chefe da família (cujas médias e desvio padrão podem ser observadas nos gráficos 1 e 2) comportaram-se como fatores de proteção na análise bivariada, sendo que cada ano a mais de escolaridade da mãe mostrou uma proteção de 10% contra a presença de depressão pós-parto. Após o ajuste essas variáveis perderam sua significância.

DISCUSSÃO

Este estudo detectou que 20,7% das puérperas com 14 a 47 anos residentes em Porto Alegre, apresentavam depressão pós-parto. Esta prevalência é superior à descrita no Rio de Janeiro (16) onde no terceiro mês de pós-parto 12% de mulheres de baixa renda, identificadas pela Associação de Moradores de Anaia e convidadas a participar do estudo, apresentavam depressão pós-parto. Em Brasília (17), 13,4% das 236 mulheres de classe média, identificadas a partir do registro de nascidos vivos, localizadas pela lista telefônica e convidadas a participar do estudo, foram detectadas como apresentando depressão pós-parto, entre a 6^a e a 24^a semana de pós-parto. Os estudos utilizaram a Escala de Edimburgo com diferentes pontos de corte: no Rio de Janeiro utilizou um ponto de corte maior ou igual a 13 e em Brasília maior ou igual a 12.

As diferenças metodológicas, como o tamanho da amostra e o local de onde são retiradas, o critério diagnóstico utilizado e o tempo de pós-parto transcorrido podem explicar estimativas de prevalência nos diversos estudos.

Por outro lado, estudo prévio (27,28) realizado para identificação da morbidade psiquiátrica em três cidades brasileiras, Porto Alegre, São Paulo e Brasília, encontrou maior taxa de prevalência de depressão em mulheres, com idade superior a 15 anos, residentes em Porto Alegre (14,5%), do que em Brasília (3,8%) e São Paulo (3,8%). Isso nos faz pensar na possibilidade de que as mulheres residentes em Porto Alegre apresentem maiores índices de depressão do que as mulheres residentes em outros centros urbanos. Conforme a literatura (29), 30% das mulheres com depressão no pós-parto têm história prévia de depressão.

Ao compararmos a taxa de depressão pós-parto encontrada em Porto Alegre com estudos internacionais observamos que é maior do que a taxa de 12% encontrada em meta-análise de estudos que utilizaram a Escala de Edimburgo, com ponto de corte maior ou igual a 12, incluindo 3121 mulheres residentes em cidades industrializadas de países ocidentais (22). É semelhante à taxa de 23% detectada em Goa, Índia, em uma amostra consecutiva de 270 mulheres, provenientes de uma clínica de pré-natal, aplicando a Escala de Edimburgo (escore ≥ 12) avaliadas entre a sexta e oitava semana de pós-parto (19). Taxas de prevalências maiores do que as encontradas em países industrializados e mais próximas das encontradas em países em desenvolvimento usando metodologia semelhante, geram questões a respeito de outros fatores que influenciam nesses resultados, como por exemplo, a distribuição de renda.

As variáveis socioeconômicas como cor branca, presença de esposo ou companheiro, escolaridade da mãe e do chefe da família e renda per capita apresentaram associação estatisticamente significativa com depressão pós-parto na análise bivariada. Ao contrário de outros estudos (14,18), nosso estudo não encontrou associação entre idade e depressão no puerpério. Estudos que investigam associação entre idade e depressão pós-parto têm apresentado resultados divergentes. Há estudos (14) que mostram mulheres com idade acima de 29 anos com risco aumentado para o desenvolvimento de depressão no pós-parto. Em contrapartida, em outro estudo (18) o aumento da idade foi considerado fator de proteção contra o aparecimento da depressão no puerpério. A crença religiosa não apresentou associação significativa em nosso estudo, resultado que contrariou nossa expectativa uma vez que o Brasil é

percebido como um país de grande vivência mística, sob importante influência dos fundamentos das religiões cristãs. Nossa hipótese, conforme a literatura, (14), era que ter crença religiosa seria fator de proteção contra depressão no puerpério.

Renda per capita foi a variável socioeconômica que se manteve significativamente e independentemente associada com depressão pós-parto, confirmando a literatura (15,19,22). Ao estratificarmos a escolaridade do chefe da família para renda per capita, observamos que entre os com baixa escolaridade apenas os com maior renda são capazes de perceber a depressão pós-parto. É sabido que, em nosso país, pertencer à classe social baixa dificulta o acesso aos meios de promoção da saúde e ao tratamento das doenças.

Este estudo tem o mérito ser de base populacional, com um percentual de perdas inferior a 10%, realizado em amostra representativa das mães residentes em Porto Alegre, cujos filhos nasceram em junho de 2001. Provavelmente, estas mulheres são semelhantes às que tiveram partos em outros meses do ano.

O tipo de delineamento utilizado, estudo transversal, dificulta a avaliação temporal entre causas e possíveis efeitos porque os fatores em estudo e o desfecho clínico são estudados simultaneamente (30).

É importante assinalar que os fatores demográficos e socioeconômicos estudados nesta pesquisa e na bibliografia consultada se mostram importantes indicadores de risco, quando vistos no contexto da cultura e do local estudado (31).

Diferenças na distribuição de transtornos mentais na população de Porto Alegre têm sido descritas, havendo maior prevalência de depressão comparativamente a outras capitais. Este dado é relevante para a adequação das ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde planejadas em nível nacional.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr^a. Sandra Fuchs.

À Estatística Vânia Naomi Hirakata

Ao Prof. Dr. Angelo M. C. Fiori.

Aos entrevistadores principalmente a Nara Barbosa dos Santos, Moacir Moratelli Junior, Paola Frizzo Pasquotto, Jair Silva dos Angelos.

Ao Dr. Juarez Cunha e à Equipe de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

À Empresa Pública de Transporte e Circulação.

BIBLIOGRAFIA

1. Pitt B. 'Atypical' depression following childbirth. *B J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
2. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 67-77.
3. Inwood DG. Postpartum psychotic disorders. In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editors. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 852-8.
4. Cox JL. *Postnatal depression. A guide for health professionals*. London, Churchill Livingstone, 1986.
5. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *B J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
6. Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following Childbirth. *B J Psychiatry* 1987; 151:523-7.
7. Campbell S, Cohn J, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interactions and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31: 349-57.
8. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal* 1986; 292: 1165-7.
9. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 543-61.
10. Buist A. Child abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:370-8.

11. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems, and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, editor(s). *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.
12. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression; evidence for the specificity of the diagnostic concept. *B J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
13. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salving JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000 Oct; 107: 1210-7.
14. Fish RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Rev* 1997; 23(6): 547-54.
15. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
16. Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Bio Res* 1998; 31: 799-804.
17. Santos MFS. Depressão no pós-parto: Validação da Escala de Edimburgo em puérperas de Brasília [dissertação]. Brasília (DF): UnB; 1995.
18. Warner R, Appleby L, Whitton ABSC; Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry* 1996, 168: 607-11.
19. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, Índia. *Am J Psychiatry* 2002; 159:43-7.
20. Wolf AW, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 169-76.

21. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (1) 224-7.
22. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *B J Psychiatry* 1987;150: 782-6.
24. Breslow, N. Covariance analysis of censored survival data. *Biometrics* 1974; 30: 89-99.
25. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional study: an empirical comparison of model the directly estimative the prevalence ration. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3:21. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.
26. Lemeshow S, Hosmer DW. *Applied logistic regression*. New York, Wiley-Interscience Publication, 1989.
27. Busnello ED'A, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAS, Taborda JGV, Knijnik et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992; 41 (10): 507-12
28. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *B J Psychiatry* 1997; 171: 524 - 529.
29. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord* 1983; 5: 97-101.

30. Grimes DA, Schulz KF. Descriptives studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002 Jan 12; 359: 145-8.
31. Cox JL. Perinatal mental disorders – a cultural approach. *International Review Psychiatry* 1996; 9-16.

Tabela 2 - Associação entre fatores de risco demográficos e socioeconômicos e depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	Edimburgo ≥13		RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC95%)
	n	% ou média ±dp		
Faixa etária				
14 – 19	43	23,3	1,30 (0,68 – 2,49)	
20 – 29	134	17,9	1,00	
30 – 39	17	22,7	1,27 (0,73 – 2,20)	
40 – 47	19	26,3	1,47 (0,64 – 3,39)	
Valor P			0,7	
Renda per capita (SM)*				
1,17 – 17	85	7,1	1,00	1,00
0,51 – 1,16	84	20,2	2,87 (1,19 – 6,92)	3,07 (1,09 – 8,69)
< – 0,5	87	29,9	4,25 (1,84 – 9,77)	4,40 (1,48 – 13,0)
Valor P			<0,01	0,03
Escolaridade do chefe da família				
254	7,90 (±6,02)+	0,96 (0,92 – 0,99)	1,01 (0,97 – 1,06)	
Valor P		0,04	0,7	
Cor branca				
Sim	175	16,6	1,00	1,00
Não	96	28,1	1,70 (1,07 – 2,69)	0,80 (0,49 – 1,32)
Valor P			0,04	0,4
Atividade profissional				
Sim	105	15,2	1,00	1,00
Não	166	24,1	1,58 (0,93 – 2,68)	1,05 (0,61 – 1,79)
Valor P			0,1	0,9
Escolaridade da participante				
271	6,48 (±3,55)+	0,90 (0,86 – 0,96)	0,98 (0,90 – 1,06)	
Valor P		< 0,01	0,6	
Esposo/companheiro				
Sim	224	17,4	1,00	1
Não	47	36,2	2,08 (1,29 – 3,34)	1,61 (0,97 – 2,66)
Valor P			< 0,01	0,06
Religião				
Sim	132	18,9	1,00	1,00
Não	139	22,3	0,85 (0,53 – 1,36)	0,78(0,39- 1,05)
Valor P			0,6	0,3

*SM: salários mínimos.

+ Média e desvio padrão.

Escolaridade do chefe foi ajustada para renda per capita.

Cor branca, atividade profissional, escolaridade da mãe foram ajustadas para renda per capita.

Situação conjugal foi ajustada para renda per capita.

Figura2: Modelo hierarquizado para análise dos fatores de risco demográficos, socioeconômicos e culturais de depressão pós-parto.

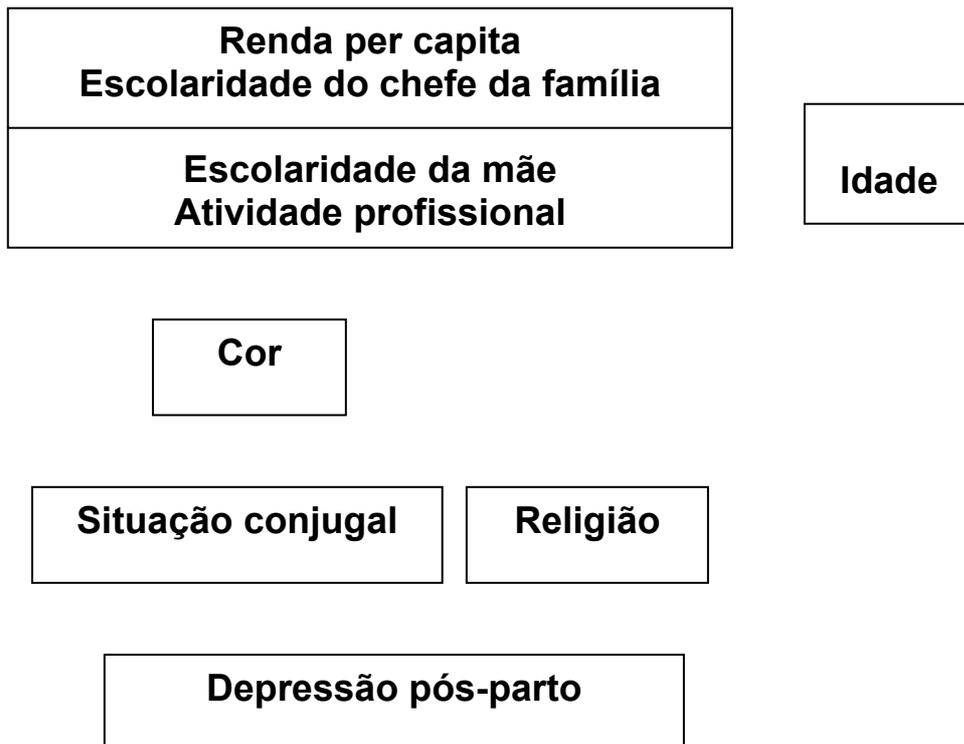


Gráfico 1: Média dos anos de estudo das participantes, Porto Alegre, 2004.

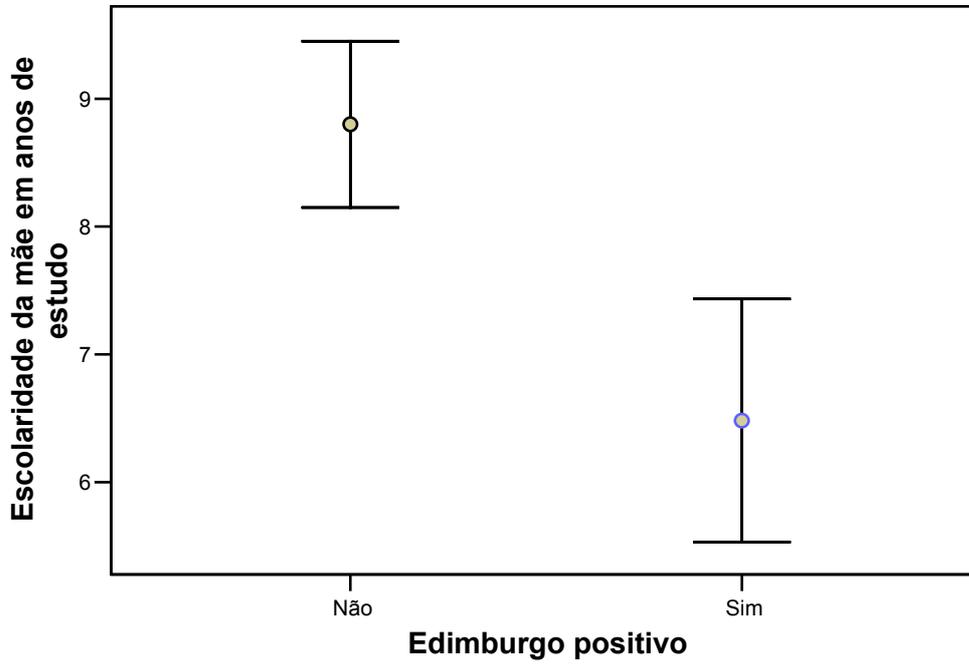
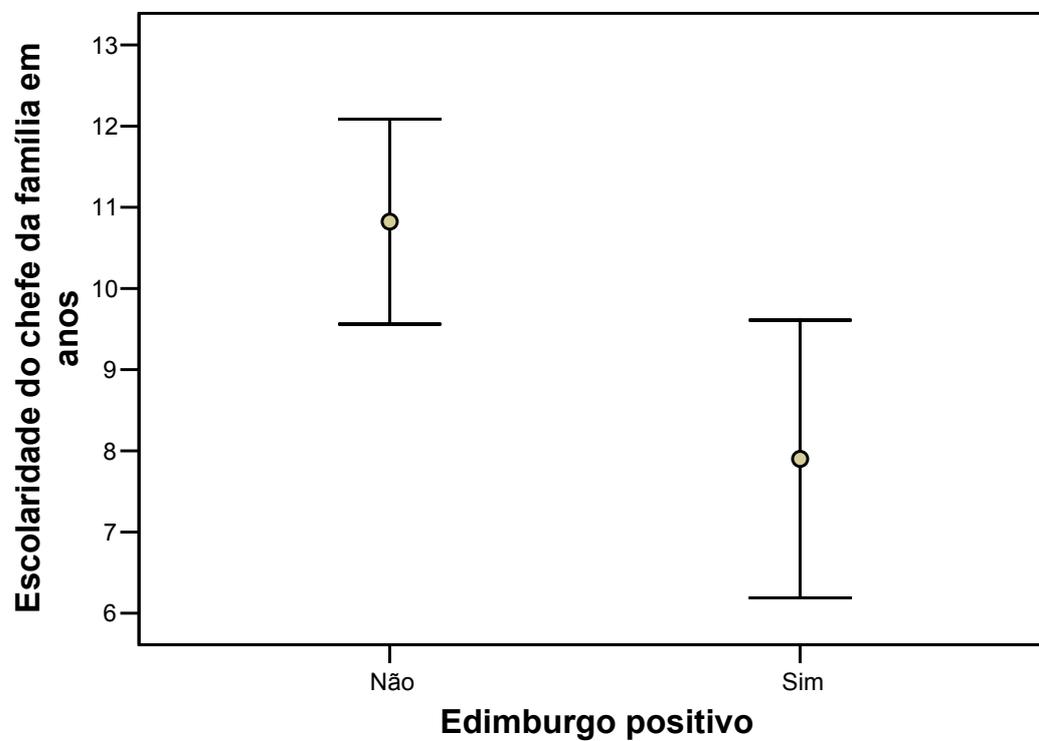


Gráfico 2: Média dos anos de estudo dos chefes de família, Porto Alegre, 2004.



Risk factors and prevalence of postnatal depression in the city of Porto Alegre, Brazil³.

Leila Tannous – MSc Health Sciences (Psychiatry), Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Sao Pedro Psychiatric Hospital.

Luciana Petrucci Gigante – PhD Medical Practice, Brazilian Lutheran University (ULBRA).

Ellis Alindo D'Arrigo Busnello - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

Program of Postgraduation in Medicine: Medical Sciences - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

Corresponding author:

Leila Tannous

Av. Getulio Vargas, 120/303; Porto Alegre - RS 90150-000; Brazil.

Funding bodies:

CAPES, CNPq, FIFE.

³ Risk factors and prevalence of PND

ABSTRACT

This paper describes a cross-sectional study of a population of women residing in Porto Alegre who delivered living newborn infants in hospital between the 5th and the 18th of June, 2001, to assess the prevalence of postnatal depression (PND) between the 6th and 8th weeks after birth according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Multivariate analysis was used following a previously defined model to allow adjustments for confounding variables.

The estimated PND prevalence rate found was 20.7% (CI 95% 15.7 - 25.7). The final model comprised the following variables: per capita income, family member undergoing/underwent treatment for substance abuse, referral to psychologist or psychiatrist, smoking during pregnancy, suicidal ideas, living without a spouse or partner and stressful events in the last 6 months.

It should be noted that citizens from the lower economic bracket in Brazil have restricted access to the means of promoting health practices and treating ailments. Mental disorders and a previous history of depression suggest that there is a chain of psychiatric disorders dating back to years before a woman gets pregnant. The absence of a spouse or partner is an aggravating factor for the onset of postnatal depression (PND). Stressful events that go on unresolved constitute permanent risk factors.

KEYWORDS

Postnatal depression, prevalence, risk factors.

INTRODUCTION

Postnatal depression (PND) is a mental disorder defined as a non-psychotic depressive episode which sets in between the fourth week and the end of the first year after childbirth (1). Most women with PND go untreated (2,3), experience depression for up to a year (1,4) and have a twice as great a chance to experience new episodes of depression in the following 5 years (5).

PND may seriously compromise the development of the mother-infant bond (6), delay the cognitive and emotional development of the newborn infant (7, 8), result in abuse and negligence in the child's care (9) and may also affect the relationship of the couple (10).

Studies investigating the prevalence of PND show rates ranging from 5% (11,12) to 36.7% (13). In Brazil, Silva (14) found a prevalence rate of 12% in Rio de Janeiro while Santos (15) found 13,4% in Brasília. The investigation of risk factors for PND has yielded conflicting results. Some risk factors identified are: personal (11,13,16,17,18,19,20,21, 22,23,24) and family psychiatric morbidity (22,24), presence of spouse or partner and quality of relationship with partner (16,17,18,19,20,22,23,24,25,26), social support network (20,21,24), stressful events (16,20,22,23,27), obstetric events (11,14,17,18,19,21,23,24,25,28,29,30) and newborn-related events (17,18,19,23,25,29,31,32).

Meta-analysis (33) with 12,810 participants identified a mean prevalence rate of PND of 13% (CI 95% 12.3-13.4) and a previous history of psychopathology, psychological disorder during pregnancy, poor relationship with partner, insufficient social support, stressful life events and low social status as predictors of PND.

PND-afflicted women being acknowledged and receiving care is commonplace in industrialized countries. In developing countries, however, the identification of populations affected by disorders and the groups that potentially require care are essential requirements that need to be met in order to organize and ensure the suitability of health services and the planning of health promotion actions.

This study investigated the prevalence of PND in women residing in the city of Porto Alegre and the risk factors associated with personal and family psychiatric morbidity, the existence of and the satisfaction with the relationship with partner, recent stressful events, obstetric events and newborn-related events.

PARTICIPANTS AND METHODS

Study design

This study was carried out in Porto Alegre, the capital city of Rio Grande do Sul. The city is located in the south of Brazil and houses a population of 1,383,356 inhabitants. The design contemplated a cross-sectional population-based study of women residing in Porto Alegre who gave birth to living newborn infants between the 5th and the 18th of June, 2001. Simple random sampling was used to select the participants from an official document titled *Record of Living Newborn Infants*, used by the Information Database of the local Health Department. This database stores the name and address of all women who give birth to living newborn infants using the data supplied by the hospital where the baby is delivered.

Sample size calculation

Historical data shows that on average 2,000 women give birth during the month of June. We thus estimated that it would be necessary to study 225 women to be able to detect a PND prevalence rate of 12% (22), to remain within a margin of error of 4% and a confidence interval of 95%.

The sample size was calculated to investigate the risk factors for PND. The interruption of breastfeeding was chosen as a risk factor of interest, which occurred on a ratio of 2:3, meaning that 2 out of 3 women had stopped breastfeeding. We identified that 233 women should be investigated to detect a prevalence ratio of 3.0 with a confidence interval of 95% and power of 80%, assuming that 7% of breastfeeding women suffered from PND. An additional 67

women were added to the projected figure in order to maintain the power of the study in the multivariate analysis should there be any dropouts or refusals.

The study was approved by the Ethics Commission of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and the Porto Alegre City Hall. The women who agreed to participate signed a term of informed consent and for those under the age of 18, parents were also required to give their consent.

Study variables

Women were diagnosed with PND if they reached an EPDS score of 13 or more (14), using a version validated in Brazil (14, 15). The EPDS is a 10-item questionnaire that rates the intensity of depressive symptoms present within the previous seven days from the 6th week after delivery (34).

The study variables were grouped as demographic (age), socioeconomic (participant's and breadwinner's schooling, per capita income, observed skin color, employment/work, having a spouse or partner), family's psychiatric morbidity (current or previous psychiatric treatment of family member, admission to psychiatric hospitals, treatment for substance abuse and/or alcohol abuse and suicide), participant's psychiatric morbidity, previous referral to treatment and/or admission to psychiatric hospital, use of alcohol, drugs and cigarette smoking during pregnancy, suicidal ideas, suicide attempts or death wish), stressful life events in the last 6 months (loss of home or job, death or disappearance of child, separation, arrest of spouse or partner, death of relative, spouse or partner), relationship with partner (having a spouse or partner and satisfaction with the relationship) and obstetric or newborn-related events (number of pregnancies, single or multiple pregnancies, type of delivery,

pregnancy-induced hypertension, gestational diabetes, delivery complications, prematurity, infant's health conditions, breastfeeding cessation).

Study implementation

After locating the participants' addresses and contacting them, the interviews took place between the 6th and the 8th week after delivery (between the 7th of July and the 30th of August, 2001). The data collection was carried out by 19 medical, psychology and social assistance students and professionals

In order to ensure the quality of the information collected, the interviewers received training in the application of the questionnaire, the guidelines in the instruction booklet were standardized and their fieldwork was supervised. Five percent of the randomly selected households were visited a second time by the research coordinator for the sake of quality control. All data entries used a duplicate field to eliminate errors.

At the end of the interview, women with an EPDS Score of 9 or higher were told to seek outpatient treatment at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (34).

Conceptual model and data analysis

The association between PND and its determinants was first studied through bivariate analysis using chi-square tests for the qualitative variables and Student's t-test for quantitative variables. Multivariate analysis was performed using Cox's regression assuming time to the outcome as constant (35,36). The software used was STATA release 7.0.

In order to identify independent risk factors, multivariate analysis was performed using a predefined model (Figure 1) that took into account the time relationship between PND and the risk factors to define the hierarchical levels. The risk factors investigated were per capita income, family's and participant's psychic morbidity, stressful life events in the last 6 months, relationship with partner, obstetric or newborn-related events.

The determinants were selected on each level according to their statistical significance (value $P < 0.2$) to avoid excluding a potential confounding factor) (37). The variables with statistical significance $P < 0.05$ remained in the model to allow the adjustment of the remaining variables.

According to the model (Figure 1) the variables on each hierarchical level were analyzed and adjusted hierarchically in relation to those located immediately above their level, and the variables associated with PND were retained. The variables nearer the top of the figure were assumed to influence all other factors directly or indirectly, with the exception of age (38).

In the first stage of Cox's regression, we analyzed the effect of variables belonging to the top hierarchical level (socioeconomic and demographic variables) on the outcome. A previous study using the same database (prevalence and demographic, socioeconomic and cultural determinants of postnatal depression: a population-based study in the city of Porto Alegre, Brazil) was used to characterize the independent association of per capita income with PND

After selecting per capita income, the family's psychiatric morbidity was included and the variable concerning the need for a family member to undergo treatment for substance abuse. In the third stage, the participant's psychiatric

morbidity was added. In addition to the variables selected on previous stages, the model retained the following: referral to psychiatrist or psychologist, smoking during pregnancy, death wish, suicidal ideas and suicide attempt. In the fourth stage, the relationship with partner was added and in the fifth stage, stressful events in the last 6 months were incorporated. Finally, obstetric or newborn-related events were added. Breastfeeding cessation did not take part in the multivariate analysis because it has no clearly defined period or time frame and it may indeed be a consequence of PND (23,25,29,32). The variable associated with the infant's health was not included in the multivariate analysis because it was seen as having occurred after birth.

RESULTS

Of the study population, 271 women (90,3%) were studied, with 3 refusals and 26 non-respondents (18 women who did not reside in the addresses supplied and eight addresses which were not located).

The prevalence rate of PND assessed through an EPDS score of 13 or above was 20.7% (CI 95% 15.7 – 25.7).

Table 1 highlights the fact that nearly half of the women in the sample were 20 to 29 years old, white, did not have employment and lived with a spouse or partner.

The final model (Figure 2) comprised the following variables: per capita income, relative undergoing/underwent treatment for substance abuse, referral to psychologist/psychiatrist, smoking during pregnancy, suicidal ideas, living without spouse or partner and stressful events in the last 6 months.

The variables related to the family's psychiatric morbidity (Table 2) did not show significant association with PND in bivariate analysis; however, after confounding factors were controlled, women whose relations are currently undergoing or have undergone treatment for substance abuse started showing a twice as great chance of suffering from puerperal depression when compared with women whose relations are not undergoing or have never undergone treatment for substance abuse.

Nearly all of the variables related to the participant's psychiatric morbidity (Table 3) presented statistically significant associations with PND in the bivariate analysis. After adjusting for confounding variables, the following still showed significant independent associations: referral to psychologist/psychiatrist, smoking during pregnancy and suicidal ideas. Women

who had tried to take their lives showed a ten times greater chance of developing PND than women who did not think of dying or killing themselves.

The bivariate analysis in Table 4 shows that women who were unhappy with the relationship with their partners showed a three times greater chance of developing PND when compared with women who were happy with their relationship. However, after adjusting, only the category “no spouse or partner” maintained a significant independent association.

The bivariate analysis in Table 5 shows that women who were exposed to stressful situations in the 6 months preceding the interview showed a greater risk of developing PND. Stressful situations maintained an independent association after adjusting for confounding variables.

The results of the Crude and the adjusted analysis of the obstetric and newborn-related variables are shown in Table 6. Delivery complications, number of pregnancies, sick infant and breastfeeding cessation showed significant associations with PND in the bivariate analysis. Mothers whose EPDS score was equal to or greater than 13 had on average 1.5 children more than mothers whose score fell below that figure and each additional child represented a 20% increase in the risk of the mother developing PND. After adjusting for confounding variables, the variables on this level did not show significant associations.

DISCUSSION

This study aimed to estimate the prevalence of PND in women residing in Porto Alegre and identify the risk factors for OND. The estimated prevalence of PND in this study is higher than the prevalence found in low income women in a poor area of Rio de Janeiro (14) and the one observed in middle class women who live in the central area of Brasilia, Brazil's capital city (15). Both studies used the EPDS (the Rio de Janeiro study used a cutoff point equal to a greater than 13 and the Brasília study used a cutoff point equal to or greater than 12) to identify women who suffered from puerperal depression. Differences in methodology such as population size and different sampling place, diagnostic criteria used and postnatal period elapsed can account for the different prevalence rates found by these studies.

On the other hand, a previous study (39, 40) to identify psychiatric morbidity in three Brazilian cities, Porto Alegre, Sao Paulo and Brasilia, found a higher prevalence rate of depression among women over 15 that resided in Porto Alegre (14.5%) than in Brasilia (3.8%) and Sao Paulo (3.8%). This suggests the possibility that women residing in Porto Alegre show higher depression rates than women residing in other urban centers.

The following variables were identified as independent risk factors in this study: monthly per capita income of up to 1.16 times the local minimum wage (monthly minimum wage = US\$ 96, Nov 2004); relation currently undergoing or having undergone treatment for substance abuse; participant's referral to psychologist/psychiatrist; smoking during pregnancy, suicidal ideas; living without spouse or partner; stressful events .

It is a widely known fact that the access to the health services is more difficult for people of the lower income bracket in Brazil.

There was no significant association in the bivariate analysis between PND and having a collateral or ascending relative undergoing or having undergone treatment for substance abuse, a result similar to what the literature describes (33). However, after adjusting for per capita income, this had statistical significance and having a relative undergoing/underwent previous or current treatment for substance abuse posed a risk of PND. When we stratify the variable relative underwent/undergoing treatment in relation to per capita income, we observe that in families where members have undergone or are undergoing treatment for substance abuse, PND is only noticeable in those families with higher incomes. It is fair to assume that some risks only come to light once minimum living requirements are met.

The results of referral to psychologist or psychiatrist or suicidal ideas indicate an increased risk for women with a previous history of mental disorder, particularly depression, to suffer from puerperal depression, according to the literature (12,16,18,19,20,21,22,23). Published studies show that 30% of women with PND have a previous history of depression, and a previous episode of PND increases the risk of a new episode of PND by 50% (41). These findings suggest there is a sequence of psychiatric disorders dating back to years before the actual pregnancy. These disorders remain during the pregnancy and the postpartum period and may be chronic or episodic.

Regarding the use of tobacco during pregnancy, we may suppose that such behavior signals the adoption of a negative behavior towards motherhood by women who have experienced depression (42). It is common knowledge that

the use of tobacco during pregnancy may reduce the baby's weight and increase the risk of miscarriage and premature birth. Pregnant women who cannot stop smoking even though they are aware of the risks show that the difficulty they have in breaking the habit overcomes the force of the maternal instinct that aims to protect the unborn child and ultimately guarantee the preservation of the species.

While the bivariate analysis of the relationship with partner confirms previous findings (16,19,18,20,25,26,33), and the assessment of this relationship is conditioned by its quality, which is perceived as the willingness of her partner to meet and address the needs of the family and offer affective and social support. However, the results of the adjusted analysis suggest that in situations where social or health conditions are poor, the fact of having a partner or spouse is more important than the quality of this relationship.

The results of the association between stressful events and PND confirm published studies (16,22,23,27,33). It seems that the association of a stressful event with the onset of PND has to do with how much they interfere with the mother's personal projects or expectations, with their permanence and consequences and the time elapsed since their occurrence.

This study has the merit of being a population-based study with a abstention of less than 10%, carried out in a representative sample of mothers residing in Porto Alegre whose children were born in June 2001. These women are probably similar to those who gave birth in the other months of the year.

The type of design used (cross-sectional study) makes a cause-effect assessment over time difficult because the factors studied and the clinical outcomes are investigated simultaneously (43).

The data on the prevalence of PND in this study are important to guide the adaptation of nationwide health prevention, treatment and rehabilitation actions. The hierarchical analysis made the identification of factors having an independent association with PND. Using these data, it will be possible to identify the populations that require care during pregnancy and in the postpartum period.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank the following for their invaluable assistance:

Prof. Dr^a. Sandra Fuchs.

Statistician Vânia Naomi Hirakata

Prof. Dr. Angelo M. C. Fiori.

A special thank-you to the interviewers, particularly Nara Barbosa dos Santos, Moacir Moratelli Junior, Paola Frizzo Pasquotto, Jair Silva dos Angelos.

Dr. Juarez Cunha and the Health Information Team – Health Department of the Porto Alegre City Hall.

A final word of thanks to the City Transit Authority (EPTC).

BIBLIOGRAPHY

1. Inwood DG. Postpartum psychotic disorders. In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editors. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 852-8.
2. Pitt B. 'Atypical' depression following childbirth. *B J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
3. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *B J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
4. Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *B J Psychiatry* 1987; 151:523-7.
5. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression; evidence for the specificity of the diagnostic concept. *B J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
6. Campbell S, Cohn J, Meyers T. Depression in first-time mothers: mother-infant interactions and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31: 349-57.
7. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal* 1986; 292: 1165-7.
8. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 543-61.
9. Buist A. Child abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:370-8.
10. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems, and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, editor(s). *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.

11. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salving JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000 Oct; 107: 1210-7.
12. Fish RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Rev* 1997; 23(6): 547-54.
13. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
14. Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Bio Res* 1998; 31: 799-804.
15. Santos, MFS. Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas de Brasília. Masters' thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasilia, 1995.
16. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 428-432.
17. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and theirs partners – prevalence and predictors. *B J Psychiatry*, 1997; 171:550-5.
18. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 33: 125-9.
19. Romito P, Saruel-Cubizolles MJ, Leblong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1651-61.

20. Ghubash R, Abou-Saleh, M.T. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *B J Psychiatry* 1998; 171: 65-68.
21. Chaaya M, Campbel OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
22. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J of Abnormal Psychology* 1990; 99: 3-15.
23. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-33.
24. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, Leung TYS, Chung TKH. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatric* 2001 February; 158: 220-6.
25. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit J Psychiatry* 1982; 140: 111-17.
26. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J of Advanced Nursing* 2002; 33(3): 279-87.
27. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *B J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.

28. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal Depression in Urban Area of Portugal: Comparison of Childbearing Women and Matched Controls. *Psychol Med* 1996 Jan; 26(1): 137-44.
29. Wolf AW, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 169-76.
30. Warner R, Appleby L, Whitton ABS; Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry* 1996;168: 607-11.
31. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159:3-47.
32. Stamp GE, Crowther CA. Postnatal depression: a south Australian prospective survey. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1994; 34 (2): 164-7.
33. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
34. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *B J Psychiatry* 1987;150: 782-6.
35. Breslow N. Covariance analysis of censored survival data. *Biometrics* 1974; 30: 89-99.
36. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional study: an empirical comparison of model the directly estimative the prevalence ration. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3:21. Available on: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.
37. Lemeshow S, Hosmer DW. Applied logistic regression. New York, Wiley-Interscience Publication, 1989.

38. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (1) 224-7.
39. Busnello ED'A, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAS, Taborda JGV, Knijnik ,et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992; 41 (10): 507-12.
40. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *B J Psychiatry* 1997; 171: 524 - 529.
41. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord* 1983; 5: 97-101.
42. Leiferman J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior* 2002; 29(5): 596 607.
43. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002 Jan 12; 359: 145-8.

Table 1 – Sample characteristics, 2004.

	N	Sample (%) or mean ± sd
Age bracket		
14 – 19 years	43	(15.9)
20 – 29 years	134	(49.4)
30 – 39 years	17	(27.7)
40 – 47 years	19	(7.0)
White skin		
Yes	175	(64.6)
No	96	(35.4)
Religion		
Yes	132	(48.7)
No	139	(51.3)
Employment/work		
Yes	105	(38.7)
No	166	(61.3)
Marital status		
With partner or spouse	224	(82.7)
W/out partner or spouse	47	(17.3)
Per capita income (MW)[†]		
1.17 – 17	85	(31.4)
0.51 – 1.16	84	(31.0)
< – 0.5	87	(32.1)
Mother's schooling	8.3	±4.7
Breadwinner's schooling	10.6	±8.7

[†]MW: minimum wage, equivalent to US\$ 96, Nov 2004.

Table 2 – Association between risk factors related to the family’s psychiatric morbidity and PND, Porto Alegre, 2004.

	N	Edinburgh ≥13 %	Crude PR (CI 95%)	Adjusted PR (CI 95%)
Relative underwent/ undergoing psychiatric treatment				
No	192	18.8	1.00	1.00
Yes	78	25.6	1.37 (0.85 – 2.21)	1.42 (0.66 – 3.03)
P			0.27	0.37
Relative underwent/ undergoing alcohol abuse treatment				
No	224	20.5	1.00	1.00
Yes	47	21.3	1.04 (0.56 – 1.90)	0.97 (0.49 – 1.95)
P			1.00	0.94
Relative underwent/ undergoing substance abuse treatment				
No	238	18.9	1.00	1.00
Yes	33	33.3	1.76 (1.02 – 3.05)	1.91 (1.06 – 3.45)
P			0.09	0.03
Relative is / was admitted to psychiatric hospital				
No	222	19.8	1.00	1.00
Yes	49	24.5	1.24 (0.71 – 2.16)	0.84 (0.32 – 2.22)
P			0.59	0.73
Suicide in the family				
No	241	20.3	1.00	1.00
Yes	29	20.7	1.02 (0.48 – 2.17)	1.22 (0.53 – 2.82)
P			1.00	0.64

Relative underwent/undergoing substance abuse treatment was adjusted for per capita income.

Table 3 – Association between risk factors related to the mother’s psychiatric morbidity and PND, Porto Alegre, 2004.

	n	Edinburgh ≥13 %	Crude PR (CI 95%)	Adjusted PR (CI 95%)
Referral to psychiatrist or psychologist				
No	220	15.0	1.00	1.00
Yes	51	45.1	3.01 (1.94 – 4.65)	2.43 (1.42 – 4.15)
P			< 0.01	<0.01
Admission to psychiatric hospital				
No	267	19.9	1.00	1.00
Yes	04	34.8	3.78 (2.04 – 6.98)	1.03 (0.58 – 1.84)
P			0.03	0.92
Use of alcohol during pregnancy				
No	248	19.4	1.00	1.00
Yes	23	34.8	1.80 (0.97 – 3.32)	0.75 (0.40 – 1.39)
P			0.10	0.36
Use of tobacco during pregnancy				
No	207	16.4	1.00	1.00
Yes	64	34.4	2.09(1.32 – 3.30)	1.69 (1.07 – 2.67)
P			< 0.01	0.03
Use of drugs during pregnancy				
No	270	20.7	1.00	1.00
Yes	01	00.0	0.00 (0.00 – 67.48)	5.77 ⁻¹⁴ (7.66 ⁻¹⁵ -4.56 ⁻¹³)
P			1.00	0.00
Suicidal ideas				
No	107	3.7	1.00	1.00
Thought of dying	101	17.8	4.77 (1.67 – 13.61)	4.13 (1.50 – 11.39)
Thought of killing herself	36	44.4	11.89 (4.25 – 33.25)	8.58 (3.09 – 23.84)
Tried to kill herself	27	66.7	17.83 (6.57 – 48.30)	9.57 (3.32 – 27.56)
P			< 0.01	<0.01

Referral to psychiatrist/psychologist, admission to psychiatric hospital, use of alcohol during pregnancy, use of tobacco during pregnancy and suicidal ideas were adjusted for relative undergoing/underwent substance abuse treatment and per capita income.

Table 4 – Association between the *relationship with partner* risk factor and PND, Porto Alegre, 2004.

	n	Edinburgh≥13 %	Crude PR (CI 95%)	Adjusted PR (CI 95%)
Satisfaction with relationship with partner				
Yes	203	14.3	1.00	1.00
No	20	50.0	3.50 (2.01 – 6.08)	1.84 (0.99 – 3.39)
No spouse or partner	47	36.2	2.53 (1.52 – 4.21)	1.95 (1.16 – 3.27)
P			< 0.01	0.02

Relationship with partner was adjusted for referral to psychologist/psychiatrist, use of tobacco during pregnancy, suicidal ideas, relative undergoing/underwent substance abuse treatment and per capita income.

Table 5 – Association between the *stressful events* risk factor and PND, Porto Alegre, 2004.

	n	Edinburgh ≥ 13 %	Crude PR (CI 95%)	Adjusted PR (CI 95%)
Stressful events in the last 6 months				
No	147	10.2	1.00	1.00
Yes	124	33.1	3.24 (1.89– 5.57)	2.30 (1.42 – 3.72)
P			< 0.01	< 0.01

Stressful events in the last 6 months was adjusted for *relationship with partner, referral to psychologist/psychiatrist, use of tobacco during pregnancy, suicidal ideas, relative undergoing/underwent substance abuse treatment and per capita income.*

Table 6 – Association between *obstetric and newborn-related* risk factors and PND, Porto Alegre, 2004.

	n	Edinburgh ≥ 13 % or mean \pm sd	Crude PR (CI 95%)	Adjusted PR (CI 95%)
Obstetric				
Type of pregnancy				
Single	269	20.4	1.00	1.00
Twins	02	50.0	2.45 (0.60 – 9.97)	0.40 (0.12 – 1.32)
P			0.37	0.13
Type of delivery				
Normal	158	22.2	1.00	1.00
C-section	103	16.5	0.75 (0.44 – 1.26)	0.83 (0.48 – 1.43)
Forceps	10	40.0	1.80 (0.80 – 4.07)	1.19 (0.44 – 3.28)
P			0.17	0.69
Delivery complications				
No	208	17.8	1.00	1.00
Yes	63	30.2	1.70 (1.05 – 2.73)	1.33 (0.83 – 2.13)
P			0.05	0.24
Pregnancy-induced hypertension				
No	196	18.9	1.00	1.00
Yes	73	26.0	1.38 (0.85 – 2.24)	1.04 (0.56 – 1.94)
P			0.27	0.95
Gestational diabetes				
No	252	19.4	1.00	1.00
Yes	17	41.2	2.12 (1.14 – 3.94)	0.85 (0.47 – 1.52)
P			0.07	0.57
Number of pregnancies				
	271	3.61(2.64)	1.20 (1.13 – 1.27)	1.10 (0.97 – 1.25)
P			< 0.01	0.14
Premature births				
No	213	43	1.00	1.00
Yes	56	13	1.15 (0.67 – 1.98)	1.15 (0.65 – 2.04)
P			0.75	0.63
Baby is sick				
No	249	47.0	1.00	1.00
Yes	22	18.9	2.17 (1.23 – 3.81)	0.91 (0.44 – 1.87)
P			0.02	0.79
Breastfeeding cessation				
No	216	17.1	1.00	1.00
Yes	51	31.4	1.83 (1.11 – 3.02)	1.46 (0.79 – 2.69)
P			0.04	0.23

Type of delivery, delivery complications, gestational diabetes, number of pregnancies and baby sick were adjusted for relationship with partner, stressful events in the last 6 months, referral to psychologist/psychiatrist, use of tobacco during pregnancy, suicidal ideas, relative undergoing/underwent substance abuse treatment and per capita income.

Figure 1: Hierarchical model for analysis of risk factors for PND.

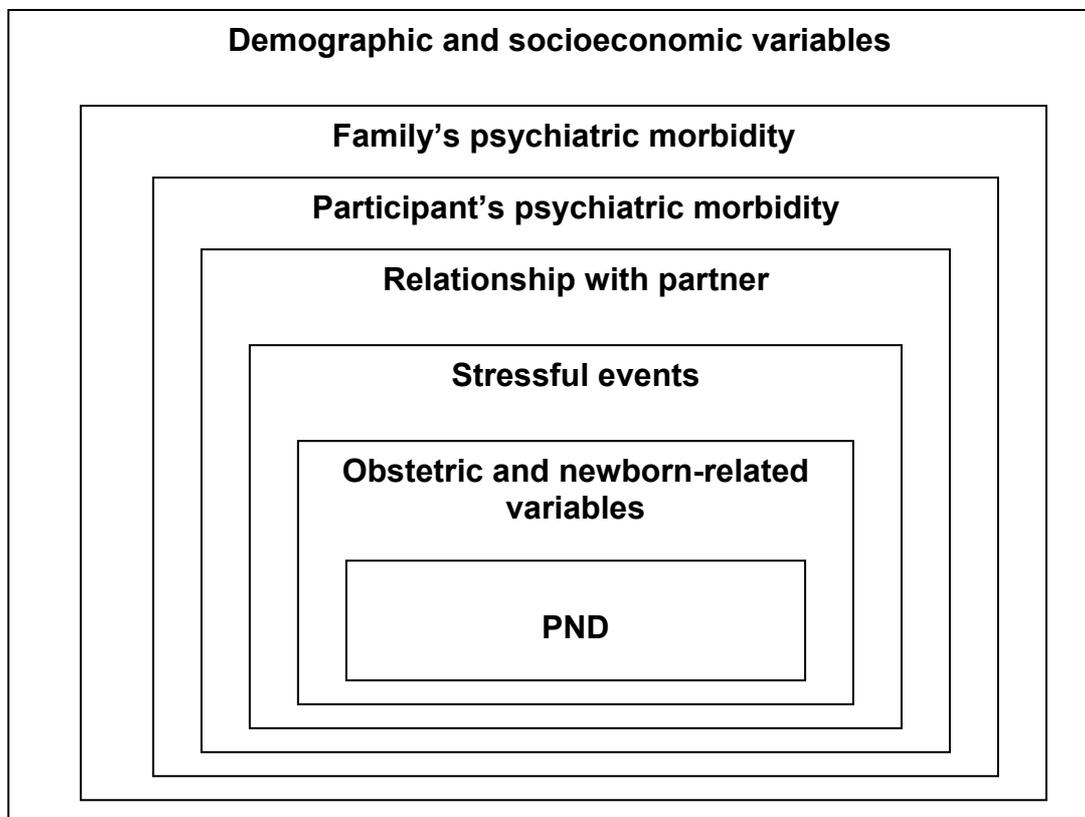
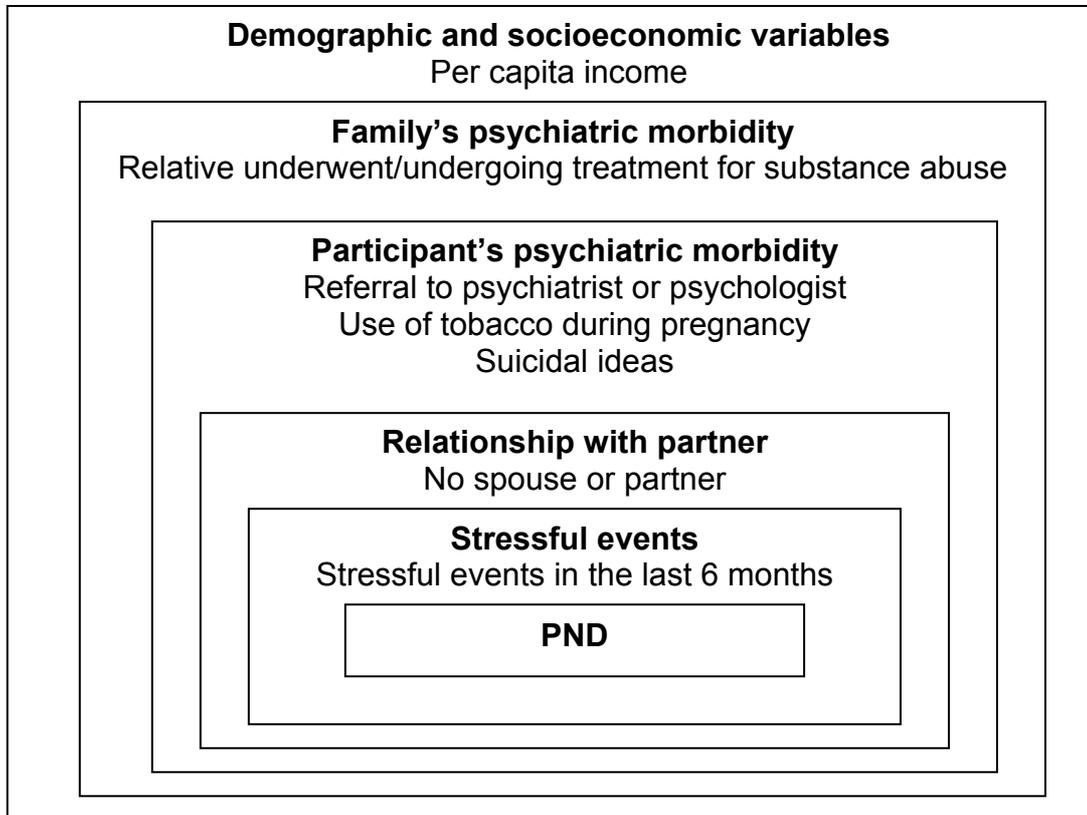


Figure 2: Final model: variables presenting independent risk for PND.



Fatores de risco e prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre, Brasil⁴.

Leila Tannous Mestre em Ciências da saúde (Psiquiatria) UFRGS HPSP

Luciana Petrucci Gigante Doutora em Clínica Médica ULBRA

Ellis Alindo D'Arrigo Busnello Doutor em Ciências UFRGS

Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médica UFRGS.

Leila Tannous

Av. Getúlio Vargas, 120/303; bairro Menino Deus; Porto Alegre, RS Cep:
90150-000; Brasil.

CAPES, CNPq, FINE.

⁴ Fatores de risco e prevalência de dpp

RESUMO

Desenhou-se um estudo transversal, de base populacional com mulheres residentes em Porto Alegre que tiveram parto hospitalar entre 5 e 18 de junho de 2001, dando à luz a recém-nascidos vivos, para determinar a prevalência de depressão pós-parto entre a 6ª e 8ª semana de pós-parto, medida pela Escala de Edimburgo. A análise multivariada foi realizada segundo um modelo definido *a priori*, permitindo o ajuste para fatores de confusão.

A estimativa da prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 20.7% (IC 95% 15.7 - 25.7). O modelo final foi composto pelas seguintes variáveis: renda per capita, familiar fez/faz tratamento para drogadição, encaminhamento ao psicólogo ou psiquiatra, tabagismo na gestação, ideação suicida, viver sem esposo ou companheiro e eventos estressantes nos últimos 6 meses.

Observamos em nosso país que pertencer à classe social com menor renda dificulta o acesso aos meios de promoção à saúde e tratamento das doenças. Transtornos mentais e depressão prévia sugerem que há uma continuidade de transtornos psiquiátricos que iniciaram anos antes da mulher engravidar. Não ter esposo ou companheiro é um agravante para o aparecimento de depressão pós-parto. Eventos estressantes que não se resolvem, mantêm-se como fator de risco permanente.

DESCRITORES

Depressão pós-parto, prevalência, fatores de risco.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é um transtorno mental definido como um episódio depressivo não psicótico que se instala entre a quarta semana e o final do primeiro ano do pós-parto (1). A maioria das mulheres que apresenta depressão pós-parto não recebe tratamento (2,3), experimenta depressão com duração de até um ano (1,4) e tem uma chance duas vezes maior de experimentar novos episódios de depressão em período de 5 anos (5).

A depressão pós-parto acarreta prejuízos à interação mãe-bebê, (6), atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (7,8), abuso e negligência da criança (9) e dificuldades conjugais (10).

Estudos realizados para determinar a prevalência de depressão pós-parto descrevem taxas que variam de 5% (11,12) a 36,7% (13). No Brasil, Silva encontrou prevalência de 12% no Rio de Janeiro (14) e Santos, 13,4% em Brasília (15). A investigação de fatores de risco para depressão pós-parto tem produzido resultados não conclusivos. Entre os fatores de risco, alguns têm sido identificados como: morbidade psiquiátrica pessoal (11,13,16,17,18,19,20,21, 22,23,24) e familiar (22,24), presença de esposo ou companheiro e qualidade do relacionamento conjugal (16,17,18,19,20,22,23,24,25,26), rede de apoio social (20,21,24), eventos estressantes (16,20,22,23,27), eventos obstétricos (11,14,17,18,19,21,23,24,25,28,29,30) e relativos ao recém nascido (17,18,19,23,25,29,31,32).

Meta-análise (33), incluindo 12.810 participantes, identificou uma prevalência média de depressão pós-parto de 13% (IC 95% 12,3-13,4) e história pregressa de psicopatologia, distúrbio psicológico durante a gravidez,

relação conjugal pobre, suporte social insuficiente, eventos da vida estressantes e baixo status social como preditores de depressão pós-parto.

O reconhecimento e a atenção prestada as mulheres com depressão pós-parto é uma realidade nos países industrializados. Em países em desenvolvimento, a identificação das populações doentes e dos grupos que potencialmente necessitam de atenção são pressupostos fundamentais para organização e adequação dos serviços de saúde e planejamento das ações de saúde.

Neste estudo investigou-se a prevalência de depressão pós-parto em mulheres residentes na cidade de Porto Alegre e fatores de risco relacionados à morbidade psiquiátrica da família e pessoal, a existência e satisfação com relacionamento conjugal, eventos estressantes recentes, obstétricos e relativos ao recém-nascido.

PARTICIPANTES E MÉTODOS

Desenho do estudo

Este estudo foi realizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, localizada no sul do Brasil, cuja população é de 1.383.356 habitantes. Desenhou-se um estudo transversal, de base populacional com mulheres residentes em Porto Alegre que tiveram parto entre 5 e 18 de junho de 2001, dando à luz a recém-nascidos vivos. Utilizou-se amostra aleatória simples para selecionarem-se as participantes, a partir das Declarações de Nascidos Vivos, do Sistema de Informações da Secretaria de Saúde do Município. Esta base de dados contém o nome e o endereço de todas as mulheres que tiveram recém-nascidos vivos, informados pelo hospital em que ocorreu o nascimento.

Cálculo do tamanho da amostra

Estimou-se que seria necessário estudar 225 mulheres entre 2000, média dos nascimentos ocorridos durante o mês de junho nos anos anteriores, para se detectar-se uma prevalência de depressão pós-parto de 12% (33), aceitando-se erro de 4% com intervalo de confiança de 95%.

Calculou-se o tamanho da amostra para investigarem-se os fatores de risco para depressão pós-parto, considerando a ausência de aleitamento materno como exposição de interesse e ocorrendo na razão de 2:3. Identificou-se que 233 mulheres deveriam ser investigadas para detectar-se uma razão de prevalência de 3,0, com intervalo de confiança de 95% e poder de 80%, assumindo-se que 7% das mulheres que estavam amamentando apresentariam depressão pós-parto. Acrescentaram-se 67 mulheres ao número

calculado para manter o poder do estudo na análise multivariada e caso houvesse perdas e recusas.

O Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre aprovaram o estudo. As mulheres concordaram em participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Para as mulheres com menos de 18 anos, também foi solicitado o consentimento dos pais.

Variáveis em estudo

Consideraram-se deprimidas as mulheres que alcançaram um escore de 13 pontos ou mais na Escala de Edimburgo (14), validada no Brasil (14,15). A Escala de Edimburgo é composta por 10 itens e avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, a partir da sexta semana de pós-parto (34).

As variáveis estudadas foram agregadas em características demográficas (idade), socioeconômicas (escolaridade da participante e do chefe da família, renda per capita, cor observada da pele, exercer atividade profissional, presença de esposo ou companheiro), morbidade psiquiátrica da família (membro da família sob tratamento psiquiátrico atual ou pregresso, internação psiquiátrica, tratamento devido ao uso de drogas e/ou alcoolismo e suicídio), morbidade psiquiátrica da participante (encaminhamento prévio para tratamento e/ou internação psiquiátrica, consumo de bebidas alcoólicas, drogas e tabagismo na gestação, pensamentos de morte, suicídio ou tentativa de suicídio), eventos de vida estressantes ocorridos nos últimos seis meses (perda da casa ou do emprego, morte ou desaparecimento de filho, separação conjugal, prisão do esposo ou companheiro, morte de familiar, esposo ou

companheiro), relacionamento conjugal (presença de esposo ou companheiro e satisfação com o relacionamento) e eventos obstétricos e relativos ao recém-nascido (número de gestações, gestação única ou múltipla, tipo de parto, pressão alta na gestação, diabetes na gestação, complicações no parto, prematuridade, condições de saúde do bebê, desmame).

Implementação do estudo

A partir dos endereços identificados, as participantes foram localizadas e as entrevistas realizadas entre a sexta e oitava semanas após o parto (07 de julho e 30 de agosto de 2001) por 19 estudantes de medicina, psicologia e serviço social ou profissionais destas áreas.

A qualidade das informações colhidas foi assegurada através do treinamento dos entrevistadores na aplicação do questionário, padronização das orientações no manual de instruções e supervisão do trabalho de campo. Cinco por cento dos domicílios selecionados aleatoriamente foram visitados novamente pelo coordenador da pesquisa para controle de qualidade. A entrada de dados foi realizada com digitação dupla.

Ao final da entrevista, foi sugerido às mulheres que apresentaram escore de nove ou mais na Escala de Edimburgo que realizassem atendimento ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (34).

Modelo conceitual e análise dos dados

A associação entre depressão pós-parto e seus determinantes foi estudada inicialmente por análise bivariada utilizando-se os testes do qui-quadrado para as variáveis qualitativas e o teste t de Student para as variáveis

quantitativas. A análise multivariada foi realizada com o auxílio da regressão de Cox, supondo um tempo constante até o desfecho (35,36) por meio do software STATA versão 7.0.

Para a identificação de fatores de risco independentes, foi realizada análise multivariada segundo um modelo definido *a priori* (Figura 1), considerando-se a relação temporal entre os fatores de risco – renda per capita, morbidade psiquiátrica da família, morbidade psiquiátrica da participante, eventos de vida estressantes ocorridos nos últimos seis meses, relacionamento conjugal, eventos obstétricos e relativos ao recém nascido – e depressão pós-parto para construção dos níveis hierárquicos.

Os determinantes foram selecionados em cada nível de acordo com a significância estatística (valor $P < 0,2$) com o objetivo de não ser excluído um potencial fator de confusão (37) e permaneceram no modelo para ajuste das demais variáveis aquelas com significância estatística (valor $P < 0,05$).

De acordo com o modelo (Figura 1), foram analisadas as variáveis de cada um dos seis níveis hierárquicos ajustadas para as que se encontravam no nível imediatamente superior, permanecendo no modelo aquelas variáveis associadas com depressão pós-parto. Considerou-se que as variáveis próximas ao topo da figura podem afetar direta ou indiretamente todos os outros fatores exceto idade e sexo (38).

Na primeira etapa da regressão de Cox, analisou-se o efeito das variáveis pertencentes ao nível hierárquico mais alto - socioeconômicas e demográficas - sobre o desfecho. Estudo prévio (Prevalência e determinantes demográficos, socioeconômicos e cultural de depressão pós-parto: um estudo de base populacional em Porto Alegre, Brasil), nesta mesma base de dados,

caracterizou a associação independente de renda per capita com depressão pós-parto.

Selecionada a variável renda per capita, incluíram-se no modelo as de morbidade psiquiátrica da família, permanecendo a variável relativa à necessidade de familiar realizar tratamento devido ao uso de drogas. Na terceira etapa acrescentaram-se as variáveis de morbidade psiquiátrica da participante. Além das variáveis selecionadas nas etapas anteriores, permaneceu no modelo, encaminhamento ao psicólogo ou psiquiatra, tabagismo na gestação e as relativas ao desejo de morrer, suicidar-se e tentativa de suicídio. Na quarta etapa acrescentaram-se variáveis relativas ao relacionamento conjugal e na quinta, eventos estressantes nos últimos seis meses. Por fim entraram as variáveis do nível obstétrico e relativas ao recém nascido. A variável desmame não participou da análise multivariada por não haver uma temporalidade claramente estabelecida, podendo ser considerada consequência da depressão pós-parto (23,25,29,32). A variável que avalia a condição de saúde do bebê também não participou da análise multivariada porque foi considerada como ocorrida após o parto.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 271 mulheres, (90,3%) da população estudada, havendo 3 recusas e 26 perdas (18 mulheres que não residiam nos endereços fornecidos e oito endereços que não foram localizados).

A prevalência de depressão pós-parto aferida através de um escore de 13 ou mais na Escala de Edimburgo foi 20,7% (IC 95% 15.7 – 25.7).

Destaca-se na Tabela 1 que quase metade das mulheres apresentavam de 20 a 29 anos de idade, eram brancas, não exerciam atividade profissional e tinham esposo ou companheiro.

O modelo final (Figura 2) foi composto pelas seguintes variáveis: renda per capita, familiar fez/faz tratamento para drogadição, encaminhamento ao psicólogo ou psiquiatra, tabagismo na gestação, ideação suicida, viver sem esposo ou companheiro e eventos estressantes nos últimos 6 meses.

As variáveis relativas à morbidade psiquiátrica da família (Tabela 2) não se associaram significativamente com depressão pós-parto na análise bivariada; entretanto após o controle para fatores de confusão, mulheres com familiares que realizaram ou realizam tratamento para drogadicção passaram mostrar quase duas vezes mais chances de apresentar depressão no puerpério que mulheres sem familiares que realizaram ou realizam tratamento para dependência química.

Entre as variáveis da morbidade psiquiátrica da participante, Tabela 3, quase todas apresentaram associações estatisticamente significativas com depressão pós-parto na análise bivariada. Após o ajuste para fatores de confusão, permaneceram significativa e independentemente associadas, encaminhamento ao psiquiatra/ psicólogo, tabagismo na gestação e ideação

suicida. Mulheres que tentaram matar-se apresentaram quase dez vezes mais chances de desenvolver depressão no pós-parto do que mulheres que não pensaram na idéia da morrer ou matar-se.

Destaca-se na Tabela 4, na análise bivariada, que comparativamente às mulheres satisfeitas com o relacionamento conjugal, aquelas insatisfeitas apresentaram chance três vezes maior de desenvolver depressão pós-parto, no entanto após o ajuste somente a categoria sem esposo ou companheiro manteve associação significativa e independente.

Na tabela 5, na análise bivariada, observamos que mulheres expostas a situações de estresse ocorridas nos 6 meses anteriores à entrevista, apresentaram risco aumentado de desenvolver depressão pós-parto. Esta variável se manteve associada independentemente após o controle para fatores de confusão.

Os resultados das análises brutas e ajustadas das variáveis obstétricas e relativas ao recém nascido podem ser observados na Tabela 6. As variáveis complicação no parto, número de gestações, bebê está doente e desmame apresentaram associações significativas com depressão pós-parto na análise bivariada. Mães cuja pontuação na Escala de Edimburgo foi igual ou maior que 13, tinham em média 1,5 filhos a mais do que as mães que não alcançaram esta pontuação, sendo que a cada filho a mais, o risco de apresentar depressão pós-parto aumentava em 20%. Depois do ajuste para fatores de confusão, as variáveis deste nível não mostraram associações significativas.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de depressão pós-parto em mulheres residentes em Porto Alegre e identificar fatores de risco. A estimativa da prevalência de depressão pós-parto encontrada neste estudo é superior à prevalência observada em mulheres de baixa renda, moradoras no subúrbio no Rio de Janeiro (14), e a observada em mulheres de classe média, moradoras no plano piloto na cidade de Brasília (15). Ambos os estudos utilizaram a Escala de Edimburgo (no Rio de Janeiro com ponto de corte igual ou maior a 13 e em Brasília igual ou maior a 12) para identificação das mulheres que apresentavam depressão no puerpério. A diferença no resultado encontrado pode ser decorrente de diferenças metodológicas, como o tamanho e o local de onde as amostras foram retiradas, do critério diagnóstico utilizado e o tempo de pós-parto transcorrido.

Por outro lado, estudo prévio (39,40) realizado para identificação da morbidade psiquiátrica em três cidades brasileiras, Porto Alegre, São Paulo e Brasília, encontrou maior taxa de prevalência de depressão em mulheres, com idade superior a 15 anos, residentes em Porto Alegre (14,5%), do que em Brasília (3,8%) e em São Paulo (3,8%). É possível supor que mulheres residentes em Porto Alegre apresentem maiores índices de depressão do que as mulheres residentes em outros centros urbanos.

Neste estudo identificaram-se as seguintes variáveis: renda per capita mensal até 1,16 salários mínimos; familiar sob tratamento atual ou passado para drogadição; encaminhamento da participante para o psicólogo ou psiquiatra; tabagismo na gestação; ideação suicida; viver sem esposo ou companheiro e eventos estressantes como fatores de risco independentes.

Em nosso país observamos que pertencer à classe social com menor renda dificulta o acesso aos meios de promoção da saúde e tratamento das doenças.

Ter familiar, ascendente ou colateral, sob tratamento atual ou passado para drogadição na análise bivariada, não se associou significativamente com depressão pós-parto, resultado semelhante ao descrito na literatura (33). Entretanto, após o ajuste para a variável renda per capita, o efeito alcançou significância estatística e familiar ter realizado ou realizando tratamento para drogadição representou risco de depressão pós-parto. Ao estratificarmos a variável familiar fez/faz tratamento para renda per capita, percebemos que naquelas famílias onde há familiares que realizaram ou realizam tratamento para dependência química somente os com maior renda é possível perceber a depressão no pós-parto. É possível supor que determinados riscos só são possíveis de avaliar a partir da satisfação das necessidades mínimas para sobrevivência.

Os resultados das variáveis encaminhamento ao psicólogo ou ao psiquiatra e ideação suicida indicam o risco aumentado de mulheres com história prévia de transtornos mentais, particularmente depressão, de apresentar depressão no puerpério, de acordo com a literatura (12,16,18,19,20,21,22,23). Conforme estudos, 30% de mulheres que experimentam depressão pós-parto têm história prévia de depressão, sendo que episódio prévio de depressão pós-parto aumenta em 50% o risco para o episódio subsequente (41). Estes achados sugerem que há uma continuidade de transtornos psiquiátricos que surgiram muitos anos antes da mulher

engravidar, permanecem durante sua gestação e entram no período de pós-parto, podendo ser crônicos ou episódicos.

Em relação ao fato de fumar durante a gestação, podemos considerar que tal comportamento esteja sinalizando o emprego de um comportamento negativo em relação à maternidade em mulheres que possivelmente já desenvolvam um quadro depressivo (42). É de conhecimento leigo que o uso do tabaco durante a gestação eleva o risco de baixo peso ao nascer, abortamento e parto prematuro. As gestantes que, apesar de conscientizadas do risco, não conseguem abster-se do uso mostram que a dificuldade encontrada em suspender o consumo de cigarros supera a força do instinto materno, que objetiva a proteção do feto e em termos gerais a preservação da espécie.

Enquanto a análise bivariada da variável relacionamento conjugal confirma achados prévios (16,19,18,20,25,26,33), condicionando a avaliação do relacionamento conjugal a sua qualidade, medida pela disponibilidade do cônjuge em ser continente às demandas da família e funcionando como suporte afetivo e social. Entretanto, o resultado da análise ajustada nos faz pensar que, diante de situações sociais e de saúde precárias, a existência de um esposo ou companheiro é mais importante do que a qualidade deste relacionamento.

Os resultados obtidos na associação entre eventos estressantes e depressão pós-parto confirmam aqueles da literatura (16,22,23,27,33). Percebemos que a associação de um evento estressante, com a presença de depressão no puerpério, está relacionada ao seu nível de interferência em

projetos ou expectativas pessoais, à sua permanência, às suas conseqüências e ao tempo decorrido desde sua ocorrência.

Este estudo tem o mérito de ser um estudo de base populacional, com um percentual de perdas inferior a 10%, realizado em amostra representativa das mães residentes em Porto Alegre, cujos filhos nasceram em junho de 2001. Provavelmente, estas mulheres são semelhantes às que tiveram partos em outros meses do ano.

O tipo de delineamento utilizado, estudo transversal, dificulta a avaliação temporal entre causas e possíveis efeitos porque os fatores em estudo e o desfecho clínico são estudados simultaneamente (43).

Os dados relativos à prevalência de depressão pós-parto obtidos neste trabalho são relevantes para a adequação das ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde planejadas em nível nacional. A análise hierarquizada permitiu identificar os fatores associados independentemente com depressão pós-parto. Estes dados permitirão a identificação de populações que necessitam de atenção e cuidados durante a gestação e após o parto.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Angelo M. C. Fiori.

À Prof. Dr^a. Sandra Fuchs.

À Estatística Vânia Naomi Hirakata

Ao Dr. Juarez Cunha e à Equipe de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Aos entrevistadores principalmente a Nara Barbosa dos Santos, Moacir Moratelli Junior, Paola Frizzo Pasquotto, Jair Silva dos Angelos.

À Empresa Pública de Transporte e Circulação.

BIBLIOGRAFIA

1. Inwood DG. Postpartum psychotic disorders. In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editors. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 852-8.
2. Pitt B. 'Atypical' depression following childbirth. *B J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
3. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *B J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
4. Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *B J Psychiatry* 1987; 151:523-7.
5. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression; evidence for the specificity of the diagnostic concept. *B J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
6. Campbell S, Cohn J, Meyers T. Depression in first-time mothers: mother-infant interactions and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31: 349-57.
7. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal* 1986; 292: 1165-7.
8. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 543-61.
9. Buist A. Child abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:370-8.
10. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems, and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, editor(s). *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.

11. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salving JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000 Oct; 107: 1210-7.
12. Fish RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Rev* 1997; 23(6): 547-54.
13. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
14. Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Bio Res* 1998; 31: 799-804.
15. Santos, MFS. Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas de Brasília. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1995.
16. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 428-432.
17. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and theirs partners – prevalence and predictors. *B J Psychiatry*, 1997; 171:550-5.
18. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 33: 125-9.
19. Romito P, Saruel-Cubizolles MJ, Leblong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1651-61.

20. Ghubash R, Abou-Saleh, M.T. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *B J Psychiatry* 1998; 171: 65-68.
21. Chaaya M, Campbel OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
22. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J of Abnormal Psychology* 1990; 99: 3-15.
23. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-33.
24. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, Leung TYS, Chung TKH. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatric* 2001 February; 158: 220-6.
25. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit J Psychiatry* 1982; 140: 111-17.
26. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J of Advanced Nursing* 2002; 33(3): 279-87.
27. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *B J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.

28. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal Depression in Urban Área of Portugal: Comparison of Childbearing Women and Matched Controls. *Psychol Med* 1996 Jan; 26(1): 137-44.
29. Wolf AW, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 169-76.
30. Warner R, Appleby L, Whitton ABS; Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry* 1996;168: 607-11.
31. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, Índia. *Am J Psychiatry* 2002; 159:3-47.
32. Stamp GE, Crowther CA. Postnatal depression: a south Australian prospective survey. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1994; 34 (2): 164-7.
33. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
34. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *B J Psychiatry* 1987;150: 782-6.
35. Breslow N. Covariance analysis of censored survival data. *Biometrics* 1974; 30: 89-99.
36. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional study: an empirical comparison of model the directly estimative the prevalence ratios. *BMC Medical Research Methodology* 2003: 3:21. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>.
37. Lemeshow S, Hosmer DW. Applied logistic regression. New York, Wiley-Interscience Publication, 1989.

38. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (1) 224-7.
39. Busnello ED'A, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAS, Taborda JGV, Knijnik L et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1992; 41 (10): 507-12.
40. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *B J Psychiatry* 1997; 171: 524 - 529.
41. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord* 1983; 5: 97-101.
42. Leiferman J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior* 2002; 29(5): 596 607.
43. Grimes DA, Schulz KF. Descriptives studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002 Jan 12; 359: 145-8.

Tabela 1 – Características da amostra, Porto Alegre, 2004.

	Amostra	
	N	(%) ou média ± dp
Faixa etária		
14 – 19 anos	43	(15,9)
20 – 29 anos	134	(49,4)
30 – 39 anos	17	(27,7)
40 – 47 anos	19	(7,0)
Cor branca		
Sim	175	(64,6)
Não	96	(35,4)
Religião		
Sim	132	(48,7)
Não	139	(51,3)
Atividade profissional		
Sim	105	(38,7)
Não	166	(61,3)
Situação conjugal		
Com esposo ou companheiro	224	(82,7)
Sem esposo ou companheiro	47	(17,3)
Renda per capita (SM) ⁺		
1,17 – 17	85	(31,4)
0,51 – 1,16	84	(31,0)
< – 0,5	87	(32,1)
Escolaridade da mãe	8,3	±4,7
Escolaridade do chefe da família	10,6	±8,7

⁺SM: salário mínimo.

Tabela 2 – Associação entre fatores de risco relacionados à morbidade psiquiátrica da família e à depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	N	Edimburgo ≥13 %	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Familiar fez/faz tratamento psiquiátrico				
Não	192	18,8	1,00	1,00
Sim	78	25,6	1,37 (0,85 – 2,21)	1,42 (0,66 – 3,03)
P			0,27	0,37
Familiar fez/faz tratamento alcoolismo				
Não	224	20,5	1,00	1,00
Sim	47	21,3	1,04 (0,56 – 1,90)	0,97 (0,49 – 1,95)
P			1,00	0,94
Familiar fez/faz tratamento drogadição				
Não	238	18,9	1,00	1,00
Sim	33	33,3	1,76 (1,02 – 3,05)	1,91 (1,06 – 3,45)
P			0,09	0,03
Familiar esteve/está internado hospital psiquiátrico				
Não	222	19,8	1,00	1,00
Sim	49	24,5	1,24 (0,71 – 2,16)	0,84 (0,32 – 2,22)
P			0,59	0,73
Suicídio na família				
Não	241	20,3	1,00	1,00
Sim	29	20,7	1,02 (0,48 – 2,17)	1,22 (0,53 – 2,82)
P			1,00	0,64

A variável familiar fez/faz tratamento drogadição foi ajustada para renda per capita.

Tabela 3 – Associação entre fatores de risco relacionados à morbidade psiquiátrica da mãe e à depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	n	Edimburgo ≥13 %	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Encaminhamento psiquiatra ou psicólogo				
Não	220	15,0	1,00	1,00
Sim	51	45,1	3,01 (1,94 – 4,65)	2,43 (1,42 – 4,15)
P			< 0,01	<0,01
Internação psiquiátrica				
Não	267	19,9	1,00	1,00
Sim	04	34,8	3,78 (2,04 – 6,98)	1,03 (0,58 – 1,84)
P			0,03	0,92
Consumo de bebida alcoólica na gestação				
Não	248	19,4	1,00	1,00
Sim	23	34,8	1,80 (0,97 – 3,32)	0,75 (0,40 – 1,39)
P			0,10	0,36
Tabagismo na gestação				
Não	207	16,4	1,00	1,00
Sim	64	34,4	2,09(1,32 – 3,30)	1,69 (1,07 – 2,67)
P			< 0,01	0,03
Uso de drogas na gestação				
Não	270	20,7	1,00	1,00
Sim	01	00,0	0,00 (0,00 – 67,48)	5.77 ⁻¹⁴ (7.66 ⁻¹⁵ -4.56 ⁻¹³)
P			1,00	0.00
Ideação suicida				
Não	107	3,7	1,00	1,00
Pensou em morrer	101	17,8	4,77 (1,67 – 13,61)	4,13 (1,50 – 11,39)
Pensou em matar-se	36	44,4	11,89 (4,25 – 33,25)	8,58 (3,09 – 23,84)
Tentou matar-se	27	66,7	17,83 (6,57 – 48,30)	9,57 (3,32 – 27,56)
P			< 0,01	<0,01

As variáveis encaminhamento psiquiatra/psicólogo, internação psiquiátrica, bebida alcoólica na gestação, tabagismo na gestação e ideação suicida foram ajustadas para familiar fez/faz tratamento drogadição e renda per capita.

Tabela 4 – Associação entre fator de risco relacionamento conjugal e depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	n	Edimburgo≥13 %	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Satisfação com o relacionamento conjugal				
Sim	203	14,3	1,00	1,00
Não	20	50,0	3,50 (2,01 – 6,08)	1,84 (0,99 – 3,39)
Sem esposo ou companheiro	47	36,2	2,53 (1,52 – 4,21)	1,95 (1,16 – 3,27)
P			< 0,01	0,02

A variável relacionamento conjugal foi ajustada para encaminhamento psiquiatra/psicólogo, tabagismo na gestação, ideação suicida, familiar fez/faz tratamento drogadição e renda per capita.

Tabela 5 – Associação entre fator de risco eventos estressantes e a depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	n	Edimburgo ≥13 %	RP bruta (IC (95%))	RP ajustada (IC 95%)
Eventos estressantes nos últimos 6 meses				
Não	147	10,2	1,00	1,00
Sim	124	33,1	3,24 (1,89– 5,57)	2,30 (1,42 – 3,72)
P			< 0,01	< 0,01

A variável eventos estressantes nos últimos 6 meses foi ajustada para relacionamento conjugal encaminhamento psiquiatra/psicólogo, tabagismo na gestação, ideação suicida, familiar fez/faz tratamento drogadição e renda per capita.

Tabela 6 – Associação entre fatores de risco obstétricos e do recém nascido e depressão pós-parto, Porto Alegre, 2004.

	n	Edimburgo ≥13 %ou média ±dp	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Obstétricas				
Tipo de gestação				
Única	269	20,4	1,00	1,00
Dupla (Gêmeos)	02	50,0	2,45 (0,60 – 9,97)	0,40 (0,12 – 1,32)
P			0,37	0,13
Tipo de parto				
Normal	158	22,2	1,00	1,00
Operatório	103	16,5	0,75 (0,44 – 1,26)	0,83 (0,48 – 1,43)
Fórceps	10	40,0	1,80 (0,80 – 4,07)	1,19 (0,44 – 3,28)
P			0,17	0,69
Complicação no parto				
Não	208	17,8	1,00	1,00
Sim	63	30,2	1,70 (1,05 – 2,73)	1,33 (0,83 – 2,13)
P			0,05	0,24
Pressão alta na gestação				
Não	196	18,9	1,00	1,00
Sim	73	26,0	1,38 (0,85 – 2,24)	1,04 (0,56 – 1,94)
P			0,27	0,95
Diabete na gestação				
Não	252	19,4	1,00	1,00
Sim	17	41,2	2,12 (1,14 – 3,94)	0,85 (0,47 – 1,52)
P			0,07	0,57
Número de gestações				
P	271	3,61(2,64)	1,20 (1,13 – 1,27)	1,10 (0,97 – 1,25)
			< 0,01	0,14
Recém nascido				
Prematuridade				
Não	213	43	1,00	1,00
Sim	56	13	1,15 (0,67 – 1,98)	1,15 (0,65 – 2,04)
P			0,75	0,63
Bebê está doente				
Não	249	47,0	1,00	1,00
Sim	22	18,9	2,17 (1,23 – 3,81)	0,91 (0,44 – 1,87)
P			0,02	0,79
Desmame				
Não	216	17,1	1,00	1,00
Sim	51	31,4	1,83 (1,11 – 3,02)	1,46 (0,79 – 2,69)
P			0,04	0,23

As variáveis tipo de parto, complicação no parto, diabete na gestação, número de gestações e bebê está doente foram ajustadas para relacionamento conjugal, eventos estressantes nos últimos 6 meses encaminhamento psiquiatra/psicólogo, tabagismo na gestação, ideação suicida, familiar fez/faz tratamento drogadição e renda per capita.

Figura 2: Modelo hierárquico para análise dos fatores de risco para depressão pós-parto.

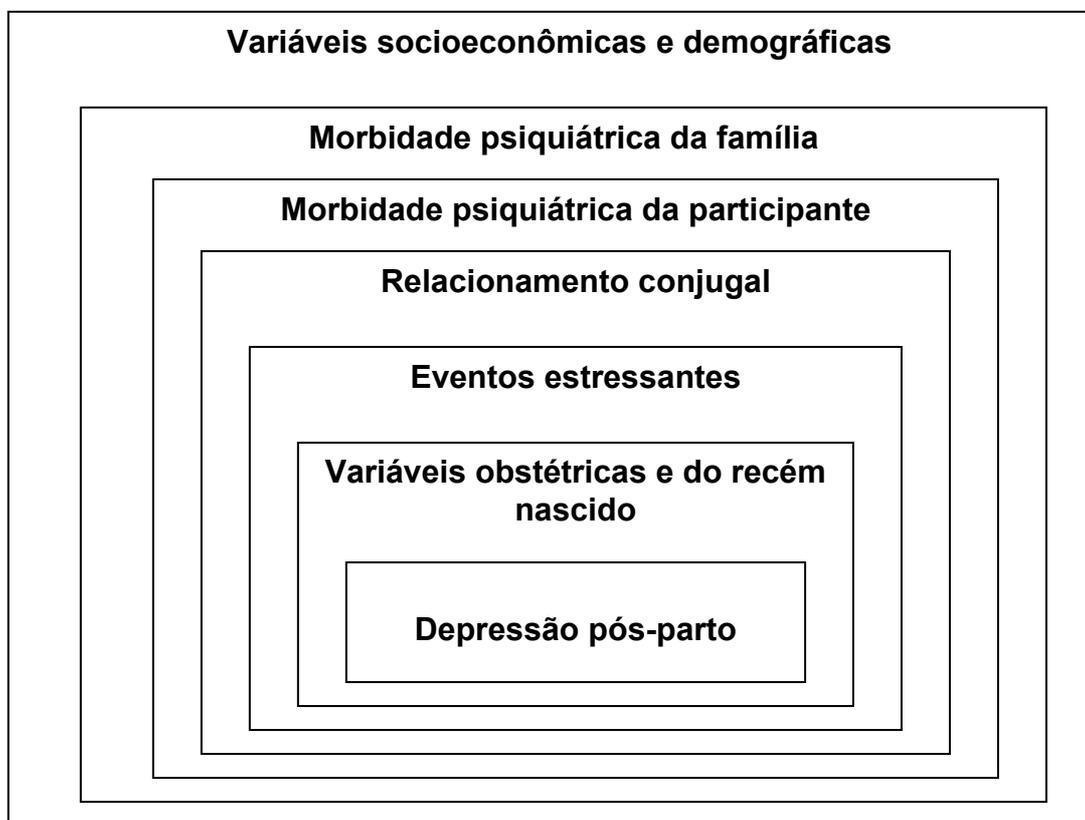
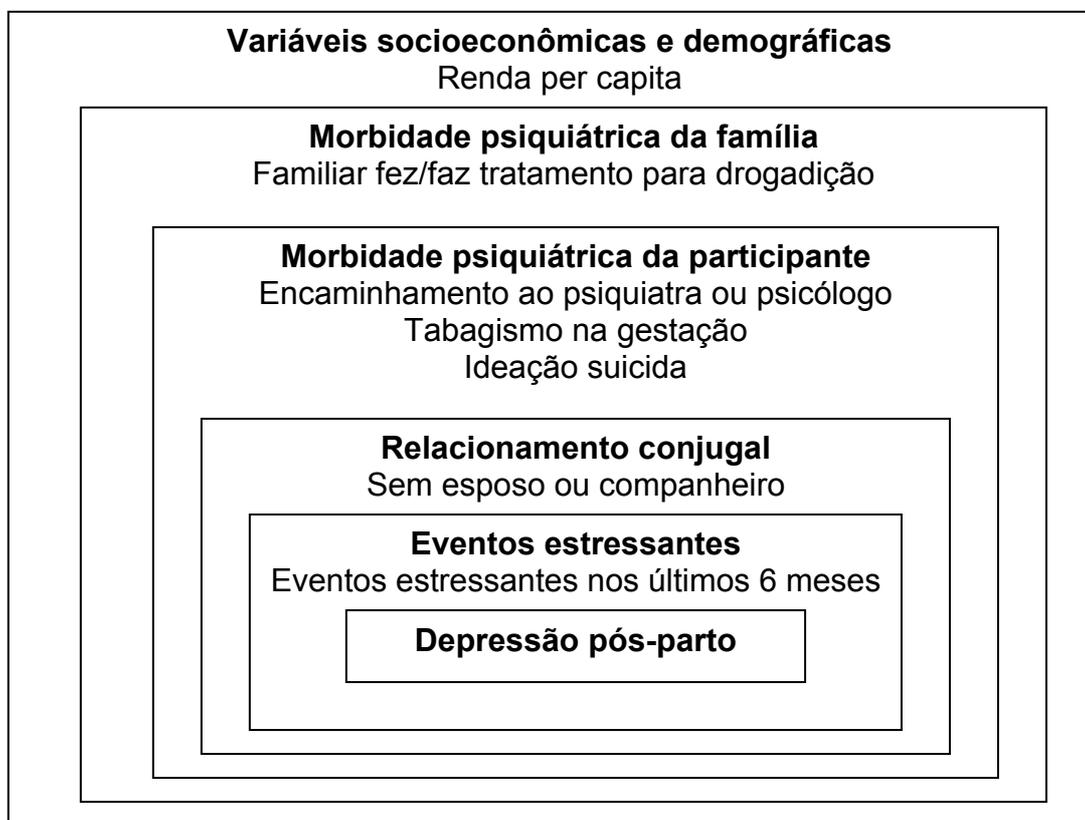


Figura 2: Modelo final: variáveis que apresentaram risco independente para depressão pós-parto.



PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E SEUS FATORES DE RISCO

1 – PARTE GERAL

Identificação

Número do questionário **1.01a** _____
Número da Declaração de Nascimento (DN) **1.01b** _____
Nome da mãe **1.01c** _____
Endereço **1.01d1** _____
Bairro **1.01d2** _____

Entrevistador

Data da entrevista (preencher a data no momento da entrevista) **1.02a** ____/____/2001
Entrevistador (escreva seu nome) **1.02b** _____

Situação (1) Respondido **1.02c** _____
(2) Recusado
(3) Não encontrado

Referências

Telefone **1.03a** _____
Telefone de referência **1.03b** _____
Referência **1.03c** _____

2 - INFORMAÇÕES PESSOAIS

Perguntas sobre seus dados pessoais (respostas fornecidas pela puérpera)

Idade

Qual a sua data de nascimento? **2.01a** ____/____/____
Qual sua idade completa (anos completos)? **2.01b** _____

Raça/cor da pele? (só observar)

(1) Amarela **2.02** _____
(2) Branca
(3) Indígena
(4) Parda
(5) Preta

Até que série completou no colégio, com aprovação? Série **2.03a** _____
Grau **2.03b** _____

A senhora tem alguma atividade profissional?
(0) Não **2.03c** _____
(1) Sim
Qual? (NSA=8) **2.03c1** _____

A senhora pratica alguma religião?
(0) Não **2.04** _____
(1) Sim
Qual? (NSA=8) **2.04a** _____

A senhora tem outros filhos além deste?

Menores de 1 ano	2.05a	_____
De 1 a 7 anos	2.05b	_____
De 8 a 12 anos	2.05c	_____
De 13 a 18 anos	2.05d	_____
Mais de 18 anos	2.05e	_____

3 - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

(Perguntas sobre sua casa e as pessoas que moram nela)

Quantas pessoas moram nesta casa, e qual sua idade?

Até 5 anos	3.01a	_____
6 a 14 anos	3.01b	_____
Entre 15 e 19 anos	3.01c	_____
Entre 20 e 69 anos	3.01d	_____
70 anos ou mais	3.01e	_____
Total	3.01f	_____

Na sua casa a senhora tem: CASO AFIRMATIVO: Está funcionando?

Rádio	(0) Não (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais	3.02a	_____
Geladeira	(0) Não (2) Sim	3.02b	_____
Freezer	(0) Não (1) Sim	3.02c	_____
Carro	(0) Não (2) um (4) dois (5) três ou mais	3.02d	_____
Aspirador de pó	(0) Não (1) Sim	3.02e	_____
Máq. lavar roupa	(0) Não (1) Sim	3.02f	_____
Vídeo cassete	(0) Não (2) Sim	3.02g	_____
TV a cores	(0) Não (1) uma (2) duas (4) três (5) quatro ou mais	3.02h	_____
Banheiro	(0) Não (2) um (3) dois (4) três ou mais	3.02i	_____

Empregado/mês (0) Não **3.02j** _____
 (2) um
 (4) dois ou mais.

**3.03 - No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram nesta casa?
 (MR pessoa de maior renda)**

Pessoa 1 (MR): R\$ **3.03a1** _____
 por **3.03a2** _____
 ou SM **3.03a3** _____

Pessoa 2: R\$ **3.03b1** _____
 por **3.03b2** _____
 ou SM **3.03b3** _____

Pessoa 3: R\$ **3.03c1** _____
 Por **3.03c2** _____
 ou SM **3.03c3** _____

Pessoa 4: R\$ **3.03d1** _____
 Por **3.03d2** _____
 ou SM **3.03d3** _____

A família tem outra fonte de renda (aposentadoria, pensão, aluguel ou outros)

Outras rendas R\$ **3.03e1** _____
 por **3.03e2** _____
 ou SM **3.03e3** _____

AS PERGUNTAS ABAIXO REFEREM-SE A PESSOA DE MAIOR RENDA NA FAMÍLIA

Até que série o chefe da família completou na escola? **Série** **3.04a** _____
Grau **3.04b** _____

SE A PESSOA DE MAIOR RENDA TIVER MAIS DE UM TIPO DE ATIVIDADE, AS PERGUNTAS DEVEM SER DIRIGIDAS A ATIVIDADE QUE RENDE MAIS.

O senhor(a) está trabalhando no momento?

(1) Trabalhando **3.05a** _____
 (2) Desempregado
 (3) Aposentado
 (4) Pensionista
 (5) Encostado
 (6) Estudante
 (7) Outra situação → **Qual?** **3.05a1** _____

Qual o tipo de firma que o senhor <nome do chefe da família> trabalha (ou trabalhava) (RAMO DE ATIVIDADE)?

3.05b _____

Que tipo de trabalho o senhor <nome do chefe da família> faz (ou fez por último)?

3.05c _____

O senhor é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?	
(1) Empregado	3.05d _____
(2) Empregador - número de empregados	_____ → 3.05d1 _____
(3) Conta própria com estabelecimento próprio	
(4) Conta própria sem estabelecimento próprio	
(5) Biscateiro	
(6) Outra	→ Qual? 3.05d2 _____

4 – GESTAÇÃO, PARTO E CUIDADOS COM O BEBÊ

Qual a duração da gestação (em semanas) (Ignorado=9) ?	
(1) 0 – 21	4.01a _____
(2) 22 – 27	
(3) 28 – 36	
(4) 37 – 41	
(5) 42 ou +	

Qual foi o tipo de gravidez (Ignorado=9)?	
(1) Única	4.01b _____
(2) Dupla (Gêmeos)	
(3) Tríplice (Trigêmeos)	
(4) Mais de 3	

Qual o tipo de parto (Ignorado=9)?	
(1) Normal	4.01c _____
(2) Operatório	
(3) Fórceps	
(4) Outro	

Quantas consultas de pré-natal a senhora realizou (Ignorado=99)?	4.01d _____
---	-------------

A senhora teve alguma complicação no parto?	
(0) Não	4.01e _____
(1) Sim	
Qual? (NSA=8)	4.01e1 _____

Quantas vezes a senhora já ficou grávida, incluindo esta última gravidez?	4.02a _____
--	-------------

Quantos filhos vivos a senhora teve?	4.02b _____
---	-------------

Quantos filhos mortos?	4.02c _____
-------------------------------	-------------

Quantos abortos?	4.02d _____
-------------------------	-------------

A senhora tem pressão alta (Ignorado=9) ?	
(0) Não	4.03a _____
(1) Sim, sem confirmação	
(2) Sim, foi o médico ou alguém no Posto de Saúde que lhe disse	

A senhora teve pressão alta durante a gestação (Ignorado=9) ?	
(0) Não	4.03b _____
(1) Sim, sem confirmação	
(2) Sim, foi o médico ou alguém no Posto de Saúde que disse	

A senhora tem diabetes (Ignorado=9) ?	
(0) Não	4.03c _____
(1) Sim, não fez exame para confirmar	
(2) Sim, fez exame de sangue para confirmar	

A senhora ficou diabética durante a gravidez (Ignorado=9) ?	
(0) Não	4.03d _____
(1) Sim, não fez exame para confirmar	
(2) Sim, fez exame de sangue para confirmar	

A senhora teve outro problema de saúde durante a gravidez?			
(0) Não			4.03e _____
(1) Sim	→	Qual?	4.03e1 _____
A senhora planejou ter este bebê?			
(0) Não			4.04a _____
(1) Sim			
O bebê nasceu com saúde (Ignorado=9) ?			
(0) Não			4.04b _____
(1) Sim			
E no momento ele está com saúde?			
(0) Não			4.04c _____
(1) Sim			
O bebê mama:			
(1) Só no peito			4.04d _____
(2) No peito e na mamadeira			
(3) Somente na mamadeira			
		Quanto tempo mamou só no peito (dias) ?	4.04d1 _____

5 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA DA MÃE

A senhora já foi encaminhada para consulta com médico(a) psiquiatra ou psicólogo(a)?			
(0) Não			
(1) Sim	→		5.01 _____
		Que idade tinha (anos) (NSA=88)?	5.01a _____
		Qual o motivo (NSA=88)?	
		5.01b	_____
A senhora já fez tratamento psiquiátrico?			
(0) Não		PULAR PARA A QUESTÃO 5.03	5.02 _____
(1) Sim			
		Que idade tinha (anos) (NSA=88)?	5.02a _____
A senhora necessitou fazer uso de medicação para realizar este tratamento?			
(0) Não		PULAR PARA A QUESTÃO 5.03	5.02b _____
(1) Sim	→	Quais (NSA=8, Ignorado=9) ?	
		5.02b1	_____
		5.02b2	_____
		5.02b3	_____
No momento a senhora faz tratamento psiquiátrico?			
(0) Não		PULAR PARA A QUESTÃO 5.04	5.03 _____
(1) Sim			
A senhora faz uso de alguma medicação como parte deste tratamento?			
(0) Não			5.03a _____
(1) Sim	→	Quais (NSA=8, Ignorado=9) ?	
		5.03a1	_____
		5.03a2	_____
		5.03a3	_____

A senhora em algum momento necessitou ser internada em hospital psiquiátrico e/ou unidade psiquiátrica para tratamento?

(0) Não PULAR PARA A QUESTÃO 5.05 5.04 _____
(1) Sim →

Que idade tinha (anos) (NSA=88)? 5.04a _____

A senhora faz uso de bebida alcoólica?

(0) Não 5.05 _____
(1) Sim

Que idade tinha quando começou a beber (anos) (NSA=88)? 5.05a _____

A senhora fez uso de bebida alcoólica durante a gestação?

(0) Não 5.05b _____
(1) Sim

SE NÃO BEBE NEM BEBEU NA GRAVIDEZ PULE PARA 5.06

Sente-se chateada consigo mesma pela maneira com que costuma beber ?

(0) Não 5.05c _____
(1) Sim
(8) NSA

Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

(0) Não 5.05d _____
(1) Sim
(8) NSA

As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

(0) Não 5.05e _____
(1) Sim
(8) NSA

Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(0) Não 5.05f _____
(1) Sim
(8) NSA

A senhora fuma cigarro de tabaco?

(0) Não 5.06 _____
(1) Sim

Que idade tinha quando começou a fumar (anos) (NSA=88)? 5.06a _____

A senhora fumou durante a gestação?

(0) Não 5.06b _____
(1) Sim

A senhora faz uso de drogas?

(0) Não 5.07 _____
(1) Sim

Que idade tinha quando começou a usar drogas (anos) (NSA=88)? 5.07a _____

Que drogas costuma usar (NSA=88)?

5.07b1 _____

5.07b2 _____

5.07b3 _____

A senhora usou drogas durante esta gestação?

(0) Não 5.07c _____
(1) Sim →

Quais (NSA=8)? 5.07c1 _____

5.07c2 _____

5.07c3 _____

Algumas vezes na vida passamos por situações muito difíceis, e em muitas dessas ficamos desesperados e pensamos ou sentimos vontade de sumir, desaparecer, morrer e até de se matar.

A senhora já pensou ou sentiu vontade de morrer?

(0) Não 5.08 _____
 (1) Sim

→ Que idade a senhora tinha (anos) (NSA=88) ? 5.08a _____

Qual o motivo (NSA=8)? 5.08b _____

A senhora já pensou em se matar?

(0) Não 5.09 _____
 (1) Sim

→ Que idade a senhora tinha (anos) (NSA=88) ? 5.09a _____

Qual o motivo (NSA=8) ? 5.09b _____

A senhora fez algum plano para isso (NSA=8) ?

(0) Não 5.09c _____

(1) Sim

A senhora já tentou se matar?

(0) Não 5.10 _____
 (1) Sim

→ Que idade a senhora tinha (anos) (NSA=88) ? 5.10a _____

Qual o motivo (NSA=8)? 5.10b _____

De que forma (NSA=8)? 5.10c _____

6 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA DA FAMÍLIA

(Aqui o que interessa é o grau de parentesco com a entrevistada)

Alguém na sua família precisou de tratamento psiquiátrico?

(0) Não 6.01 _____
 (1) Sim

Quem (NSA=8)? 6.01a1 _____

6.01a2 _____

6.01a3 _____

Alguém da sua família precisou ser internado em hospital psiquiátrico ou unidade psiquiátrica?

(0) Não 6.02 _____
 (1) Sim

Quem (NSA=8)? 6.02a1 _____

6.02a2 _____

6.02a3 _____

Alguém na sua família se matou?

(0) Não 6.03 _____
 (1) Sim

Quem (NSA=8)? 6.03a1 _____

6.03a2 _____

6.03a3 _____

Alguém na sua família fez/faz de tratamento para parar de beber?
 (0) Não 6.04 _____
 (1) Sim
 Quem (NSA=8)? 6.04a1 _____
 6.04a2 _____
 6.04a3 _____

Alguém na sua família fez/faz de tratamento para parar de usar drogas?
 (0) Não 6.05 _____
 (1) Sim
 Quem(NSA=8)? 6.05a1 _____
 6.05a2 _____
 6.05a3 _____

7 - EVENTOS DA VIDA ESTRESSANTES NOS ÚLTIMOS 6 MESES

A senhora perdeu dinheiro importante nos últimos meses 6 meses?
 (0) Não 7.01 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.01a _____

A senhora fez dívidas das quais não pode pagar nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.02 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.02a _____

A senhora perdeu seu trabalho nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.03 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.03a _____

A senhora mudou de emprego/ocupação nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.04 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.04a _____

Seu parceiro foi preso nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.05 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.05a _____

A senhora perdeu algum filho por morte nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.06 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.06a _____

A senhora perdeu algum filho por desaparecimento nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.07 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.07a _____

A senhora perdeu seu marido por morte nos últimos 6 meses?
 (0) Não 7.08 _____
 (1) Sim → Há quantos meses (NSA=8) ? 7.08a _____

A senhora se separou (separação conjugal) de seu marido companheiro nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.09 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.09a _____
A senhora perdeu por morte pai, mães, irmãos ou irmãs nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.10 _____
(1) Sim	→	
	Quem (NSA=8)?	7.10a1 _____
		7.10a2 _____
		7.10a3 _____
A senhora foi assaltada nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.11 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.11a _____
A senhora foi agredida fisicamente por estranhos nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.12 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.12a _____
A senhora foi estuprada nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.13 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.13a _____
A senhora sofreu algum acidente nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.14 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.14a _____
A senhora perdeu a casa nos últimos 6 meses?		
(0) Não		7.15 _____
(1) Sim	→	
	Há quantos meses (NSA=8) ?	7.15a _____

8 - RELACIONAMENTO CONJUGAL

A senhora vive com seu esposo ou companheiro?		
(0) Não	VÁ PARA A 8.01a	8.01 _____
(1) Sim	VÁ PARA A 8.01b	
Se não vive com companheiro, porquê?		
(1) Solteira		8.01a _____
(2) Viúva		
(3) Separada		
(8) NSA	VÁ PARA A 9.01	
Há quanto tempo dura este relacionamento (<u>meses</u>) (NSA=888) ?		8.01b _____
O seu esposo/companheiro é o pai deste filho?		
(0) Não		8.02 _____
(1) Sim		
A senhora está satisfeita com seu relacionamento conjugal?		
(0) Não		8.03 _____
(1) Sim		

9 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE EDIMBURGO

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido **nos últimos sete dias**, não apenas como você está se sentindo hoje.

Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- (0) Como eu sempre fiz. 9.01 _____
(1) Não tanto como antes.
(2) Sem dúvida menos que antes.
(3) De jeito nenhum.

Eu sinto prezar quando penso no que está para acontecer em meu dia-a-dia?

- (0) Como sempre senti. 9.02 _____
(1) Talvez menos do que antes.
(2) Com certeza menos.
(3) De jeito nenhum.

Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- (3) Sim, na maioria das vezes. 9.03 _____
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- (0) Não, de maneira alguma. 9.04 _____
(1) Pouquíssimas vezes.
(2) Sim, algumas vezes.
(3) Sim, muitas vezes.

Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- (3) Sim, muitas vezes. 9.05 _____
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles. 9.06 _____
(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldades de dormir:

- (3) Sim, na maioria das vezes. 9.07 _____
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- (3) Sim, na maioria das vezes. 9.08 _____
(2) Sim, muitas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não de jeito nenhum.

Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:

- (3) Sim, quase todo tempo. 9.09 _____
(2) Sim, muitas vezes.
(1) De vez em quando.
(0) Não, nenhuma vez.

A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- (3) Sim, muitas vezes, ultimamente. 9.10 _____
(2) Algumas vezes nos últimos dias.
(1) Pouquíssimas vezes, ultimamente.
(0) Nenhuma vez.