

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SÍNDROME DE TRISTEZA PÓS-PARTO:
SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

LUIS AUGUSTO PAIM ROHDE

Orientador: Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello

Porto Alegre, novembro de 1994.

A meus pais,

Luiz Rohde, pelo exemplo de seriedade, amor e dedicação a medicina, mas principalmente pelo estímulo a liberdade de pensamento.

Vera Rita Paim Rohde, pelo cuidado e preocupação com o meu desenvolvimento como pessoa e como médico.

AGRADECIMENTOS

A Ana Luiza Wolf de Souza, Andrea Zomer, Flávio Milman Shansis, Sílvia de Oliveira Martins e Silzá Tramontina, pela ajuda, compreensão e dedicação ao trabalho, sem os quais esta dissertação jamais existiria.

A Dra. Maria Lucrécia Zavaschi, cuja garra, fôlego e entusiasmo pela vida e pela Psiquiatria Infantil servem de exemplo inestimável a todos nós.

A Fernanda, pelo afeto e carinho, sem os quais nenhum trabalho teria sentido.

Ao Dr. Sérgio Lewkowicz, pelo seu estímulo ao meu crescimento pessoal, ajudando-me na busca da sintonia fina entre sentimentos e intelecto.

Ao Dr. Ellis D'Arrigo Busnello, cuja capacidade de pensar de forma inovadora sobre a prestação de serviços, o ensino e a pesquisa médica, tornam-no um homem que transcende o seu tempo.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Epidemiologia	11
1.2. Etiologia	13
1.2.1. Substrato Biológico-Hormonal	14
1.2.2. Base Psicológica	15
1.3. Diagnóstico	16
1.4. Diagnóstico Diferencial	17
1.5. Evolução	21
1.6. Tratamento	21
2. QUESTÃO PRINCIPAL DE PESQUISA	23
3. OBJETIVOS	24
3.1. Objetivos Gerais	24
3.2. Objetivos Específicos	24
4. HIPÓTESES	25
4.1. Hipóteses Conceituais	25
4.2. Hipóteses Operacionais	25

5. MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1. Amostra	27
5.1.1. População Alvo	27
5.1.2. Processo de Amostragem	27
5.1.3. Cálculo do Tamanho Amostral	30
5.2. Delineamento	30
5.3. Variáveis	31
5.3.1. Instrumento	31
5.3.2. Dados Demográficos e Confundidores Potenciais	32
5.4. Proteção dos Direitos Humanos	33
5.5. Estudo-Piloto	34
5.6. Colheita de Dados	34
5.7. Análise dos Dados	36
5.7.1. Em Relação ao Instrumento	37
5.7.2. Análise Descritiva dos Dados	38
5.7.3. Análise Comparativa dos Dados	38
5.7.4. Controle dos Potenciais Confundidores	39
6. RESULTADOS	40
6.1. Tamanho e Perdas Amostrais	40
6.2. Características Demográficas	41
6.2.1. Idade	41
6.2.2. Raça	42
6.2.3. Escolaridade	43
6.2.4. Renda Familiar	43
6.2.5. Situação Conjugal	44
6.3. Comparação dos EP dos Oito Dias Intragrupos	45
6.3.1. No Grupo Teste (Puérperas)	45
6.3.2. No Grupo Controle 1 (Funcionárias do HCPA)	46
6.3.3. No Grupo Controle 2 (Mulheres no Pós-Cirúrgico)	47
6.4. Comparação dos EP de cada Dia Intergrupos	48
6.5. Comparação do Padrão Sintomatológico entre o Grupo Teste e o Controle 1 no Quarto e no Quinto Dia	50
6.6. Controle dos Potenciais Confundidores	51

6.6.1. Para o Primeiro Dia (D ₁)	51
6.6.2. Para o Quarto Dia (D ₄)	54
6.6.3. Para o Quinto Dia (D ₅).....	55
7. DISCUSSÃO	56
7.1. Sobre a Questão de Pesquisa e Objetivos Propostos	56
7.2. Sobre o Método	57
7.2.1. Em Relação ao Grupo Controle Dois	57
7.2.2. Sobre o Instrumento	59
7.3. Sobre os Resultados	59
7.3.1. Características Demográficas	59
7.3.2. Comparação Intragrupo	60
7.3.3. Comparação Intergrupo	61
7.3.4. Controle dos Potenciais Confundidores	62
7.3.5. Padrão Sintomatológico do Quarto e do Quinto Dia de Puerpério	63
7.3.6. Comparação do Padrão Sintomatológico Encontrado nas Puérperas com o de outras Amostras	64
8. CONCLUSÃO	67
9. BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	75

RESUMO

O presente estudo visa avaliar se a Síndrome de Tristeza Pós-parto (STPP) ocorre somente no puerpério imediato, bem como caracterizar o padrão sintomatológico desta síndrome em puérperas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, comparando-o com o de amostras de outros países. Utilizando-se a escala de STPP de Kennerley, comparou-se o padrão sintomatológico de uma amostra de 86 mulheres no puerpério imediato, com o de uma amostra de 75 mulheres em um período aleatório de oito dias consecutivos fora do puerpério e com o de uma amostra de 19 mulheres no pós-operatório imediato. No grupo de puérperas, ocorreu um pico sintomatológico no quinto dia, sendo que a comparação da distribuição dos escores percentuais da escala (EP) durante os oito primeiros dias de puerpério mostrou uma diferença significativa entre os dias ($p < 0,001$). Quando os três grupos foram comparados, encontrou-se uma diferença significativa na distribuição dos EP entre puérperas e mulheres fora do puerpério no quarto e quinto dias ($p < 0,001$). Os sintomas significativamente mais associados ao quarto e quinto dias do puerpério foram choro, sensibilidade e emotividade intensas e flutuações do humor ($p < 0,01$). Este padrão sintomatológico do puerpério imediato é semelhante ao encontrado em amostras de puérperas de outros países. Assim, a STPP caracteriza-se por alterações do estado mental materno no quarto e quinto dias do puerpério, não parecendo refletir apenas alterações cotidianas do funcionamento mental das mulheres. A

síndrome é melhor definida como uma Síndrome de Hipersensibilidade Emocional, parecendo ter características transculturais.

ABSTRACT

This study investigates whether Post-partum Blues Syndrome (PPBS) occurs only during the immediate puerperium and tries to define the symptomatological pattern of the syndrome in post-partum women at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Using the Kennerley scale, a sample of 86 post-partum women was compared with a sample of 75 women from a random period of eight consecutive days out of puerperium and a sample of 19 post-operative women. In the post-partum group, the symptomatological peak occurs on the fifth day and a statistically significant difference was found in the scale's percentile score distribution among the first eight post-partum days ($p < 0,001$). When the three groups were compared, a significant difference was found in the scale's percentile score distribution between post-partum women and women out of puerperium on the fourth and fifth days ($p < 0,001$). The symptoms which were more significantly associated with the fourth and fifth post-partum days were crying, over-emotional, over-sensitive and mood fluctuations ($p < 0,01$). This immediate puerperium symptomatological pattern is similar to the ones found in other countries' samples. Then, PPBS is characterized by maternal mental state alterations in the fourth and fifth puerperium days. These differences are not due to woman's day by day mental state fluctuations. The syndrome seems better defined as a Emotional Oversensitive Syndrome with cross-cultural dimension.

1 - INTRODUÇÃO

As primeiras referências a Síndrome de Tristeza Pós-parto apareceram na literatura médica no final do Século XIX. O termo “febre do leite” foi usado por Savage em 1875, visto que as alterações do humor características da síndrome apareciam coincidentemente com o início da lactação. Um outro sinônimo “tristeza do terceiro dia” foi utilizado por razões similares (Yalom e cols., 1968). Estudos mais sistemáticos sobre esta síndrome, entretanto, só começaram a surgir na literatura médica norte-americana e inglesa a partir das décadas de cinquenta e sessenta deste século (Pleshette, Asch e Chase, 1956; Asch, 1964; Pitt, 1968). Nestes trabalhos passou a ser chamada de tristeza pós-parto, tristeza materna, síndrome de tristeza, ou simplesmente tristeza.

Neste estudo, optou-se pela designação Síndrome de Tristeza Pós-Parto (STPP), que atualmente parece ser melhor definida como alterações transitórias e autolimitadas do estado mental materno no puerpério imediato, caracterizada por episódios freqüentes de choro, flutuações do humor, tristeza, irritabilidade, fadiga, confusão, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade, principalmente relacionada ao bebê (Beck, 1991).

Para a estruturação do marco referencial, buscando avaliar os principais aspectos da epidemiologia, etiologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, evolução e tratamento da STPP

foi realizada uma revisão bibliográfica através do sistema MEDLINE entre os anos de 1966 e 1993, utilizando-se como palavras chaves “Blues, Maternity Blues e Post-Partum Blues”. Todos os artigos em inglês, francês ou italiano encontrados foram revisados.

1.1. EPIDEMIOLOGIA

A incidência de STPP é muito variável na literatura (Beck, 1991). Assim, enquanto em um estudo na Inglaterra a incidência foi de 39% (Handley e cols., 1980), em outro, no mesmo país, ela foi de 76% (Stein, 1980). As incidências de STPP nos principais estudos realizados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Incidência de STPP nos principais estudos

Autor, data	País	Incidência
Yalom e cols., 1968	Estados Unidos	67%
Davidson, 1972	Jamaica	60%
Pitt, 1973	Inglaterra	50%
Handley e cols., 1980	Inglaterra	39%
Stein, 1980	Inglaterra	76%
Harris, 1981	Tanzânia	76%
Condom e Watson, 1987	Austrália	40-61%
Kennerley e Gath, 1989	Inglaterra	43-60%
Okano e Nomura, 1992	Japão	25,5%

A maioria dos trabalhos sobre a STPP foram realizados na Inglaterra, embora ela já tenha sido descrita nos Estados Unidos (Yalom e cols., 1968; Saks e cols., 1985), Itália (Andrioli e cols., 1989), França (Deschênes, 1987), Jamaica (Davidson, 1972) Tanzânia (Harris, 1980; Harris, 1981), Japão (Okano e Nomura, 1992). Estudos realizados na América do Sul não foram encontrados na literatura revisada.

A STPP não parece significativamente associada a fatores demográficos ou sociais, como idade, situação conjugal, ou nível sócio-econômico (Davidson, 1972; Hapgood, Elkind e Wright, 1988; Kennerley e Gath, 1989), embora Ballinger e cols. (1979) e Kennerley e Gath (1989) tenham encontrado uma associação com relações familiares e/ou maritais pobres.

A relação da síndrome com a paridade é controversa. Enquanto Yalom e cols. (1968) e Gard e cols. (1986) mostram uma associação significativa entre primiparidade e STPP, Davidson (1972) encontra, numa amostra de puérperas jamaicanas, associação inversa, ou seja, com multiparidade. Pitt (1973) e Kennerley e Gath (1989) não encontram associação da paridade com a STPP. A maioria dos estudos também não evidencia qualquer relação com outras variáveis obstétricas, como tipo de parto, complicações obstétricas do pós-parto imediato, experiência do parto, tipo ou quantidade de medicação anestésica utilizada, volume de sangramento no parto, ou tempo de hospitalização (Davidson, 1972; Pitt, 1973; Hapgood, Elkind e Wright, 1988; Kennerley e Gath, 1989; Okano e Nomura, 1992).

Da mesma forma, não parece haver associação entre a síndrome e eventos significativos de vida (Davidson, 1972; Pitt, 1973; Paykel e cols., 1980; Stein, 1980; Kennerley e Gath, 1989).

Kennerley e Gath (1989) encontram correlação entre STPP e grau de neuroticismo medido por escala. Entretanto, nem Pitt (1973), nem Nott e cols. (1976), utilizando a mesma

escala acham tal associação. Já a relação STPP e humor deprimido ou ansioso na gravidez parece mais evidente em vários estudos (Davidson, 1972; Nott e cols., 1976; Handley e cols., 1980; Harris, 1980; Stein, 1980; Kennerley e Gath, 1989); embora Newnham e cols. (1984), em um estudo com 43 puerpéras, não encontrem associação da STPP e humor ansioso na gravidez.

Na literatura, também não é evidenciada relação da STPP com história psiquiátrica prévia seja durante o puerpério ou fora dele (Yalom e cols., 1968; Pitt, 1973; Handley e cols., 1980; Harris, 1980; Kennerley e Gath, 1989), exceção para os estudos de Stein (1980) que mostra correlação da STPP de intensidade severa com história de depressão prévia e o de O'Hara e cols. (1991) que encontra associação entre a síndrome e história pessoal e familiar prévia de depressão.

Em resumo, os dados epidemiológicos são inconclusivos e controversos quando analisados globalmente, provavelmente devido a diversidade de métodos diagnósticos empregados nos vários estudos, refletindo a falta de uma definição de STPP precisa e consensual.

1.2. ETIOLOGIA

A etiologia da STPP não é clara. Existem trabalhos sugerindo um substrato biológico-hormonal e outros uma base psicológica para a síndrome.

1.2.1. Substrato Biológico-Hormonal

Uma queda acentuada dos níveis circulantes de estrôgeno e progesterona ocorre após o parto e alguns estudos tem tentado correlacionar as mudanças na concentração plasmática destes hormônios e os sintomas da STPP (Feksi e cols., 1984; Susman e Katz, 1988). Alguns trabalhos encontram evidências indiretas desta associação (Ballinger e cols., 1979; Metz e cols., 1983; Best e cols., 1988), entretanto, três estudos, bem conduzidos metodologicamente, (Nott e cols., 1976; Kuevi e cols., 1983; Gard e cols., 1986) não mostraram relação significativa entre STPP e concentração plasmática de FSH, prolactina, estrôgenos ou progesterona.

Foi relatado um aumento do cortisol sérico no terceiro e quarto dia de pós-parto nas mulheres com STPP (Okano e Nomura, 1992), o que poderia ter relação com o estresse do parto. Entretanto, dois outros estudos não encontraram tal aumento (Nott e cols., 1976; Kuevi e cols., 1983).

A principal evidência de um substrato biológico para a STPP é a correlação encontrada em alguns estudos (Handley e cols., 1977; Handley e cols., 1980; Gard e cols., 1986) entre distúrbios na regulação do triptofânio plasmático durante o puerpério imediato e a síndrome. O significado clínico deste achado é desconhecido, embora, muito provavelmente, este distúrbio possa ser um marcador de algum mecanismo predisponente subjacente.

A associação entre STPP e Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) encontrada em alguns trabalhos (Nott e cols., 1976; Clare, 1985; Kennerley e Gath, 1989) é outra evidência de um substrato biológico.

Por fim, há relatos de associação da STPP com alterações da sensibilidade para ligação de receptores cerebrais GABA_A (Majewska, Ford-Rice e Falkay, 1989), com alterações de

catecolaminas circulantes (Kuevi e cols., 1983), ou de seus metabolitos excretados na urina (Garnier e cols., 1985) e com modificações da atividade da Monoamino Oxidase (MAO) plaquetária (George e Wilson, 1981).

1.2.2. Base Psicológica

Durante a gravidez, são extremamente comuns fantasias a respeito do bebê que irá nascer. É o chamado bebê imaginário. Nas situações em que este bebê imaginário é muito diferente daquele que efetivamente nasce, foi sugerido que as mães apresentam uma reação de luto pela perda deste filho imaginário. Esta reação seria o que chamamos de STPP (Soulé, 1987). Entretanto, um estudo, bem conduzido metodologicamente, que testou esta hipótese não encontrou relação significativa entre a discrepância bebê imaginário/bebê real e STPP (Condom e Watson, 1987). Handley e cols. (1980) avaliando apenas a discrepância do sexo desejado e o real do bebê também não encontraram relação desta diferença com STPP.

Em relação ao parto, Knight e Thirkettle (1987) mostram, em um estudo com 96 primíparas, que as expectativas sobre o parto, a experiência do parto e a concordância entre o parto esperado e o real não predizem a STPP.

Brudal (1983) estudando uma amostra de homens no puerpério imediato demonstra a existência de sintomas bastante semelhantes aos encontrados em mulheres com STPP. Como não se espera a ocorrência em homens de alterações hormonais características das mulheres no puerpério imediato, esta é uma evidência sugestiva de uma base psicológica para a STPP.

Em resumo, as evidências mais fortes sugerem um substrato biológico para a STPP, embora o exato mecanismo envolvido não esteja claro ainda. É provável que uma disfunção da regulação do triptofânio plasmático no puerpério imediato possa estar envolvido.

1.3. DIAGNÓSTICO

Uma das maiores limitações das pesquisas sobre a STPP encontra-se na área dos instrumentos para diagnóstico. Assim, os estudos mais antigos usavam instrumentos não construídos especificamente para medir a STPP. Na grande maioria, eram escalas de depressão, como a Escala de Depressão de Beck (Beck, 1991).

Outro método diagnóstico usado foi a avaliação de sintomas-alvo, como o choro que é um dos mais frequentemente identificados nesta síndrome. Entretanto, mesmo as pesquisas que utilizam o choro como critério diagnóstico, não o utilizam de forma uniforme (Beck, 1991).

Três escalas foram construídas especificamente para o diagnóstico da STPP, a escala de Pitt (1973), a de Stein (1980) e a de Kennerley e Gath (1989). Contudo, quando avaliadas globalmente, evidencia-se que poucos são os sintomas presentes em comum nas três (Guedeney e cols., 1990). Além disto, a escala de Kennerley e Gath é o único instrumento desenvolvido através de uma metodologia psicométrica sistemática (Beck, 1991).

Em relação a escala de Kennerley e Gath (1989), a validade de conteúdo foi obtida pela utilização inicialmente de um inquerito aberto, para encontrar um conjunto de sintomas frequentes em 100 mulheres no puerpério imediato. Dois rascunhos do questionário original com 49 itens foram revisados baseados nos achados provenientes de quatro amostras diferentes de puérperas. Desta maneira, o número de itens foi reduzido na versão final para 28 itens. A

validade de construção do instrumento foi avaliada através de uma análise de blocos. Nesta escala, a mãe é solicitada a indicar como se sente naquele dia em relação a cada um dos 28 itens. Primeiramente, ela indica se tem experienciado, ou não, um determinado sentimento ou sintoma no dia em questão. Em caso afirmativo, especifica o grau de mudança, se é que algum ocorreu, na sua forma usual de ser.

Em função da diversidade de métodos empregados para o diagnóstico da STPP, o quadro clínico não é preciso nem homogêneo quando os vários estudos são revisados globalmente. Os sintomas e sentimentos mais frequentemente citados são: episódios de choro, flutuações do humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, tristeza, sensação de desamparo, confusão, ansiedade, isolamento, cansaço, inquietude e tensão (Kennerley e Gath, 1989; Guedeney e cols., 1990; Lanczik e cols., 1992; Okano e Nomura, 1992). Embora o quadro clínico não seja uniforme, há um consenso na literatura de que a STPP é autolimitada, ocorrendo no puerpério imediato, ou seja, durante os dez primeiros dias de pós-parto (Kennerley e Gath, 1989; Beck, 1991). O dia de pico sintomatológico novamente varia entre os estudos, mas parece situar-se entre o terceiro e o sexto dia de pós-parto (Pitt, 1973; Stein, 1980; Brockington, 1988; Levy, 1987; Kennerley e Gath, 1989).

1.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Em primeiro lugar, a STPP deve ser diferenciada dos outros quadros psiquiátricos prevalentes no puerpério, ou seja, as psicoses puerperais e as depressões puerperais (Murray e Gallahue, 1987; Brockington, 1989).

As psicoses puerperais são transtornos mentais severos que comumente necessitam internação hospitalar. O início dos sintomas normalmente ocorre nas primeiras quatro semanas

após o parto e a sua incidência situa-se entre 1 a 2 casos por 1000 partos (Inwood, 1989; Beck, 1991). O quadro clínico geralmente toma a forma de um transtorno afetivo ou esquizoafetivo, com alguns elementos que lembram uma síndrome cerebral orgânica aguda. Assim, os principais sintomas são: delírios frequentemente sobre temas relacionados ao bebê, alucinações, incoerência ou perda de associações, confusão, labilidade do humor e estados delirantes transitórios (Brockington, 1989; Steiner, 1990; Beck, 1991). O risco de suicídio ou infanticídio é superior a 10% (Inwood, 1989). Na literatura, é controverso se as psicoses puerperais são transtornos mentais específicos do puerpério, ou se refletem um transtorno mental mais geral que tem como fator desencadeante o puerpério (Inwood, 1989). Entretanto, parece que as mulheres com psicoses puerperais frequentemente tem outros episódios da doença, não relacionados a nascimento, tanto antes quanto após o transtorno puerperal e encontra-se uma morbidade psiquiátrica aumentada nos seus parentes de primeiro grau (Steiner, 1990).

A depressão puerperal têm o seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, tendo um pico de incidência entre a quarta e a sexta semana de puerpério. A incidência situa-se entre 10-20% das puérperas. O quadro clínico geralmente é o de um Episódio Depressivo Maior, com a presença de tristeza, sentimentos de inadequação, fadiga, insônia e anhedonia. Podem estar presentes ideação suicida ou infanticida, embora o infanticídio ou suicídio ocorram em menos de 5% dos casos. Em termos de severidade, é um quadro intermediário entre a STPP e as psicoses puerperais. Pode ter um curso crônico, implicando em dificuldades do ajustamento familiar, mas principalmente pode causar sérios prejuízos para o desenvolvimento psico-social do bebê (Davidson e Robertson, 1985; Brockington, 1989; Inwood, 1989; Steiner, 1990).

Mesmo com estas diferenças, alguns autores consideram a STPP como a ponta mais benigna de um contínuo dos transtornos depressivos do puerpério. Ainda mais, levando-se em conta a incidência aumentada de STPP nas mulheres que mais tarde desenvolverão uma depressão puerperal (Murray e Gallahue, 1987; O'Hara e cols., 1991). Restaria, portanto, a dúvida se a STPP é um transtorno depressivo verdadeiro, uma forma breve de um Episódio Depressivo Maior, ou se é um estado de hipersensibilidade emocional a parte dos transtornos depressivos. Tanto Kennerley e Gath (1989) quanto Lanczik e cols. (1992), avaliando esta questão, mostram que no quadro clínico principal da STPP dominam outros sintomas que não os exclusivamente relacionados a depressão, fortalecendo a impressão de que a STPP é uma entidade em separado dos transtornos depressivos puerperais.

Outro aspecto controverso na literatura é se a STPP é uma síndrome específica do puerpério imediato, ou se, na verdade, reflete apenas flutuações normais do humor das mulheres fora do puerpério, ou ainda se não é somente uma resposta não específica a um estresse maior, como uma cirurgia, por exemplo.

Knight e Thirkettle (1986), O'Hara e cols. (1991) e Okano e Nomura (1992), comparando amostras de puérperas com grupos controle de mulheres fora do puerpério, mostram claramente um padrão sintomatológico diferente entre as puérperas e os controles normais nos três estudos, fortalecendo a idéia de que a STPP não é apenas a representação de flutuações do humor que ocorrem no dia a dia das mulheres, associadas a estresses cotidianos. Entretanto, todos estes estudos apresentam limitações importantes. Nas pesquisas de Knight e Thirkettle (1986) e O'Hara e cols. (1991), não são utilizados instrumentos diagnósticos específicos para STPP, mas sim escalas visuais-análogas para ansiedade e depressão. Knight e Thirkettle (1986) analisam dados sem distribuição normal através de estatística paramétrica. A

amostra de Okano e Nomura (1992) é pequena (47 puérperas) e não é aleatória. Além disto, as puérperas são acompanhadas apenas por cinco dias após o parto.

Levy (1987) não encontra diferenças significativas no padrão sintomatológico de mulheres no puerpério imediato quando comparado ao de mulheres no pós-operatório imediato de cirurgias ginecológicas. Entretanto, a amostra de puérperas neste estudo é pequena (37 puérperas) e não é aleatória. O índice de perdas amostrais no grupo de puérperas é alto (30%) e desproporcional com o índice de perdas no grupo de mulheres submetidas a cirurgia (5%), sendo que este último não é homogêneo, contendo vários tipos de cirurgias ginecológicas, inclusive de câncer. Outros potenciais confundidores também não são controlados. Iles, Kennerley e Gath (1989), num estudo com maiores cuidados metodológicos, encontram diferenças significativas no padrão sintomatológico entre um grupo teste e um controle de características similares aos de Levy. O grupo teste foi composto de 87 puérperas com idade variando entre 16 e 41 anos, sendo que 93% delas tinham entre 20 e 39 anos, 96% viviam com companheiro e 72% eram provenientes da classe média. O grupo controle foi composto de 56 mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas. Entretanto, novamente neste estudo o grupo controle engloba vários tipos de cirurgia, inclusive para câncer de cervix uterino. Os autores analisam dados sem distribuição normal através de estatística paramétrica.

Em resumo, a STPP parece ser uma síndrome separada dos transtornos depressivos puerperais, mas não está claro se ela é uma síndrome específica do puerpério imediato, em função das limitações metodológicas dos poucos estudos que avaliam esta questão.

1.5. EVOLUÇÃO

Vários estudos evidenciam associação significativa entre a presença da STPP no puerperal imediato e o desenvolvimento posterior de Depressão Puerperal no puerpério tardio ou remoto (Pitt, 1968; Paykel e cols., 1980; Cox, Connor e Kendell, 1982; Murray e Gallahue, 1987; Hapgood, Elkind e Wright, 1988; Rouillon e cols. 1992). Isto torna o conhecimento e a identificação do STPP de mais alta relevância clínica, no sentido de poder-se identificar uma parcela de puérperas mais propensas a uma depressão puerperal.

Além disto, alguns estudos tem mostrado presença significativamente aumentada de problemas de interação precoce mãe-bebê nas puérperas com STPP (Dalton, 1971; Pitt, 1973; Martin e cols., 1989). É bem estabelecida a relação de dificuldades de interação precoce mãe-bebê e problemas no desenvolvimento psicossocial dos bebês. (de Château e Wiberg, 1984). Assim, a identificação da STPP têm relevância clínica não só para a possível prevenção de transtornos depressivos na mãe, como também para a prevenção de transtornos no desenvolvimento dos bebês.

1.6. TRATAMENTO

Como mencionado acima, a STPP é autolimitada, refletindo alterações transitórias do estado mental materno no puerpério imediato. Intervenções psicofarmacológicas não são necessárias (Oates, 1986). Entretanto, em função dos distúrbios na regulação sérica do triptofânio encontrados em alguns estudos, Harris (1980) testou o uso de L-triptofânio em mulheres no puerpério imediato, através de um ensaio clínico, controlado e duplo cego.

Contudo, não encontrou diferenças significativas na sintomatologia medida pela escala de Pitt para STPP entre o grupo que recebeu a medicação e o que recebeu placebo.

O manejo da STPP começa idealmente antes do parto, através da explicação para a paciente, para o companheiro e/ou família sobre a possibilidade da ocorrência da síndrome no pós-parto imediato, enfatizando o carácter benigno da mesma. No puerpério é importante naquelas mulheres que desenvolverem a STPP, a quebra do ciclo preocupação-insônia-fadiga, através do estímulo de uma hora regular para dormir e do uso progressivo de técnicas de relaxamento. Neste momento, também é imprescindível uma comunicação empática com a paciente, permitindo-lhe a ventilação de seus sentimentos e provendo-lhe uma atmosfera de segurança. Por fim, deve-se orientá-la a retornar para reavaliação se os sintomas permanecerem após o puerpério imediato, ou se surgirem novos sintomas de cunho depressivo (Carnes, 1983).

2. QUESTÃO PRINCIPAL DE PESQUISA

A STPP é uma entidade diagnóstica específica do puerpério imediato?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

1. Avaliar se a STPP ocorre somente no puerpério;
2. Caracterizar o quadro clínico e a sintomatologia da STPP em puérperas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar se a STPP é uma síndrome específica do puerpério, ou se é uma reação inespecífica ao estresse;
2. Identificar quais os sintomas que fazem parte do quadro clínico da STPP em puérperas do HCPA;
3. Identificar o momento de pico sintomatológico da STPP em puérperas do HCPA;
4. Averiguar se o padrão sintomatológico das puérperas do HCPA é similar ao de amostras de puérperas de outros países;

4. HIPÓTESES

4.1. HIPÓTESES CONCEITUAIS

1. A STPP é uma entidade diagnóstica específica do puerpério.
2. A STPP é uma síndrome transcultural.

4.2. HIPÓTESES OPERACIONAIS

1. A distribuição dos escores na escala de Kennerley para alguns dos oito primeiros dias do puerpério será significativamente diferente do que a distribuição dos escores para o dia equivalente quando a mesma escala for aplicada durante oito dias consecutivos em mulheres normais fora do puerpério ($\alpha \leq 0,01$).
2. A distribuição dos escores na escala de Kennerley para alguns dos oito primeiros dias do puerpério será significativamente diferente do que a distribuição dos escores

para o dia equivalente quando a mesma escala for aplicada durante os oito primeiros dias do pós-operatório ($\alpha \leq 0,01$).

3. O padrão sintomatológico de alguns dos primeiros oito dias de puerpério avaliado pela escala de Kennerley será significativamente diferente do padrão sintomatológico avaliado pela mesma escala no dia equivalente em mulheres normais fora do puerpério ($\alpha \leq 0,01$).
4. O padrão sintomatológico das puérperas do HCPA será similar ao de puérperas de outros países.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. AMOSTRA

5.1.1. População-Alvo

Mulheres entre 18 e 45 anos residentes na cidade de Porto Alegre que trabalhem no HCPA, ou que tenham tido parto ou tenham se submetido a salpingoplastia ou colecistectomia tradicional neste hospital.

5.1.2. Processo de Amostragem

A) Grupo Teste (Mães no puerpério): Amostragem aleatória sistemática. Foi sorteado um dia por semana, utilizando-se as três primeiras que tiveram parto neste dia, desde que preenchidos os critérios de inclusão/exclusão. Quando a mãe não concordava em participar da pesquisa ou não preenchia os critérios de inclusão/exclusão, foi utilizada a mãe que teve parto imediatamente após e assim sucessivamente.

* Critérios de Inclusão:

- mulheres residentes na cidade de Porto Alegre.
- mulheres com idade entre 18-45 anos.

* Critérios de Exclusão:

- mãe ou bebê com complicação pós-parto que implicasse em permanência no hospital por mais de 72 horas no puerpério imediato.
- parto gemelar.
- presença de patologia mental materna severa como, por exemplo, psicose puerperal, retardo mental moderado, severo ou profundo e Síndrome Cerebral Orgânica.
- analfabetismo.

B) Grupo Controle 1 (Mulheres normais fora do puerpério): Amostragem aleatória.

Foram sorteadas duas mulheres por semana, a partir de uma lista contendo todas as funcionárias do HCPA, desde que preenchidos os critérios de inclusão/exclusão. Quando a funcionária não concordava em participar da pesquisa, estava em férias ou licença, ou não preenchia os critérios de inclusão/exclusão, foi sorteada outra funcionária do HCPA e assim sucessivamente.

* Critérios de Inclusão:

- mulheres residentes na cidade de Porto Alegre.
- mulheres com idade entre 18-45 anos.

* Critérios de Exclusão:

- analfabetismo.

C) Grupo Controle 2 (Mulheres submetidas a cirurgia): Amostragem sistemática. Durante o período de uma semana, foi utilizada a primeira mulher submetida a colecistectomia não laparoscópica e a primeira submetida a salpingoplastia, desde que preenchidos os critérios de inclusão/exclusão. Quando a paciente não concordava em participar da pesquisa, não preenchia os critérios de inclusão/exclusão, ou a cirurgia era cancelada, utilizava-se a próxima mulher submetida na semana a uma destas duas cirurgias e assim sucessivamente.

* Critérios de Inclusão:

- mulheres residentes na cidade de Porto Alegre.
- mulheres com idade entre 18-45 anos.

* Critérios de Exclusão:

- colecistectomia não laparoscópica ou salpingoplastia com complicação infecciosa, traumática, anestésica ou hemorrágica que implicasse em um tempo de hospitalização pós-cirúrgico superior a 72 horas.
- presença de patologia mental severa como, por exemplo, quadro psicótico, retardo mental moderado, severo ou profundo e Síndrome Cerebral Orgânica.
- analfabetismo.

5.1.3. Cálculo do Tamanho Amostral

A) Grupo Teste: 84 mães. Este é o número de puérperas necessário para caracterização do quadro clínico e da sintomatologia da STPP em puérperas do HCPA, considerando-se uma incidência de STPP em puérperas em torno de 50% e uma população-alvo em torno de 3600 puérperas/ano no HCPA. O poder do estudo (1-Beta) foi fixado em 80% e o alfa em 5%, estimando-se em 10% as perdas amostrais.

B) Grupo Controle 1: 56 funcionárias.

C) Grupo Controle 2: 56 mulheres.

Para o estudo comparado (teste da hipótese conceitual 4.1; 1.) não foi possível realizar-se o cálculo do tamanho amostral a priori, pois não se dispunha de dados sobre a frequência em que ocorrem os sintomas característicos da STPP em mulheres normais fora do puerpério ou no pós-operatório imediato. O tamanho da amostra nos grupos para o teste desta hipótese baseou-se no tamanho amostral de outros estudos semelhantes.

5.2. DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de coorte, sendo o fator em estudo o puerpério e o desfecho a STPP.

5.3. VARIÁVEIS

5.3.1. Instrumento

O instrumento escolhido para a avaliação do padrão sintomatológico das mulheres durante o puerpério imediato (Grupo teste), um período aleatório de vida (Grupo controle 1) e durante o período pós-cirúrgico imediato (Grupo controle 2) foi a Escala de STPP de Kennerley.

A tradução da escala seguiu os passos iniciais sugeridos por Vallerand (1989). Em primeiro lugar, o instrumento foi traduzido do inglês para o português por uma tradutora. Em seguida, a retrotradução para o inglês foi realizada por outra tradutora. A comparação da versão original em inglês com a retrotraduzida, mostrou um alto grau de concordância. Alguns termos foram modificados pela equipe de pesquisa, buscando uma linguagem mais acessível, em função das características sócio-culturais da população em que a escala seria aplicada. A versão em português resultante deste processo foi então utilizada num grupo de 14 puérperas, para verificação de sua adequação. Novos ajustes foram necessário, resultando disto a versão final em português da Escala de STPP de Kennerley utilizada neste estudo (Anexo 1). Além disto, um glossário explicativo dos itens da escala foi construído (Anexo 2).

Foi realizado um treinamento prévio de 10 horas para os seis entrevistadores que aplicaram a escala. O treinamento constitui-se de discussões sobre os itens da escala e sobre o glossário explicativo, bem como de aplicações do instrumento em conjunto. O objetivo deste treinamento foi de que os entrevistadores pudessem esclarecer da maneira mais uniforme possível as dúvidas das mães sobre como responder e sobre o significado de qualquer item do instrumento.

5.3.2. Dados Demográficos e Confundidores Potenciais

Os seguintes dados demográficos e potenciais confundidores foram levantados através de um questionário (Anexo 3):

- Idade;
- paridade no grupo teste;
- tipo de parto no grupo teste;
- raça;
- escolaridade;
- renda familiar;
- situação conjugal;
- tempo de hospitalização nos grupos teste e controle 2;
- morte ou doença importante em pessoa próxima nos últimos 6 meses;
- problema significativamente importante na vida nos últimos 6 meses;
- possibilidade de transtorno mental;
- utilização de meperidina como medicação analgésica no pós-parto ou pós-cirúrgico;
- possibilidade de Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) nos grupos controles 1 e 2;

Para avaliação da renda familiar foi utilizado o seguinte índice:

$$\text{NSMP} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de salários mínimos recebidos pela totalidade de moradores da casa}}{\text{n}^\circ \text{ de moradores adultos} + \frac{\text{moradores menores de 10 anos}}{2}}$$

onde NSMP = n° de salários mínimos por pessoa (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente apud Busnello, 1976).

Em relação a possibilidade de transtorno mental, as mulheres com história prévia de internação psiquiátrica ou com história de uso de medicação psiquiátrica que não benzodiazepínicos foram consideradas como com possibilidade de terem transtorno mental. As demais foram consideradas como não tendo esta possibilidade.

Nos grupos controle, as mulheres que em qualquer dos dias de preenchimento da escala estivessem no período do ciclo menstrual compreendido entre sete dias antes do início do fluxo menstrual ou até 3 dias após o início do mesmo, foram consideradas como com possibilidade de terem STPM. As demais foram consideradas como não tendo esta possibilidade.

5.4. PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O projeto da presente pesquisa foi avaliado pelas chefias dos serviços de ginecologia e obstetria e de cirurgia, bem como pela comissão de ética do HCPA, obtendo parecer favorável.

As participantes foram informadas sobre o estudo verbalmente, tendo sido convidadas a participarem de uma pesquisa que visava conhecer os sintomas e reações emocionais das mães no puerpério imediato, quando comparados aos sintomas e reações emocionais das mulheres em outro momento de vida. Foram informadas que deveriam preencher por 8 dias um questionário simples sobre como estavam se sentindo em cada um destes 8 dias e que receberiam visitas durante a hospitalização, o trabalho no HCPA, visitas domiciliares e/ou telefonemas, para lhes ajudar nas suas dúvidas quanto ao questionário e para buscar o mesmo.

Foi solicitado a todas as participantes um consentimento - informado por escrito (Anexo 4).

5.5. ESTUDO-PILOTO

Um estudo piloto com 20 mulheres foi realizado para uma maior familiarização com o instrumento e para o aperfeiçoamento do processo de colheita de dados. A maioria eram puérperas e algumas poucas eram funcionárias do HCPA ou estavam no pós-operatório de colecistectomia não laparoscópica.

Através deste estudo piloto evidenciou-se:

- A possibilidade de efetivamente acompanhar-se as puérperas por apenas 8 dias após o parto, já que havia uma queda da sintomatologia a partir do sexto dia;
- A impossibilidade prática de realizar-se visitas domiciliares todos os dias após a alta da paciente até o oitavo dia de puerpério ou pós-cirúrgico;
- A impossibilidade de solicitar-se a devolução das escalas pelo correio, evitando-se as visitas domiciliares, já que o índice de retorno era inferior a 20%;
- A impossibilidade de realizar-se uma amostragem aleatória para o Grupo Controle 2, já que o número de colecistectomias não laparoscópicas e salpingoplastias realizadas semanalmente no HCPA que preenchessem os critérios de inclusão/exclusão era muito baixo.

5.6. COLHEITA DE DADOS

Foi realizada de junho de 1993 até maio de 1994. Durante este período, foi suspensa nas duas últimas semanas de julho a dezembro de 1993, no mês de fevereiro de 1994 e durante uma semana de abril de 1994. Ocasionalmente, durante alguma das semanas da pesquisa, um dos seis entrevistadores não pôde realizar a colheita dos dados.

O processo de colheita dos dados foi o seguinte:

A) Grupo Teste: Durante a hospitalização, no primeiro dia de pós-parto a mãe selecionada recebeu a visita do entrevistador preferencialmente no período da tarde. Foi informada sobre o estudo e foi lhe solicitado que preenchesse o consentimento-informado por escrito. Foi lhe entregue a escala de STPP de Kennerley, ficando-se junto a ela enquanto preenchia o instrumento, esclarecendo suas dúvidas. No primeiro dia, caso a mãe solicitasse, o entrevistador pontuava a escala junto com ela, fazendo-lhe as perguntas verbalmente. Neste momento, também era entregue para a mãe o glossário explicativo dos itens da escala, para que ela pudesse utilizá-lo, se surgisse alguma dúvida sobre algum item. No segundo dia de pós-parto, o entrevistador visitava a mãe preferencialmente a tarde também. Entregava-lhe a escala de STPP de Kennerley, para que ela preenchesse. Esclarecia-lhe as dúvidas. Neste dia, também era aplicado o questionário sobre os dados demográficos e potenciais confundidores. Por fim, entregava-lhe um envelope contendo seis cópias da escala, uma para cada dia do puerpério imediato até o 8º dia e o glossário explicativo dos itens da escala. A mãe era orientada a preencher as escalas preferencialmente a tarde. Visitas domiciliares no 4º e 8º dia eram combinadas.

Após a alta, duas visitas domiciliares para cada mãe eram realizadas. A visita do 4º dia de puerpério tinha a função de esclarecer qualquer dúvida sobre o preenchimento da escala e estimular a continuidade do preenchimento da mesma. A visita do 8º dia, servia para buscar todos os questionários. Caso a mãe tivesse telefone, o entrevistador ligava para ela todos os dias, lembrando-a sobre a escala até o 8º dia de pós-parto, quando ia buscar todas as escalas juntas. No primeiro dia após a alta, o entrevistador também preenchia o item 11 do questionário sobre os dados demográficos e potenciais confundidores.

B) Grupo Controle 1: Semanalmente, era sorteado um dia para início da aplicação da escala. No dia anterior, a funcionária sorteada era procurada durante o seu trabalho no HCPA pelo entrevistador. Era informada sobre o estudo e era-lhe solicitado o consentimento-informado por escrito. No dia sorteado, preferencialmente a tarde, o entrevistador entregava a escala de STPP de Kennerley para a funcionária, ficando junto a ela para esclarecer eventuais dúvidas sobre o preenchimento. Com o mesmo objetivo, utilizava o glossário explicativo dos itens da escala. Preenchia com ela o questionário sobre os dados demográficos e potenciais confundidores. Por fim, entregava-lhe um envelope contendo sete escalas de Kennerley, uma para cada dia, até o 8º dia consecutivo e o glossário explicativo dos itens da escala. Orientava-lhe a preenche-la sempre preferencialmente a tarde. Durante estes dias, telefonava-lhe diariamente lembrando-lhe do preenchimento do instrumento. No 8º dia, buscava o envelope contendo todas as escalas.

C) Grupo Controle 2: Segue a mesma rotina do grupo teste, só que ao invés de ser pós-parto é pós-operatório.

5.7. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando-se os programas “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS versão 4.2.) e o “Microcomputer Program for Multiple Logistic Regression” (MULTLR).

5.7.1. Em relação ao instrumento

A pontuação da escala em cada dia foi feita conforme a proposta de Kennerley e Gath (1989). Nos itens 3, 5, 8, 12, 19, 24 e 28, pontuou-se com escore 1 as mães que marcavam que o sintoma encontrava-se “menos do que sempre” ou “muito menos do que sempre”. Nestes itens, a marcação “igual a sempre”, “mais do que sempre” ou “muito mais do que sempre” era pontuada como 0. Nos demais itens, utilizava-se escore 1 para as respostas “mais do que sempre” ou “muito mais do que sempre” e escore 0 para as respostas “muito menos do que sempre”, “menos do que sempre” e “igual a sempre”. Assim a escala foi considerada intervalar de pontuação crescente, sendo possível um escore de 0 a 28, onde o aumento de pontuação implicava em aumento da sintomatologia.

Em cada dia, se mais do que 10% dos itens de escala não fossem preenchidos (3 itens), a escala referente aquele dia não era utilizada na análise dos dados.

As mulheres que, por qualquer razão, não preenchessem a escala por mais de um dia dos oito solicitados eram consideradas perdas amostrais. O mesmo valia para as que deixassem de preencher mais de 10% dos itens da escala em mais de um dia.

Como algumas mulheres poderiam ter pontuação máxima na escala em cada dia igual a 25, 26 ou 27 pontos (respectivamente 3, 2 e 1 itens não preenchidos), o escore na escala para cada dia foi expresso através de um escore percentual. Assim, cada mulher em cada dia poderia ter um escore percentual de 0 a 100, onde novamente o aumento do escore percentual implicava em aumento da sintomatologia.

Assim, o escore percentual da escala em cada dia para cada mulher foi o dado utilizado para a comparação entre os grupos.

5.7.2. Análise Descritiva dos Dados

A análise descritiva dos dados foi realizada utilizando-se a estatística descritiva das frequências simples de cada variável, bem como suas porcentagens.

5.7.3. Análise Comparativa dos Dados

Os escores percentuais da escala (EP) na maioria dos oito dias nos três grupos (teste, controle 1 e 2) não possuem distribuição normal. Logo, utilizou-se estatística não paramétrica, para a análise comparativa dos dados.

Como comparações múltiplas foram realizadas, foi utilizado um nível de significância de 1%.

Utilizou-se o teste de chi-quadrado para a comparação dos sintomas entre o grupo teste e o controle 1.

Para a comparação dos EP entre os oito dias em cada grupo (comparação intragrupo), foi utilizado a análise de variância de Friedman. Para a detecção de quais dias diferiam entre si, utilizou-se o teste da diferença mínima significativa. Quando em algum grupo foi realizada alguma estratificação, a comparação dos estratos foi feita através do teste U de Wilcoxon Mann Whitney.

A análise de variância de Kruskal-Wallis foi usada para a comparação dos EP de cada dia entre os grupos (comparação intergrupo). O teste da diferença mínima significativa foi utilizado para a detecção de quais grupos diferiam entre si em cada dia.

5.7.4. Controle dos Potenciais Confundidores

O Controle dos potenciais confundidores para a comparação de cada dia entre os grupos foi realizado através da análise multivariada de regressão logística.

Inicialmente, uma variável dicotômica chamada “Tristeza” foi criada, utilizando-se como ponto de corte a mediana dos EP do grupo controle 1. Assim, em relação aos grupos ficou definido como caso de “Tristeza” para o dia 1, qualquer mulher de um dos três grupos que tivesse EP maior do que a mediana dos EP do dia 1 no grupo 1. As demais eram consideradas controles para o dia 1. O mesmo raciocínio foi utilizado para cada um dos outros oito dias.

A dicotomização dos potenciais confundidores, bem como a indicação da categoria considerada de risco encontram-se no Anexo 5.

O grupo controle 1 foi utilizado como grupo contraste para a análise de regressão logística.

6. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão descritos em seções, obedecendo a disposição natural dos achados.

6.1. TAMANHO E PERDAS AMOSTRAIS

Fizeram parte da amostra 202 mulheres, tendo ocorrido 22 (10,89%) perdas.

O grupo teste (puérperas) foi constituído de 99 mulheres, ocorrendo 13 (13,13%) perdas. As razões destas perdas foram as seguintes:

- Três (3,03%) mulheres desistiram de continuar na pesquisa;
- Três (3,03%) esqueceram de preencher a escala mais de um dia;
- Duas (2,02%) preencheram incorretamente a escala em mais de um dia;
- Duas (2,02%) perderam o envelope com as escalas;
- O endereço de duas (2,02%) não foi localizado;
- O marido de uma (1,01%) proibiu-a de continuar preenchendo as escalas;

O grupo controle 1 (mulheres fora do puerpério-funcionárias do HCPA) foi constituído de 82 mulheres, tendo ocorrido 7 (8,54%) perdas. As razões destas perdas foram as seguintes:

- Três (3,66%) mulheres desistiram de continuar na pesquisa;
- Duas (2,44%) esqueceram de preencher a escala mais de um dia;
- Duas (2,44%) preencheram incorretamente a escala em mais de um dia;

O grupo controle 2 (mulheres no pós-cirúrgico) foi composto de 21 mulheres, tendo ocorrido 2 (9,52%) perdas. As razões destas perdas foram as seguintes:

- Uma (4,76%) mulher esqueceu de preencher a escala mais de um dia;
- O endereço de uma (4,76%) não foi localizado;

Desta forma, a amostra ficou constituída de 180 mulheres, 86 no grupo teste, 75 no grupo controle 1 e 19 no grupo controle 2. O número de mulheres que esqueceram ou preencheram incorretamente a escala em apenas um dos oito dias em cada um dos grupos foi o seguinte: 8 (9,30%) no grupo teste, 6(8%) no grupo controle 1 e 1 (5,26%) no grupo controle 2. A mediana dos EP para cada dia nos três grupos manteve-se praticamente inalterada quando comparada a amostra com estes casos e sem estes casos. Logo, as mulheres que esqueceram ou preencheram incorretamente a escala em apenas um dos oito dias foram mantidas na amostra e utilizadas para a análise dos dados.

6.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

6.2.1. Idade

A idade dicotomizada (vide Anexo 5) das mulheres nos três grupos distribui-se de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2: Idade dicotomizada das mulheres por grupo

	Grupo	TESTE	CONTROLE 1	CONTROLE 2
Idade dicotomizada		N (%)	N (%)	N (%)
18 - 34 anos		80 (93)	43 (57,3)	11 (57,9)
35 - 45 anos		6 (7)	32 (42,7)	8 (42,1)
Total		86 (100)	75 (100)	19 (100)

6.2.2. Raça

A raça das mulheres nos três grupos distribui-se de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3: Raça das mulheres por grupo

	Grupo	TESTE	CONTROLE 1	CONTROLE 2
Raça		N (%)	N (%)	N (%)
Branca		68 (79,1)	63 (84,0)	9 (50,0)
Negra		8 (9,3)	11 (14,7)	6 (33,3)
Mista		10 (11,6)	1 (1,3)	3 (16,7)
Total		86 (100)	75 (100)	18* (100)

* - Em um caso do grupo controle 2, este dado foi perdido.

6.2.3. Escolaridade

A escolaridade das mulheres foi expressa através de 5 categorias: primeiro grau incompleto e completo, segundo grau incompleto e completo e terceiro grau. A distribuição da escolaridade nos três grupos encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4: Categorias de escolaridade por grupo

Grupo	TESTE	CONTROLE 1	CONTROLE 2
Categorias de Escolaridade	N (%)	N (%)	N (%)
1º grau incompleto	39 (45,3)	1 (1,3)	12 (63,2)
1º grau completo	12 (14,0)	4 (5,3)	1 (5,3)
2º grau incompleto	12 (14,0)	8 (10,7)	2 (10,5)
2º grau completo	15 (17,4)	28 (37,3)	3 (15,8)
3º grau	8 (9,3)	34 (45,3)	1 (5,3)
Total	86 (100)	75 (100)	19 (100)

6.2.4. Renda Familiar

A renda familiar foi expressa através do NSMP (número de salários mínimos por pessoa). A fórmula utilizada para o cálculo deste índice encontra-se no item 5.3.2. A renda familiar expressa através do NSMP foi então dicotomizada, utilizando como ponto de corte 0,75 (vide Anexo 5). A distribuição da renda familiar dicotomizada nos três grupos encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5: Renda familiar dicotomizada por grupo (em NSMP)

Grupo	TESTE	CONTROLE 1	CONTROLE 2
NSMP	N (%)	N (%)	N (%)
Menor ou igual a 0,75	25 (30,9)	1 (1,3)	8 (42,1)
Maior do que 0,75	56 (69,1)	74 (98,7)	11 (57,9)
Total	81* (100)	75 (100)	19 (100)

* Em cinco casos do grupo teste foi perdido este dado.

6.2.5. Situação Conjugal

A situação conjugal foi expressa através de duas categorias: com companheiro e sem companheiro. A distribuição da situação conjugal nos três grupos encontra-se na Tabela 6.

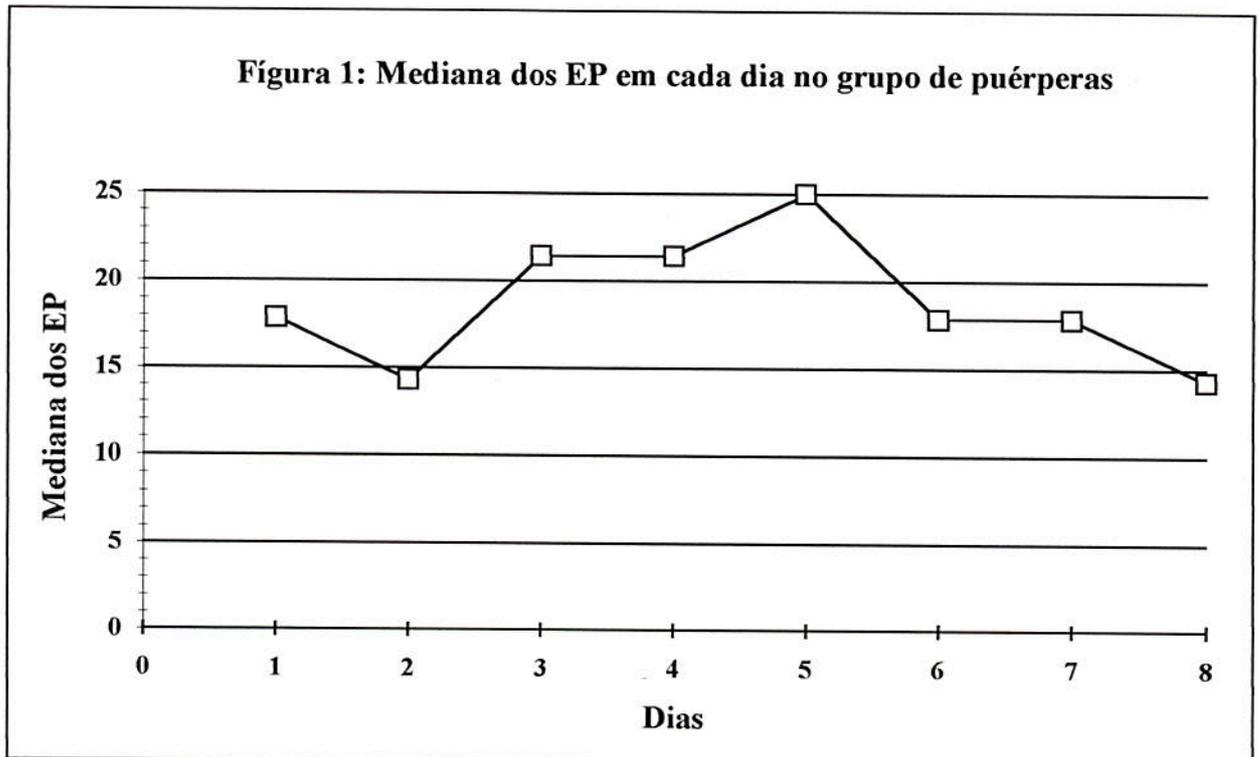
Tabala 5: Situação conjugal por grupo

Grupo	TESTE	CONTROLE 1	CONTROLE 2
Situação Conjugal	N (%)	N (%)	N (%)
Com Companheiro	74 (86,0)	37 (52,0)	14 (73,7)
Sem Companheiro	12 (14,0)	38 (48,0)	5 (26,3)
Total	86 (100)	75 (100)	19 (100)

6.3. COMPARAÇÃO DOS EP DOS OITO DIAS INTRAGRUPO

6.3.1. No grupo teste (puérperas)

A mediana dos EP para cada um dos oito dias no grupo das puérperas encontra-se na Figura 1.



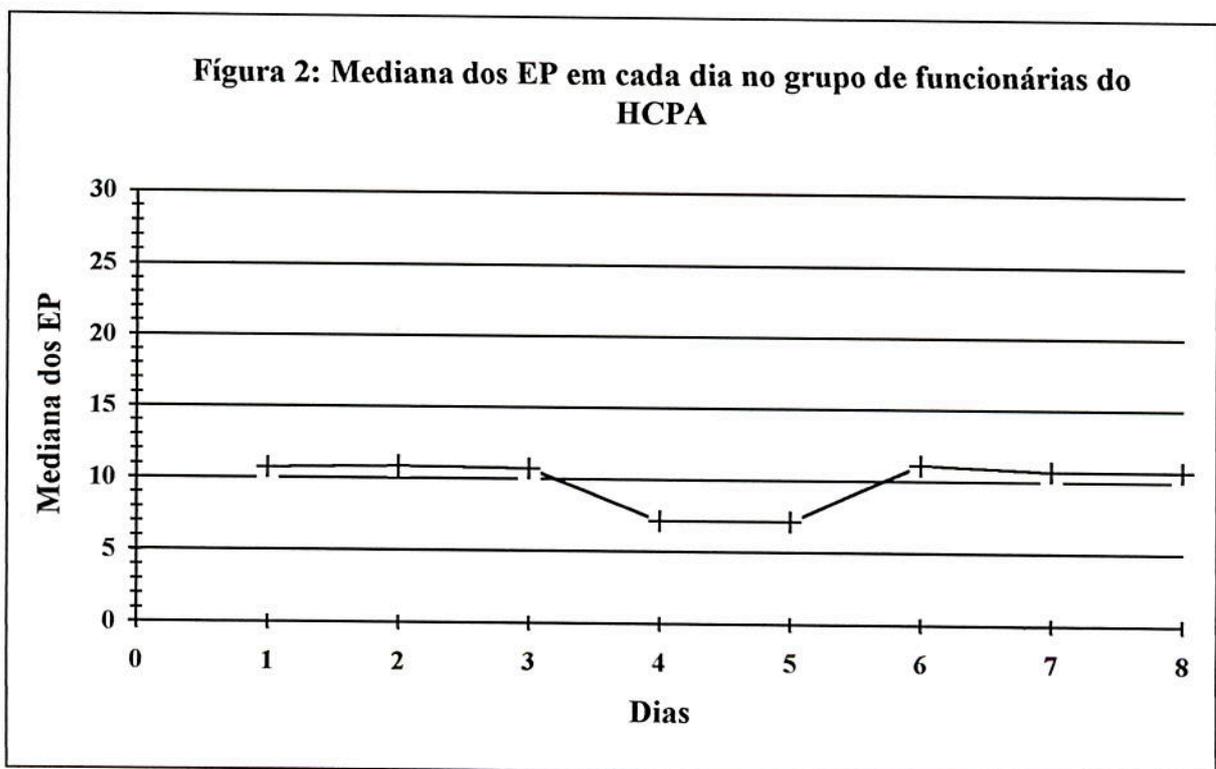
A análise de variância de Friedman mostra que existe diferença significativa entre os dias na distribuição dos EP deste grupo ($\chi^2 = 29,4829$, $gl = 7$, $p = 0,0001$). A diferença significativa na distribuição dos EP é encontrada entre os dias 4 e 8 e 5 e 8.

O grupo de puérperas foi dicotomizado de acordo com a paridade (primíparas vs. múltiparas) e com o tipo de parto (parto normal vs. parto por cesareana). Quando a distribuição dos EP em cada dia foi comparada entre as primíparas e múltiparas não foram encontradas diferenças significativas pelo teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney em nenhum dia.

O mesmo aconteceu quando foram comparadas as mulheres com parto normal com as com parto por cesareana.

6.3.2. No grupo controle 1 (funcionárias do HCPA)

A mediana dos EP para cada um dos oito dias neste grupo encontra-se na Figura 2.



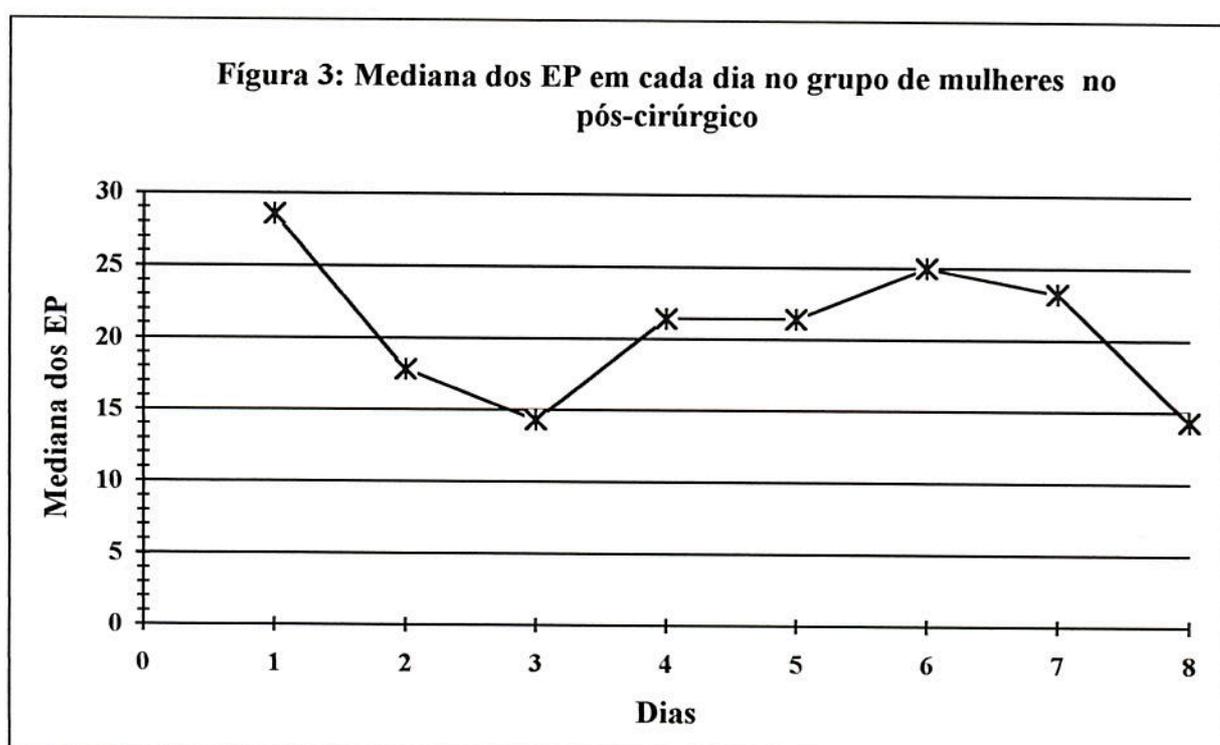
A análise de variância de Friedman não mostrou diferença significativa entre os dias na distribuição dos EP deste grupo ($\chi^2 = 2,7183$, $gl = 7$, $p = 0.9102$).

O grupo de funcionárias do HCPA foi dicotomizado de acordo com a fase em que se encontrava do ciclo menstrual (vide item 5.3.2). Quando a distribuição dos EP em cada dia foi comparada entre as mulheres que se encontravam numa fase do ciclo menstrual onde seria

possível ocorrer STPM e as que não estavam nesta fase não foram encontradas diferenças significativas pelo teste U de Wilcoxon Mann Whitney em nenhum dia.

6.3.3. No grupo controle 2 (mulheres no pós-cirúrgico)

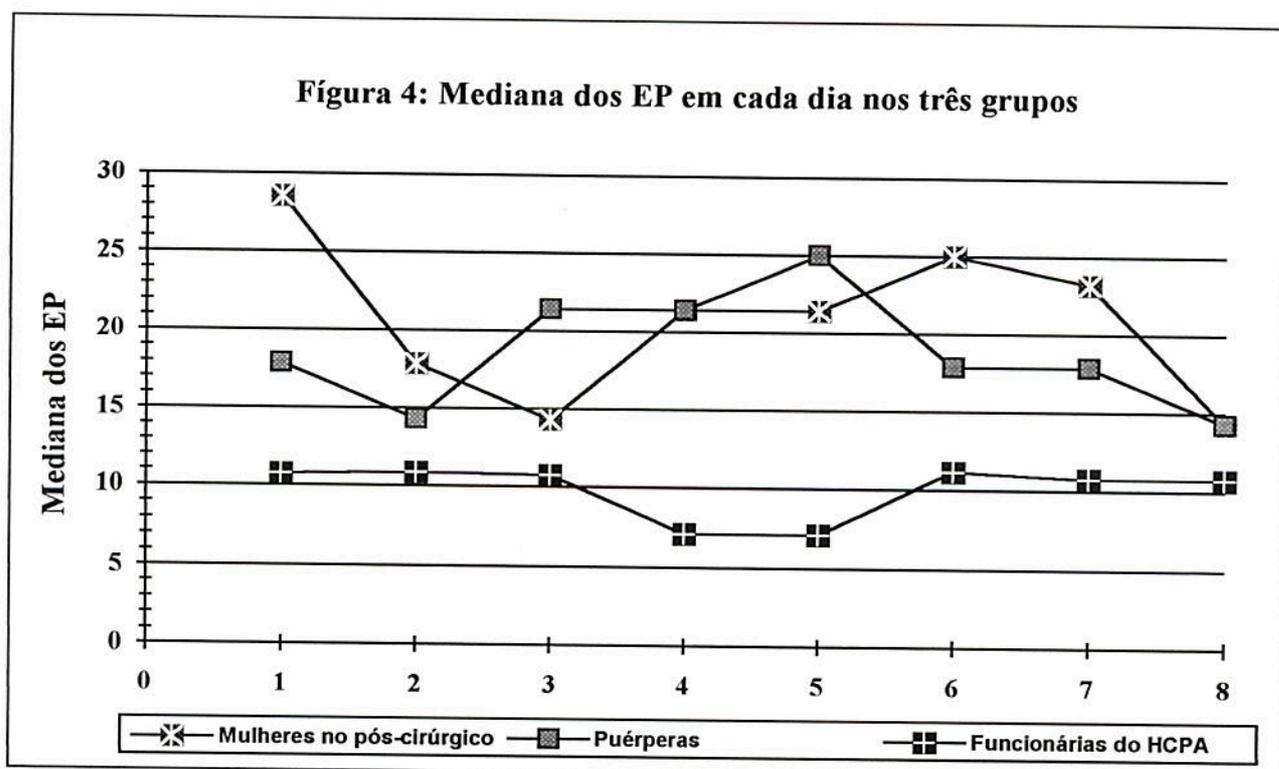
A mediana dos EP para cada um dos oito dias neste grupo encontra-se na Figura 3.



A análise de variância de Friedman não mostrou diferença significativa entre os dias na distribuição dos EP deste grupo ($\chi^2 = 6,7222$, $gl = 7$, $p = 0,4584$).

6.4. COMPARAÇÃO DOS EP DE CADA DIA INTERGRUPOS

A mediana dos EP para cada um dos oito dias nos três grupos encontra-se na Figura 4.



A análise de variância de Kruskal-Wallis mostra que existe diferença significativa entre os grupos nos seguintes dias: primeiro (179 casos, $\chi^2 = 16,0357$, $p < 0,001$), quarto (179 casos, $\chi^2 = 14,7441$, $p < 0,001$) e quinto (180 casos, $\chi^2 = 23,3956$, $p < 0,001$).

No primeiro dia, encontrou-se diferença significativa entre a distribuição dos EP das mulheres no pós-operatório e a das funcionárias do HCPA. A diferença da distribuição dos EP entre as mulheres no pós-operatório e as puérperas não foi significativa para um $\alpha = 0,01$ neste dia, embora seja significativa para um $\alpha = 0,05$. No quarto dia, a diferença significativa ocorreu entre a distribuição dos EP das puérperas e a das funcionárias do HCPA. No quinto

dia, a distribuição dos EP das puérperas e a das mulheres no pós-cirúrgico são significativamente diferentes da do grupo de funcionárias do HCPA. Contudo, a distribuição dos EP das puérperas e das mulheres no pós-operatório não diferem significativamente entre si.

O grupo de puérperas foi novamente dicotomizado pela paridade (primíparas e múltiparas) e pelo tipo de parto (normal e cesareana). A análise de variância de Kruskal-Wallis entre cada um destes estratos e os outros dois grupos manteve os mesmos resultados encontrados quando se utilizou o grupo de puérperas como um todo, ou seja, diferença significativa na distribuição dos EP entre os grupos no primeiro, quarto e quinto dias.

O grupo de funcionárias também foi novamente dicotomizado de acordo com a fase em que a mulher se encontrava do ciclo menstrual. A comparação do estrato das mulheres que não tinham possibilidade de terem STPM com os outros dois grupos manteve os mesmos resultados encontrados quando se utilizou o grupo de funcionárias como um todo. Entretanto, quando, na análise de variância de Kruskal-Wallis, se utilizou apenas o estrato de mulheres que se encontravam numa fase do ciclo menstrual onde seria possível ocorrer STPM, a diferença se manteve significativa entre os grupos apenas para o primeiro dia (125 casos, $\chi^2 = 15,5603$, $p < 0,001$). No quarto dia (125 casos, $\chi^2 = 5,6285$, $p = 0,06$) e no quinto (125 casos, $\chi^2 = 6,7734$, $p = 0,03$) a diferença significativa na distribuição dos EP entre os grupos desapareceu, considerando-se um α de 1%.

6.5. COMPARAÇÃO DO PADRÃO SINTOMATOLÓGICO ENTRE O GRUPO TESTE E O CONTROLE 1 NO QUARTO E QUINTO DIA

Os sintomas e reações associados significativamente ao quarto e/ou quinto dia de puerpério encontram-se na Tabela 7. Utilizou-se o quarto e o quinto dia do grupo controle 1 (funcionárias do HCPA) como contraste.

Tabela 7: Padrão sintomatológico do quarto e/ou quinto dia de puerpério

SINTOMA	DIA 4	DIA 5
Chorosa	++	++
Esquecida, Confusa	+	-
Muito Emotiva	++	++
Tensa	-	+
Deprimida	-	+
Irritada	+	+
Chorando sem Parar	-	+
Muito Sensível	++	+
Com altos e baixos do humor	+	++

- = associação não significativa

+ = associação significativa para $p \leq 0,01$

++ = associação significativa para $p \leq 0,001$

6.6. CONTROLE DOS POTENCIAIS CONFUNDIDORES

O controle dos potenciais confundidores para os três dias onde foram encontradas diferenças significantes entre os grupos foi realizada através de análise multivariada de regressão logística. No modelo de ajuste concomitante utilizou-se todos os potenciais confundidores que apresentaram um $p < 0,20$ isoladamente.

6.6.1. Para o primeiro dia (D₁)

As razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8: Razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo para o D₁.

GRUPO	Razão de Odds	Ic 95%
Análise Bruta		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,74	0,91- 3,32
Pós-cirúrgico	17,47	2,21-138,24
Teste de razão de verossimilhança (2gl): 15,127 p < 0,001		
Análise ajustada para idade(I)		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,46	0,72- 2,94
Pós-cirúrgico	17,82	2,24-141,88
Teste de razão de verossimilhança (3gl): 16,817 p < 0,001		
Análise ajustada para raça (R)		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,69	0,88- 3,25
Pós-cirúrgico	14,21	1,77-114,16

Tabela 8: continuação

GRUPO	Razão de Odds	Ic 95%
Teste de verossimilhança (3gl): 18,146 p < 0,001		
Análise ajustada para escolaridade		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,66	0,78- 3,54
Pós-cirúrgico	16,47	1,96-138,51
Teste de verossimilhança (3gl): 15,178 p = 0,001		
Análise ajustada para renda familiar (RM)		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,35	0,67- 2,72
Pós-cirúrgico	13,35	1,66-107,65
Teste de verossimilhança (3gl): 18,636 p < 0,001		
Análise ajustada para situação conjugal (SC)		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	2,31	1,11- 4,81
Pós-cirúrgico	21,57	2,66-174,72
Teste de verossimilhança (3gl): 18,531 p < 0,001		
Análise ajustada para morte ou doença de pessoa próxima		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,74	0,91- 3,33
Pós-cirúrgico	17,74	2,24-140,61
Teste de verossimilhança (3gl): 15,333 p = 0,001		
Análise ajustada para problema significativo de vida (PV)		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,86	0,96- 3,61
Pós-cirúrgico	20,89	2,60-167,68

Tabela 8: continuação

GRUPO	Razão de Odds	Ic 95%
Teste de verossimilhança (3gl): 19,057 $p < 0,001$		
Análise ajustada para possibilidade de doença mental		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,70	0,89- 3,27
Pós-cirúrgico	18,77	2,33-151,15
Teste de verossimilhança (3gl): 15,956 $p = 0,001$		
Análise ajustada concomitantemente para I, R, RM, SC e PV		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	1,42	0,59- 3,39
Pós-cirúrgico	13,54	1,60-115,02
Teste de verossimilhança (7 gl): 25,219 $p < 0,001$		

A análise multivariada de regressão logística permitiu que os dados fossem analisados por uma outra ótica. As mulheres no primeiro dia de pós-cirúrgico tem um risco 17,47 vezes maior de terem “Tristeza” do que as funcionárias do HCPA, embora este risco esteja provavelmente mais elevado do que o real por um efeito do tamanho amostral reduzido do grupo de mulheres no pós-cirúrgico. Isto fica evidenciado pela amplitude larga do intervalo de confiança. Este risco significativamente maior mantém-se mesmo com o ajuste de todos os potenciais confundidores avaliados (Tabela 8). As puérperas não tem um risco de “Tristeza” no primeiro dia de pós-parto significativamente maior do que as funcionárias do HCPA, mesmo com o ajuste dos confundidores. Na análise de variância de Kruskal-Wallis encontrou-se a mesma coisa, ou seja, uma diferença significativa no primeiro

dia na distribuição dos EP entre as mulheres no pós-cirúrgico e as funcionárias do HCPA, mas não entre as puérperas e as funcionárias do HCPA.

Pelo exposto, as diferenças encontradas entre os grupos no primeiro dia através da análise de variância de Kruskal-Wallis muito provavelmente não estão sendo confundidas por nenhuma das variáveis avaliadas acima.

6.6.2. Para o quarto dia (D₄)

As razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo encontram-se na Tabela 9. A incidência de casos de “Tristeza” nas puérperas neste dia foi de 77,9%.

Tabela 9: Razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo para o D₄

	Grupo	Razão de Odds	Ic 95%
Análise Bruta			
	Funcionárias do HCPA	1,00	
	Puérperas	3,61	1,78-7,30
	Pós-cirúrgico	2,53	0,81-7,82
Teste de verossimilhança (2gl): 13,831			
p = 0,001			

A análise ajustada isoladamente para todos os potenciais confundidores da Tabela 8 manteve o achado da análise bruta, ou seja, no quarto dia somente as puérperas tiveram um risco significativamente maior do que as funcionárias do HCPA de terem “Tristeza”. Entretanto, quando o ajuste concomitante para idade, raça e problema de vida foi realizado, tanto as puérperas quanto as mulheres no pós-cirúrgico apresentaram um risco significativamente maior do que as funcionárias do HCPA de terem “Tristeza”.

De qualquer forma, a diferença entre puérperas e a funcionária do HCPA encontrada no quarto dia, através da análise de variância de Kruskal-Wallis, se mantém mesmo com o ajuste para os potenciais confundidores.

6.6.3. Para o quinto dia (D₅)

As razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo encontram-se na Tabela 10. A incidência de casos de “Tristeza” nas puérperas neste dia também foi de 77,9%.

Tabela 10: Razões de chance de “Tristeza” conforme o grupo para o D₅

Grupo	Razão de Odds	Ic 95%
Análise Bruta		
Funcionárias do HCPA	1,00	
Puérperas	3,35	1,67-6,73
Pós-cirúrgico	16,54	2,09-130,87
Teste de verossimilhança (2gl): 20,593		
p < 0,001		

A análise ajustada isoladamente para todos os potenciais confundidores da Tabela 8, bem como a ajustada concomitantemente para idade e situação conjugal manteve o achado da análise bruta.

Novamente, a diferença na distribuição dos EP entre puérperas e funcionárias do HCPA encontrada no quinto dia, através da análise de variância de Kruskal-Wallis, mantém-se mesmo com o ajuste para os potenciais confundidores.

7. DISCUSSÃO

7.1 SOBRE A QUESTÃO DE PESQUISA E OS OBJETIVOS PROPOSTOS

O estudo adequado dos quadros psiquiátricos do puerpério é fundamental, já que, por exemplo, no primeiro mês de pós-parto, a mulher está exposta a um risco de hospitalização psiquiátrica maior do que em qualquer outro momento de toda a sua vida. Raramente, em psiquiatria, pode-se antecipar tão claramente um período predizível tão perigoso (Inwood, 1989).

Neste contexto, o estudo de STPP assume maior relevância clínica, na medida em que esta síndrome ocorre dentro deste período crítico do puerpério e parece ser um fator de risco significativo para as depressões puerperais. No nosso meio, reveste-se de relevância ainda maior, já que estudos sobre ela não são encontrados.

Entretanto, antes de que pesquisas de enfoque etiológico ou prognóstico possam ser realizadas sobre a STPP, algumas questões devem ser respondidas. Em primeiro lugar, ao falarmos em STPP, estamos nos referindo a uma entidade diagnóstica realmente específica do puerpério? Qual é o padrão sintomatológico desta síndrome nas puérperas do nosso meio?

Este padrão é semelhante ao observado em outros lugares? É neste espaço que a questão principal de pesquisa e os objetivos deste estudo foram propostos.

7.2. SOBRE O MÉTODO

O método escolhido parece adequado aos objetivos do estudo, entretanto, algumas limitações necessitam ser melhor discutidas.

7.2.1. Em relação ao grupo controle 2

Levy (1987) e Iles, Gath e Kennerley (1989) para compararem o padrão sintomatológico de puérperas com o de mulheres no pós-operatório, utilizam pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas. Entretanto, incluíram cirurgias de câncer ginecológico nos seus grupos controle. Isto implica em um vício de seleção, já que as diferenças encontradas no padrão sintomatológico entre puérperas e pacientes no pós-cirúrgico, podem dever-se ao estresse associado ao câncer, ao invés de diferenças reais entre puerpério e período pós-cirúrgico.

Em função disto, optou-se inicialmente por formar-se o grupo controle 2 deste estudo com mulheres submetidas a salpingoplastia. Esta é uma cirurgia onde o tempo de hospitalização pós-cirúrgico é semelhante ao do parto. Além disto, o estresse psicológico, além do da cirurgia em si, é relacionado ao desejo de ter novamente filhos. Logo, o estresse é semelhante ao do parto. Entretanto, o número de salpingoplastias realizadas mensalmente no HCPA era muito baixo, ainda mais levando-se em conta os critérios de inclusão/exclusão deste estudo. Por esta razão, incluiu-se também, neste grupo controle, mulheres submetidas a

colecistectomia tradicional, já que o tempo de hospitalização pós-cirúrgico é semelhante ao do parto.

Este foi o único dos três grupos que não teve amostragem aleatória. Isto ocorreu porque o número previamente avaliado de colecistectomias tradicionais realizadas mensalmente no HCPA diminuiu significativamente no decorrer do estudo, devido ao início do uso sistemático da técnica laparoscópica para a realização desta cirurgia. Então, abandonou-se a amostragem aleatória e utilizou-se uma amostragem sistemática (conforme item 5.1.2.). Mesmo assim, obteve-se apenas 19 pacientes neste grupo.

Este número reduzido de pacientes no grupo controle 2, trouxe limitações para a análise dos dados, principalmente no que se refere as comparações intergrupo. Assim, a comparação do padrão sintomatológico das mulheres no pós-cirúrgico com o das puérperas ficou seriamente prejudicada, implicando que o objetivo geral 1 acabasse sendo parcialmente atendido e por conseguinte a hipótese conceitual 1 parcialmente respondida. Em outras palavras, foi possível demonstrar com segurança diferenças entre as puérperas e as mulheres no dia a dia, mas não entre puérperas e mulheres no pós-operatório. Como a diferença entre a distribuição dos EP das mulheres no pós-operatório e a das puérperas no dia 1 não foi significativa para um $\alpha = 0,01$, mas foi para um $\alpha = 0,05$ é provável que apenas pelo aumento do tamanho amostral deste grupo controle as diferenças encontradas tornariam-se mais significativas. Entretanto, o período de colheita de dados foi de um ano, sendo provavelmente necessário outro ano apenas para duplicar o tamanho amostral do grupo controle 2, o que não nos pareceu factível.

Avaliando-se retrospectivamente, fica evidente que no protocolo de pesquisa deveria ter sido prevista a inclusão de outros tipos de cirurgia neste grupo controle. No andamento do

estudo, existiu sempre a expectativa de que se conseguiria obter um número maior de pacientes, o que efetivamente não foi possível.

7.2.2. Sobre o instrumento

A escala de STPP de Kennerley foi a escolhida, visto que é o único instrumento desenvolvido através de métodos psicométricos sistemáticos e criado especificamente para avaliação da STPP (Beck, 1991). A escala tem validação de conteúdo, construção e preditiva (Kennerley e Gath, 1989). Não tem validação concorrente porque não se dispõe de um padrão-ouro para diagnóstico de STPP. Também não tem avaliação de confiabilidade, já que a avaliação de confiabilidade interobservadores é impossível, pois esta é uma escala autoadministrável. A avaliação através de teste-reteste também não é possível, pois a STPP é uma síndrome autolimitada com flutuações diárias da sintomatologia.

A tradução para o português, bem como a avaliação e adequação desta seguiram os passos sugeridos por Vallerand (1989) (vide item 5.3.1.).

7.3. SOBRE OS RESULTADOS

7.3.1. Características demográficas

Ocorreram diferenças importantes entre os três grupos em relação as características demográficas. Assim, por exemplo, enquanto 63,2% das mulheres no pós-operatório e 45,3% das puérperas tinham primeiro grau incompleto, apenas 1,3% das funcionárias do HCPA

apresentavam este grau de escolaridade. Entretanto, o efeito nos resultados destas disparidades nos três grupos foi controlado através da análise multivariada de regressão logística.

7.3.2. Comparação intragrupo

A figura 1 mostra a existência de um pico sintomatológico no puerpério no quinto dia. A diferença significativa encontrada na distribuição dos EP entre os oito dias neste grupo reforça este achado, ainda mais visto que a diferença é mais significativa entre os dias quatro e cinco e o oitavo dia.

Este resultado é compatível com a literatura, pois a maioria dos estudos situa o pico sintomatológico entre o terceiro e o sexto dia de pós-parto (Pitt, 1973; Stein, 1980; Brockington, 1988; Levy, 1987). Além disto, na única pesquisa utilizando o mesmo instrumento numa amostra de puérperas na Inglaterra, encontrou-se o mesmo dia de pico sintomatológico (Kennerley e Gath, 1989).

A inexistência de diferença significativa entre os dias na distribuição dos EP no grupo de funcionárias do HCPA é o esperado, já que a escolha do dia de início de aplicação do instrumento foi aleatória.

Levy (1987) e Iles, Gath e Kennerley (1989) (vide item 1.4.) mostram uma queda progressiva e contínua da sintomatologia no pós-operatório. Neste estudo, esta queda é evidenciada até o terceiro dia, após há um aumento da sintomatologia até o sexto dia e uma nova queda até o oitavo dia (figura 3). Este padrão sintomatológico descontínuo no grupo de

mulheres no pós-operatório deste estudo, bem como a ausência de diferença significativa entre os dias, pode ser atribuído provavelmente ao tamanho reduzido da amostra deste grupo.

7.3.3. Comparação intergrupo

Uma diferença significativa na distribuição dos EP entre o grupo de puérperas e de funcionárias do HCPA ocorreu no quarto e quinto dia de aplicação da escala. Isto parece demonstrar que algo acontece nestes dois dias do puérpero e que o que acontece não é similar as flutuações diárias do humor da mulher. Este resultado confirma os achados de Knight e Thirkette (1986), O'Hara e cols. (1991) e Okano e Nomura (1992) que mostram em seus estudos um padrão sintomatológico significativamente diferente entre mulheres no puerpério imediato e fora dele (vide item 1.4.).

Neste estudo, a comparação do padrão sintomatológico das mulheres no puerpério imediato com o das mulheres no pós-operatório imediato ficou prejudicada pelo tamanho amostral do segundo grupo (19 pacientes). Desta forma, a diferença significativa no padrão sintomatológico entre puérperas e mulheres no pós-cirúrgico encontrada por Iles, Gath e Kennerley (1989), não foi evidenciada nesta pesquisa. Entretanto, no primeiro dia de aplicação da escala (primeiro dia do pós-parto e primeiro dia do pós-operatório) encontrou-se uma diferença significativa na distribuição dos EP entre os dois grupos, embora não para um nível de significância de 1%.

Como exposto no item 7.2.1., foi possível através da análise dos dados confirmar parcialmente a hipótese conceitual 1, ou seja, o padrão sintomatológico do puerpério mostrou-

se diferente do padrão do dia a dia da mulher, mas não foi possível detectar com certeza diferenças entre o puerpério e o período pós-cirúrgico.

7.3.4. Controle dos potenciais confundidores

A estratificação do grupo de puérperas de acordo com a paridade e com o tipo de parto não alterou os resultados. A estratificação do grupo de funcionárias do HCPA de acordo com a possibilidade das mulheres estarem ou não numa fase do ciclo menstrual onde seria possível a ocorrência de STPM, também não modificou significativamente os resultados. O desaparecimento de significância para um α de 1% na análise de variância de Kruskal-Wallis no quarto e quinto dia quando os grupos de puérperas e mulheres no pós-operatório foram comparadas com o estrato de funcionárias do HCPA que tinham possibilidade de terem STPM, provavelmente deveu-se a diminuições do tamanho amostral pela estratificação deste grupo.

Entretanto, a avaliação deste fator deveria ter sido realizada idealmente através de um instrumento específico para STPM. Logo, o efeito da STPM pode ter ficado diluído mesmo com a estratificação, já que estar numa fase do ciclo menstrual onde é possível ocorrer STPM não implica em ter necessariamente STPM.

A análise multivariada de regressão logística indica que os resultados não parecem influenciados pela idade, raça, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, problema significativo de vida, morte ou doença de pessoa próxima e possibilidade de doença mental, nem considerados isoladamente, nem concomitantemente.

A ausência de influência da totalidade destes fatores nos resultados parece congruente com avaliação global da literatura, onde na maioria dos estudos, não encontra-se correlação destes fatores com a STPP, exceção para a STPM (vide item 1.1. e 1.2.1.)

7.3.5. Padrão sintomatológico do quarto e do quinto dia de puerpério

A escolha do quarto e quinto dia para avaliação do padrão sintomatológico no puerpério deveu-se ao fato de que estes foram os dias significativamente diferentes nas comparações intra e intergrupo. O grupo de funcionárias do HCPA foi escolhido como contraste, em função da diferença significativa encontrada na distribuição dos EP entre puérperas e funcionárias do HCPA nestes dois dias.

As mulheres no quarto e quinto dia de puerpério encontram-se significativamente mais chorosas, muito emotivas, muito sensíveis, com altos e baixos do humor e irritadas. Somente no quarto dia, estão mais esquecidas e confusas. Somente no quinto dia, estão mais tensas, deprimidas e chorando sem parar.

O choro é o sintoma-alvo mais encontrado nas várias pesquisas que avaliam o padrão sintomatológico das mulheres no puerpério imediato (Beck, 1991). Yalom e cols. (1968) chegam a utilizá-lo como critério diagnóstico para STPP. Neste estudo, este achado foi confirmado para o quarto e quinto dia de puerpério.

Depressão, choro, tensão, irritabilidade, confusão, inquietude, perda de apetite e dificuldade de concentração foram os sintomas significativamente associados ao puerpério imediato no estudo de Okano e Nomura (1992) (vide item 1.4.). Estes autores utilizaram a

escala de Stein como instrumento diagnóstico da STPP. Na presente pesquisa, mesmo utilizando-se outro instrumento diagnóstico, a escala de Kennerley, encontrou-se uma alta concordância no padrão sintomatológico. Em outras palavras, dos oito sintomas evidenciados na amostra japonesa, os primeiros cinco também estiveram significativamente associados ao quarto e/ou quinto dia do puerpério nesta pesquisa.

Os quatro sintomas significativamente mais associados ao quarto e quinto dia do puerpério foram choro, emotividade e sensibilidade intensas e flutuações do humor. A depressão mostrou-se associada apenas ao quinto dia e, mesmo assim, de forma mais fraca do que os outros quatro sintomas. Isto parece corroborar com as impressões de Yalom e cols. (1968), Kennerley e Gath (1989) e Lanczik e cols. (1992) que mostram que no quadro clínico principal da STPP dominam outros sintomas que não os exclusivamente relacionados a depressão. Assim, talvez seja melhor a utilização da designação Síndrome de Hipersensibilidade Emocional do que a de Síndrome de Tristeza Pós-parto para a caracterização do padrão sintomatológico das mulheres no puerpério imediato. Embora tenha que se levar em consideração que a avaliação dos sintomas de tristeza ou depressão no puerpério imediato seja complicada, já que é difícil culturalmente para as mulheres admitirem-se tristes num momento tão especial de vida.

7.3.6. Comparação do padrão sintomatológico encontrado nas puérperas com o de outras amostras

Além da descrição de um padrão sintomatológico similar para esta síndrome em diversos países (vide item 1.1.), alguns dados desta pesquisa fortalecem a impressão de que a STPP é uma síndrome transcultural.

- Em primeiro lugar, o pico sintomatológico no quinto dia é idêntico ao encontrado em uma amostra de puérperas inglesas onde a mesma escala foi aplicada (Illes, Kennerley e Gath, 1989) (para descrição do estudo vide item 1.4.).

- A média amostral dos EP da escala das puérperas deste estudo foi de 21,98. Na amostra inglesa citada acima, foi de 21,30. A comparação estatística entre as médias amostrais dos dois estudos não foi realizada, porque em ambos estudos os EP não possuem distribuição normal. Assim, a utilização de estatística paramétrica ficou descartada. A estatística não paramétrica não foi usada, porque não se dispunha de dados sobre a distribuição dos EP da amostra de puérperas inglesas.

- A incidência de casos de “tristeza” no quarto e quinto dia de puerpério neste estudo foi de 77,9%. Na amostra inglesa, a incidência de “tristeza” foi de 59,7%. A incidência mais elevada na amostra deste estudo provavelmente deveu-se ao fato de que utilizou-se como ponto de corte a mediana dos respectivos dias das mulheres fora do puerpério (funcionárias do HCPA). Na amostra inglesa definiu-se como caso de “tristeza” as mulheres que tivessem EP na escala em qualquer dia maior do que a média amostral dos EP das próprias puérperas. Obviamente, a comparação puérperas versus mulheres fora do puerpério implica numa incidência mais elevada do que a resultante da comparação das puérperas entre si.

- O padrão sintomatológico do quarto e quinto dia do puerpério nesta amostra é similar ao encontrado em uma amostra de puérperas japonesas, mesmo utilizando-se instrumentos diagnósticos diferentes (vide item 7.3.5.).

Em relação a hipótese conceitual 2, o conjunto destes dados avaliados globalmente sugere fortemente a existência de uma síndrome de características transculturais. Entretanto,

como não foi possível a comparação estatística entre o padrão sintomatológico das puérperas deste estudo com o das puérperas inglesas, a comprovação disto depende de novos estudos.

8. CONCLUSÃO

A Síndrome de Tristeza Pós-Parto caracteriza-se por alterações do estado mental materno no quarto e quinto dia de puerpério. Tais alterações são diferentes das flutuações diárias do estado mental das mulheres, não sendo, portanto, relacionadas exclusivamente aos estresses e mudanças ambientais ou biológicas do cotidiano das mesmas. Entretanto, não foi possível determinar com certeza se as alterações encontradas são diferentes das que ocorrem durante o período pós-operatório.

O padrão sintomatológico nestes dias do puerpério caracteriza-se mais significativamente por choro, emotividade e sensibilidade intensas e flutuações do humor. Logo, parece preferível falar-se em uma Síndrome de Hipersensibilidade Emocional do que propriamente em Tristeza Pós-Parto.

O pico sintomatológico ocorre no quinto dia de puerpério.

O padrão sintomatológico do quarto e quinto dia das puérperas do HCPA é similar ao das puérperas de amostras de outros países, indicando provavelmente uma síndrome de características transculturais. Entretanto, a comprovação disto depende de novos estudos.

9. BIBLIOGRAFIA

1. ANDREOLI, C. e cols. La Depressione Puerperale Precoce: blues puerperali. **Minerva Ginecol**, v. 41, n. 4, p.173-176, 1989.
 2. ASCH, S.S. Psychiatric Complications. Mental and Emotional Problems. In: Rovinsky, JJ e Guttemacher, A.F. (eds.) **Medical, Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy**. Baltimore, Williams & Wilkins, 1964. p. 461-472.
 3. BALLINGER, C.B. e cols. Emotional Disturbance Following Childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP (adenosine 3'5' cyclic monophosphatic). **Psychol. Med.**, v.9, p. 253-300, 1979.
 4. BECK, C.T. Maternity Blues Research: a critical review. **Issues ment. Health Nurs**, v.12, p.291-300, 1991.
 5. BEST, N.R. e cols. Binding of Tritiated Yohimbine to Platelets in Women with Maternity Blues. **Psych. Med.**, v. 18, n.4, p. 837-842, 1988.
 6. BROCKINGTON, I. Maternity Blues and Post-Partum Euphoria. **Brit. J. Psychiatry**, v. 152, p.433-434, 1988.
-

7. BROCKINGTON, I. Disorders Specific to the Puerperium. Scientific Group on Treatment of Psychiatric Disorders. Geneva, **World Health Organization**, 1989.
8. BROWN, A.K. e FREEHAFER, J.G. Prenatal Risks. In: Aladjem, S. (ed.) **Risks in the practice of modern obstetrics**. Saint Louis, The C. V. Mosby Company, 2ª edição, 1975. p. 34-58.
9. BRUDAL, L.F. Paternity Blues and the Father-Child Relationship. In: Call, J.D.; Galenson, E. e Tyson, R.L. (eds.) **Frontiers of Infant Psychiatry**. New York, Basic Books Inc., 1983. v.2, p.382-394.
10. CARNES, J.W. Psychosocial Disturbances During and After Pregnancy. **Postgraduate Medicine**, v.73, n.1, p.135-145, 1983.
11. CLARE, A.W. Hormones, Behaviour and the Menstrual Cycle. **J. Psychosom Research**, v.29, n.3, p.225-233, 1985.
12. CONDON, J.T. e WATSON, T.L. The Maternity Blues: exploration of psychological hypothesis. **Acta. Psychiatr. Scand.**, v.76, p.164-171, 1987.
13. COX, J.L.; CONNOR, Y. e KENDELL, R.E. Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. **Brit. J. Psychiat.**, v.140, p.111-117, 1982.
14. DALTON, K. Prospective Study into Puerperal Depression. **Brit. J. Psych.**, v.118, p.689-692, 1971.
15. DAVIDSON, J. Post-Partum Mood Change in Jamaican Women: a description and discussion on its significance. **Brit. J. Psych.**, v.121, p.659-633, 1972.

16. DAVIDSON, J. e ROBERTSON, E. A Follow-up Study of Post-Partum Illness, 1946-1978. **Acta Psych. Scand.**, v.71, p.451-457, 1985.
17. de CHÂTEAU, P. e WIBERG, B. Three-year Follow-up of Early Post-Partum Contact. In: Call, J.D; Galenson, E. e Tyson, R.L. (eds.) **Frontiers of Infant Psychiatry**, New York, Basic Books Inc. Publishers, 1984. vol. II, p.313-322.
18. DESCHÊNES, L. Le Baby-Blues ou la Dépression Pos-Partum? **Nurs. Québec**, v.7, n.2, p.40-42, 1987.
19. FEKSI, A. e cols. Maternity Blues and Hormone Levels in Saliva. **J. Affec. Disord.**, v.6, p.351-355, 1984.
20. GARD, P.R. e cols. A Multivariate Investigation of Post-Partum Mood Disturbance. **Brit. J. Psychiatry**, v.148, p.567-575, 1986.
21. GARNIER, J.P. e cols. Modification des Taux de MHPG, VMA, 5-HIAA Urinaires et de Tryptophane Plasmatique dans le Post-Partum Blues. **L'Encéphale**, v.11, n.1, p.35-37, 1985.
22. GEORGE, A.J. e WILSON, K.M. Monoamine Oxidase Activity and the Puerperal Blues Syndrome. **J. Psychosom. Research.**, v.25, n.5, p.409-413, 1981.
23. GUEDENEY, A. e cols. Post-Partum Blues et Émoussement Affectif. **Annales Médico Psychologiques**, v.149, n.3, p.240-243, 1990.
24. HANDLEY, S.L. e cols. Mood Changes in Puerperium and Plasma Tryptophan and Cortisol Concentration. **Brit. Med. J.**, v.2, p.18-22, 1977.

25. HANDLEY, S.L. e cols. Tryptophan, Cortisol and Puerperal Mood. **Brit. J. Psychiat.**, v. 136, p.498-508, 1980.
26. HAPGOOD, C.C.; ELKIND, G.S. e WRIGHT, J.J. Maternity Blues: phenomena and relationship to later post-partum depression. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, v. 22, p. 299-306, 1988.
27. HARRIS, B. Maternity Blues. **Brit. J. Psychiatry**, v. 136, p. 520-524, 1980.
28. HARRIS, B. Prospective Trial of L-Tryptophan in Maternity Blues. **Brit. J. Psychiatry**, v. 137, p. 233-235, 1980.
29. HARRIS, B. Maternity Blues in East African Clinic Attendend. **Arch Gen. Psychiatry**, v. 38, p. 1293-1295, 1981.
30. INWOOD, D.G. Postpartum Psychotic Disorders. In: Kaplan, H e Sadock, B. (eds.) **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 5^a ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. v. 2, p. 852-858.
31. ILES, S.; GATH, D. e KENNERLEY, H. Maternity Blues: II. A Comparison Between Post-operative Women and Post-natal Women. **Brit. J. Psychiatry**, v. 155, p. 363-366, 1989.
32. KENNERLEY, H. e GATH, D. Maternity Blues. Detection and Measurement by Questionnaire, **Brit. J. Psychiatry**, v. 155, p. 356-362, 1989.
33. KENNERLEY, H. e GATH, D. Maternity Blues. association with obstetric, psychological and psychiatric factors. **Brit. J. Psychiatry**, v. 155, p. 367-373, 1989.

34. KNIGHT, R.G. e THIRKETTLE, J.A. Anxiety and Depression in the Immediate post-Partum Period: a controlled investigation of a primiparous sample. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, v. 20, p. 430-436, 1986.
35. KNIGHT, R.G e THIRKETTLE, J.A. The Relationship between Expectations of Pregnancy and Birth, and Transient Depression in the Immediate Post-Partum Period. **J. Psychosom. Research.**, v. 31, n.3, p. 351-357, 1987.
36. KUEVI, V. e cols. Plasma Amine and Hormone Changes in Post-Partum Blues. **Clin. Endocrinology**, v. 19, p. 39-46, 1983.
37. LANCZIK, M. e cols. Pos-partum Blues: depressive disease of pseudoneurasthenic syndrome. **Journal of Affective Disorders**, v. 25, p. 47-52, 1992.
38. LEVY, V. The Maternity Blues In Post-Partum and Post-Operative Women. **Brit. J. Psychiatry**, v. 151, p. 368-372, 1987.
39. MAJEWSKA, M.D; FORD-RICE, F. e FALKAY, G. Pregnancy-Induced Alterations of GABA_A Receptor Sensitivity in Maternal Brain: an antecedent of Post-Partum Blues? **Brain Research**, v. 482, p. 397-401, 1989.
40. MARTIN, C.J. e cols. Psycho-social Stress and Puerperal Depression. **J. Affec. Disord.**, v. 16, p. 283-293, 1989.
41. METZ, A. e cols. Changes in Platelet- α_2 Adrenoreceptor Binding Post-Partum: possible relation to maternity blues. **Lancet**, p. 495-488, 1983.
42. MURRAY, J.B. e GALLAHUE, S.L. Post-Partum Depression. **Genet. Soc. Gen. Psycholo-Monogr.**, v. 113, n. 2, p. 193-212, 1987.

43. NEWNHAM, J.P. e cols. A Study of the Relationship between Circulating-Bendorphin-like immunoreactivity and Post-Partum Blues. **Clin. Endocrinology**, v. 20, p. 169-177, 1984.
44. NOTT, P. N. e cols. Hormonal Changes and Mood in the Puerperium. **Brit. J. Psychiatry**, v. 128, p. 379-383, 1976.
45. OATES, M.R. The Treatment of Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Puerperium. **Clinics in Obstetrics and Gynaecology**, v. 13, n. 2, p.385-395, 1986.
46. O'HARA, M.W. e cols. Prospective Study of Postpartum Blues. **Arch Gen Psychiatry**, v. 48, p. 801-806, 1991.
47. OKANO, T. e NOMURA, J. Endocrine Study of the Maternity Blues. **Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiatry**, v. 16, p. 921-932, 1992.
48. PAYKEL, E. S. e cols. Life Events and Social Support in Puerperal Depression. **Brit. J. Psychol.**, v. 136, p. 339-346, 1980.
49. PITT, B. Atypical Depression following Childbirth. **Brit. J. Psychiatry**, v. 114, p. 1325-1335, 1968.
50. PITT, B. Maternity Blues. **Brit. J. Psychiatry**, v. 122, p. 341-343, 1973.
51. PLESHETTE, N.; ASCH, S.S. e CHASE, J. A Study of Anxieties During Pregnancy, Labor, The Early and Late Puerperium. **Bull. N.Y. Acad. Med.**, v. 32, n. 6, p. 436-455, 1956.
52. ROUILLON, F. e cols. Folates and Post-partum depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 25, p. 235-242, 1992.

53. SAKS, B. R. e cols. Depressed Mood during Pregnancy and the Puerperium: clinical recogniton and implications for clinical practice. **Am. J. Psychiatry**, v. 142, n. 6, p. 728-731, 1985.
54. Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente - Unidade Sanitária Murialdo - Coordenação do Planejamento, Ensino e Pesquisa. Famílias a Risco - Problema Sócio-Econômico. In: Busnello, E. **A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária**. Tese destinada à habilitação a Livre-Docência em Psiquiatria. Porto Alegre, 1976.
55. SOULE, M. O Filho da Cabeça, o Filho Imaginário. In: Brazelton, T. B. e cols. (eds.) **A Dinâmica do Bebê**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987. p. 132-170.
56. STEIN, G. S. The Pattern of Mental Change and Body Weight Change in the First Post-Partum Week. **J. Psychosom. Research**, v. 24, n. 3-4, p. 165-171, 1980.
57. STEINER, M. Post-Partum Psychiatric Disorders. **Can. J. Psychiatry**, v. 35, p. 89-95, 1990.
58. SUSMAN, V. L. e KATZ, J. L. Weaning and Depression: another post-partum complication. **Am. J. Psichiary**, v. 145, n. 4, p. 498-501, 1988.
59. VALLERAND, R. J. Vers Une Méthodologie de Validation Trans-culturelle de Questionnaires Psychologiques. **Canadian Psychology**, v. 30, n. 4, p. 662-680, 1989.
60. YALOM, I. D. e cols. Post-Partum Blues Syndrome: a description and related variables. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 18, p. 16-27, 1968.

ANEXOS

QUESTIONARIO DE SINDROME DE TRISTEZA POS-PARTO - KENNERLEY

Nome da Mãe:

N.º de Registro:

Data:

N.º de Dias:

Abaixo tem-se uma lista de palavras que as mães, logo após o parto, tem usado para descrever como estão se sentindo. Por favor, indique COMO VOCE ESTA SE SENTINDO HOJE, marcando NAO ou SIM. A seguir, por favor, marque o item que melhor descreve quanto de mudancas ocorreram na sua forma usual de ser, se e que alguma ocorreu.

	NAO	SIM	MUITO MENOS DO QUE SEMPRE	MENOS DO QUE SEMPRE	IGUAL A SEMPRE	MAIS DO QUE SEMPRE	MUITO MAIS DO QUE SEMPRE
1. Chorosa	1.	1.					
2. Tensa (mentalmente)	2.	2.					
3. Capaz de se concentrar nas coisas	3.	3.					
4. De baixo astral	4.	4.					
5. Euforica	5.	5.					
6. Desanparada	6.	6.					
7. Com dificuldade para expressar sentimentos	7.	7.					
8. Alerta	8.	8.					
9. Esquecida, confusa	9.	9.					
10. Ansiosa	10.	10.					
11. Querendo ficar sozinha	11.	11.					
12. Descansada mentalmente	12.	12.					
13. Encucada com as coisas	13.	13.					
14. Sentindo pena de si mesma	14.	14.					
15. Sentindo-se sem sentimentos, emocionalmente anestesiada	15.	15.					
16. Deprimida	16.	16.					
17. Muito emotiva	17.	17.					
18. Feliz	18.	18.					
19. Confiante	19.	19.					
20. Com estado de espirito variavel	20.	20.					
21. Cansada	21.	21.					
22. Irritavel	22.	22.					
23. Chorando sem parar	23.	23.					
24. Com energia	24.	24.					
25. Muito sensivel	25.	25.					
26. Com altos e baixos no humor	26.	26.					
27. Inquieta	27.	27.					
28. Tranquila/Calma	28.	28.					

Obrigado pela sua cooperacao.

GLOSSÁRIO DE TERMOS USADOS NO QUESTIONÁRIO:

1. Chorosa: entristecida, com alguns episódios de choro durante o dia.
2. Tensa (mentalmente): sensação de nervosismo.
3. Capaz de se concentrar (nas coisas): capacidade de iniciar e terminar algo, mantendo-se atenta.
4. Baixo Astral: triste.
5. Eufórica: exaltada, muito alegre.
6. Desamparada: sensação de não estar podendo contar com ninguém. Falta de apoio dos familiares.
7. Com dificuldades para expressar sentimentos: sensação de não conseguir falar, nem demonstrar o que está sentindo. Sensação de estar dura afetivamente.
8. Alerta: atenta ao que está se passando. Atenta ao bebê por exemplo.
9. Esquecida, confusa: com dificuldade para lembrar das coisas.
10. Ansiosa: angustiada, demasiadamente tensa.
11. Querendo ficar sozinha: vontade de se isolar das outras pessoas.
12. Descansada mentalmente: sem preocupações significativas.
13. Encucada com as coisas: sensação de tensão mental, preocupação relacionada ao bebê, à família ou a outra situação.
14. Sentindo pena de si mesma: sentimento de auto-piedade. Sentindo-se uma coitada.
15. Sentindo-se sem sentimentos, emocionalmente anestesiada: sensação de embotamento afetivo. De não estar sentindo nada, de estar vazia por dentro.
16. Deprimida: sensação de muita tristeza.
17. Muito emotiva: sensação de que qualquer coisa lhe provoca risos ou choro.
18. Feliz: sensação de estar de bem com a vida.
19. Confiante: acreditando em si e na suas capacidades.
20. Com estado de espírito variável: mudanças alternadas do astral (p.ex. culpar do bebê, dar banho nele).
21. Cansada: sem forças para fazer as coisas.
22. Irritável: sensação de impaciência. Qualquer coisa lhe deixa braba.
23. Chorando sem parar: vários episódios de choro durante o dia.
24. Com energia: com disposição, vontade para fazer as coisas, chela de vida.
25. Muito sensível: sensação de que qualquer coisa lhe toca afetivamente.
26. Com altos e baixos no humor: mudanças ao longo do dia de tristeza para alegria, vontade de chorar para vontade de rir.
27. Inquieta: agitada, sem sossego.
28. Tranquila, calma: em paz consigo mesma, sossegada.

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO

- 1) Nome:
- 2) Nº de Registro:
- 3) () Caso () I () II
- 4) Gesta..... Para.....
- 5) () Controle () I () II
- 6) Idade: anos
- 7) Raça: Branca () Preta () Mista ()
- 8) Escolaridade: 1ª Grau Incompleto ()
1ª Grau Completo ()
2ª Grau Incompleto ()
2ª Grau Completo ()
3ª Grau ()
- 9) Renda Familiar:
 - a) número de salários mínimos recebidos pela totalidade dos moradores da casa:
 - b) número de pessoas com mais de 18 anos que moram na casa: ... e idade de casa um:
 - c) número de pessoas com menos de 18 anos que moram na casa: e idade de cada um:
 - d) posição econômica ocupada pela pessoa que está melhor situada dentre os membros da casa:
- 10) Situação Conjugal: com companheiro ()
sem companheiro ()
- 11) Tempo de Hospitalização: dias
- 12) Morte ou doença importante em pessoa próxima (familiar ou amigo chegado) nos últimos 6 meses: Sim () Não ()
- 13) Algum problema significativamente importante na vida nos últimos 6 meses: Sim () Não ()
- 14) Qual:

- 15) Já teve internação psiquiátrica: Sim () Não ()
- 16) Onde:
- 17) Já tomou medicação para os nervos? Sim () Não ()
- 18) Qual:
- 19) Já consultou psiquiatra ou médico geral por problema dos nervos? Sim () Não ()
- 20) Usou analgésico no pós-parto/cesareana/pós-cirúrgico? Sim () Não ()
- 21) Qual:
- 22) Em que dia?
- 23) Quantidade utilizada em cada dia:
- As perguntas 24, 25 e 26 são feitas apenas para os controles:
- 24) Você tem os ciclos regulares? Sim () Não ()
- 25) Se regulares de quantos em quantos dias?
- 26) Qual é a sua D.U.M?

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa Síndrome de Tristeza Pós-Parto: Uma Revisão Conceitual.

Fui informada que trata-se de um estudo que visa conhecer os sintomas e reações emocionais das mães no puerpério imediato, quando comparados aos sintomas e reações emocionais de mulheres em outro momento de vida. Fui informada também que terei que preencher um questionário simples a respeito de como me sinto durante oito dias e que receberei visitas durante a hospitalização, ou durante o meu trabalho no HCPA, visitas domiciliares e/ou telefonemas para me ajudar nas dúvidas quanto ao questionário.

Fui informada também que esta pesquisa não trará nenhum malefício a minha saúde, que o sigilo sobre a minha identidade será mantido e, que não receberei nenhuma remuneração para participar na pesquisa. Não terei qualquer despesa e a qualquer momento poderei desistir de participar do estudo sem qualquer ônus ou obrigação.

Porto Alegre, de de 1993.

Assinatura

ANEXO 5

1. DICOTOMIZAÇÃO DOS POTENCIAIS CONFUNDIDORES PRESENTES NOS TRÊS GRUPOS

1.1. Idade:

- a) de 18-34 anos;
- b) de 35-45 anos (categoria de risco);

A idade foi dicotomizada tendo como ponto de corte 35 anos, já que a partir desta idade a gravidez passa a ser considerada de risco, implicando num puerpério potencialmente mais difícil (Brown e Freehafer, 1975). Além disto, o risco de depressão estrôgeno dependente aumenta a partir dos 35 anos, com o início do climatério.

1.2. Raça:

- a) branca;
- b) não branca (categoria de risco);

Para fins da análise multivariada, a raça foi dicotomizada juntando-se as categorias “negra” e “mista” na categoria “não branca”, já que o número de mulheres naquelas duas categorias era pequeno.

1.3. Escolaridade:

- a) 1º grau incompleto, (categoria de risco);
- b) 1º grau completo, 2º ou 3º grau completo ou incompleto;

Para fins da análise multivariada, a escolaridade foi dicotomizada desta forma, já que ter o 1º grau incompleto implicava em um risco aumentado de dificuldades de entendimento e preenchimento do questionário.

1.4. Renda familiar:

- a) NSMP $\leq 0,75$, (categoria de risco);
- b) NSMP $> 0,75$;

A renda familiar foi dicotomizada assim, visto que um NSMP $\leq 0,75$ parece refletir uma situação de pobreza (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente apud Busnello, 1976).

1.5. Situação conjugal:

- a) com companheiro;
- b) sem companheiro, (categoria de risco);

1.6. Morte ou doença importante em pessoa próxima nos últimos 6 meses:

- a) sim,(categoria de risco);
- b) não;

1.7. Problema significativamente importante na vida nos últimos 6 meses:

a) sim, (categoria de risco);

b) não;

1.8. Possibilidade de transtorno mental :

a) sim, (categoria de risco);

b) não;

2. DICOTIMIZAÇÃO DOS POTENCIAIS CONFUNDIDORES PRESENTES NO GRUPO TESTE E CONTROLE 2

2.1. Tempo de hospitalização:

a) dois dias;

b) três dias, (categoria de risco)

2.2. Utilização de meperidina como medicação analgésica no pós-parto ou pós-cirúrgico:

a) sim, (categoria de risco);

b) não;