

**LUCIANE PACHECO**

**FATORES DE RISCO PARA OS TRANSTORNOS  
DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO.**

Trabalho de conclusão do curso de medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia  
Universidade Federal de Santa Catarina

Orientadores: Dr. Pedro Largura  
Dra. Eliane de Albuquerque Moura  
Co-orientadores: Dr. João Ernani Leal  
Dda. Maria Bernadete Zanusso

Florianópolis  
1996

## **SUMÁRIO**

RESUMO.....	2
INTRODUÇÃO.....	3
OBJETIVOS .....	5
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	6
CONTEÚDO DOS PROTOCOLOS APLICADOS.....	7
RESULTADOS.....	12
CONCLUSÃO.....	20
DISCUSSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
APÊNDICE.....	26

## RESUMO

Fatores potenciais biológicos, fatores causais psicossociais e fatores causais sociais associados a depressão puerperal foram avaliados num estudo prospectivo de 126 mulheres no puerpério imediato. História pessoal ou familiar de depressão, sintomas depressivos, apoio e relacionamento social, fatores de risco obstétricos e eventos estressantes para o recém-nascido, saúde física prévia e características demográficas foram avaliadas após o nascimento do bebê. A depressão pós-natal foi identificada usando a Escala de Edinburgh para Depressão Puerperal (EPDS) nos dois momentos da pesquisa. Os fatores que tiveram maior associação estatisticamente significativo com escores elevados do EPDS foram: crise econômica grave recente, estado civil, presença de sintomas pré-menstruais, infecção do trato urinário, presença de sintomatologia prévia de depressão e mau relacionamento com os familiares. Nossos resultados suportam também a hipótese que a depressão após o parto está dentro do espectro das doenças afetivas.

## ABSTRACT

*Potential biologic, psychosocial causative factors and social factors were tested in a prospective study of 126 women followed up on early puerperium. Personal and family history of depression, depressive symptoms, social adjustment, obstetric stressors and childcare stressors were all assessed after the childbirth. Postnatal depression was measured on the EPDS in two moments of the investigation. The factors having the greatest association statistically significant with high depression scores were : recent severe economic crisis, marital state, prepregnancy premenstrual symptoms, urinary infection, previous mental health depressed, bad familiar relationship. Our results also support too the hypothesis that the postpartum depression is within the spectrum of affective disorders.*

## INTRODUÇÃO

A depressão puerperal está relacionada ao espectro das desordens psiquiátricas associadas com a reprodução da mulher e é uma síndrome tipicamente experimentada pelas mulheres dentro da primeira semana a 10 dias após o parto<sup>1, 2</sup>, com uma incidência aumentada basicamente em três momentos: duas semanas, 3 meses e 12 meses após o parto<sup>3</sup>. Parece ser uma síndrome afetiva específica associada com o nascimento do bebê e não uma resposta inespecífica ao estresse maior<sup>2</sup>.

Estudos recentes têm demonstrado um padrão muito diferente de sintomas em puérperas daqueles encontrados em outros pós-operatórios<sup>7, 8</sup>. Fundamenta-se nesses estudos que o episódio depressivo foi muito mais comum no grupo das puérperas (incidência de 26,4%) do que em no grupo de mulheres de outros pós-operatórios (incidência 7,3%)<sup>9</sup>.

Os transtornos depressivos presentes no puerpério têm cifras de incidência que flutuam entre 3 a 25%<sup>10</sup> de acordo com o método utilizado para a triagem e a classificação utilizada. Appleby e Forshow<sup>3,11</sup> classificam as desordens psiquiátricas no puerpério em: psicose, que ocorre em 0,1 a 0,4%<sup>32</sup> das mulheres; transtornos depressivos, visto em 16 a 25% das mulheres no primeiro ano após o parto<sup>3,33</sup> e a disforia puerperal ou “tristeza” puerperal, vista em 50 a 80% das mulheres<sup>3</sup>.

Algumas investigações demonstraram que aproximadamente metade das pacientes deprimidas no puerpério experimentam repetidos ou prolongados períodos de saúde mental prejudicada durante 6 anos, tornando-as vulneráveis para outros episódios durante a vida fértil.<sup>33, 34</sup>

As desordens psiquiátricas presentes no puerpério podem também contribuir para déficit cognitivo<sup>35, 36</sup> e distúrbios comportamentais tardios dos filhos<sup>36</sup>, injúria não-acidental à criança<sup>37</sup>, desgaste do relacionamento familiar e social, conseqüências econômicas sobre as famílias de mulheres engajadas nas forças produtivas<sup>14</sup>.

A despeito das conseqüências e da incidência, a identificação por profissionais da saúde é pobre e uma minoria das deprimidas voluntariamente apresenta-se para o tratamento<sup>38</sup>, sendo que apenas 6% reconhece seus sintomas como de depressão<sup>15</sup>.

Reconhecendo o impacto potencial da depressão após o parto, várias investigações têm tentado identificar variáveis que estão mais efetivamente associadas com essa condição.

Os fatores gineco-obstétricos e seu relacionamento com a saúde mental também tem sido pouco conclusivos. Variáveis obstétricas como antecedente de aborto e infertilidade<sup>33</sup>, doenças ginecológicas, gravidez prolongada, mal-formações<sup>11</sup>, cesariana de urgência, anestesia peridural em parto vaginal e indução de parto<sup>11</sup>, são considerados como fatores preditivos de depressão puerperal. O'Hara e Cols<sup>6</sup> descrevem uma correlação significativa entre a pontuação do Inventário de Beck para depressão e a pontuação da subescala de fatores de risco obstétricos da *peripartum stress scale*<sup>11</sup> que inclui eventos como incremento do peso da mulher, pré-eclâmpsia, sangramento significativo, apresentação anômala e sofrimento fetal. Incidência aumentada de infecção do trato urinário em deprimidas<sup>11, 23</sup> e alterações dos níveis hormonais foram relacionados com depressão em vários estudos<sup>18,19,20,28</sup>. Como os distúrbios de

humor ocorrem no contexto das quedas maiores dos níveis de circulação de hormônios (ex. estradiol, estriol total estriol livre, progesterona) e nas maiores elevações de outros hormônios (ex. cortisol total, cortisol livre e prolactina) distúrbios hormonais têm sido investigados como causa de depressão em vários estudos<sup>6</sup>. Outros fatores incluem doença física progressa<sup>33</sup> e Síndrome da tensão pré-menstrual<sup>15</sup>.

Em virtude da elevada incidência e essência da doença e de suas conseqüências sociais e econômicas, a triagem na comunidade para subseqüente auxílio apropriado e tratamento pode ser um meio simples de evitar esta condição. Embora a escala não substitua uma determinação psiquiátrica, ela define uma população que necessita uma avaliação adicional. O EPDS (*Edinburgh Postnatal Scale*), desenvolvido por Cox et al<sup>38</sup> especificamente para depressão pós natal envolve todos os subtítulos do Research Diagnostic Criteria nos seus escores. Por ter uma subescala separada para ansiedade e depressão, poucos sintomas somáticos e relativa brevidade é um instrumento valioso. Todavia, não encontramos relatos da aplicação do EPDS além de no Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, onde são utilizados na rotina pré-natal.

Neste trabalho tentamos abordar elementos biopsicossociais da depressão avaliados através da entrevista psiquiátrica, história clínica e gineco-obstétrica da puérpera, sugerindo, que a aplicação do EPDS pode ser efetiva como *screening* para depressão puerperal.

## OBJETIVOS

O propósito do nosso estudo foi prospectivamente investigar o potencial biológico, social e psiquiátrico entrevistando 126 mulheres no puerpério e avaliando sobre a influência dessas variáveis no desenvolvimento de um episódio depressivo.

Considerando a incidência de depressão, maior em mulheres do que na população em geral (3 a 5 x 1), tentaremos explicar sobre questões ainda sem respostas na literatura vigente como:

- Seria o nascimento do bebê mais um elemento precipitante para o início de uma crise depressiva, em situações em que já existe uma predisposição genética ou social?
- Qual a incidência de um início de depressão a partir do puerpério?
- A depressão pós-natal é mais comum do que na comunidade em geral?
- Qual a relação da depressão puerperal com sintomas prévios ?
- Qual a relação entre depressão e complicações da gravidez e trabalho de parto ?
- Qual a relação de depressão puerperal e saúde do bebê?

## CASUÍSTICA E MÉTODOS:

Com instrumentos hetero-administrados, para as não-alfabetizadas, e auto-administrados para as alfabetizadas a entrevistadora avaliou uma amostra aleatória de 159 puérperas no dia da alta hospitalar que se propuseram a participar da pesquisa, realizada entre 18 de fevereiro à 19 de abril, no Hospital Regional de São José (98 mulheres), Hospital Universitário (46 mulheres) e Maternidade Carmela Dutra (15 mulheres). Foram excluídas da amostra mães de natimortos ou que foram a óbito no período observado, mães de gemelares ou mal-formados, mães psicóticas e mães com neoplasia maligna.

Das 149 participantes, 23 não responderam os questionários duas semanas após o nascimento do bebê, restando uma amostra final de 126 mulheres.

As pacientes foram convidadas a participar após informadas sobre a importância do trabalho e da possibilidade de contribuição com outras mulheres na mesma situação. Poucas se recusaram a participar (27) e a grande maioria demonstrou disposição de participar.

Foi aplicada a escala de Edinburg para depressão puerperal (EPDS) que demorava de 3 a 8 minutos e a entrevista completa aproximadamente 40 minutos. Logo após foi realizada uma segunda entrevista inquirindo a cerca da saúde prévia e gestacional, complicações do parto e saúde do recém-nato.

Após a entrevista, foi entregue um envelope selado e endereçado para uma Caixa Postal, sendo requerida que fosse devolvida em duas semanas, contendo o EPDS. Foi dada a oportunidade de familiares ou amigos participarem da formulação das respostas dos questionários a serem completados duas semanas após o parto, no sentido de diminuir a não participação das mulheres com níveis baixos de escolaridade. Deixamos a caixa postal à disposição das mulheres que avaliaram necessidade de auxílio especializado e chamadas telefônicas foram realizadas no sentido de requerer a entrega dos questionários. Duas pacientes foram encaminhadas para consulta psiquiátrica até o momento.

Utilizou-se os aplicativos EXCEL e WORD da Microsoft para o Sistema Operacional Windows 95 para cálculo, avaliação, interpretação e apresentação dos dados.

### ASPECTOS ÉTICOS

Durante a entrevista foi requerida autorizações pelas Comissões de Ética dos Hospitais, sendo o projeto de pesquisa apresentado nesse momento. Foi permitida às pacientes a não-identificação, sendo atribuído um número para sua identificação. Dessa forma, cumprimos com os princípios enunciados na Declaração de Helsinque emendada pela 35ª Assembléia Médica Mundial em 1986 ( Declaração de Helsinque, 1986).

## CONTEÚDO DOS PROTOCOLOS APLICADOS

**1. Inventário de Saúde Mental:** O *Edinburgh Post-Natal Scale* (EPDS) foi traduzido do inglês, seguido de uma tradução reversa para assegurar a fidelidade da versão original. O EPDS tem sido usado ostensivamente em várias pesquisas científicas com filtro efetivo para identificar depressão pós-natal<sup>12</sup>. Artigos prévios<sup>5,12,13,17,38</sup> encontram o escore 12 como de elevada sensibilidade (100%), especificidade (93%) e valor preditivo positivo (69,2%) para depressão, não variando em função do tempo substancialmente até 29 semanas após o parto.

O EPDS consiste de 10 itens, compreendendo sintomas comuns da depressão pós-natal. Desenvolvido por Cox et al (1987 p. 783) em função dos problemas encontrados com outros inventários de depressão durante o período puerperal pelo fato de sintomas somáticos de depressão se confundirem com o estado puerperal. Embora não exclua sintomas de condições hormonais conhecidas como fatores de risco para depressão puerperal (Ex: disfunções tireoideanas - Loosen, 1987) e que deveriam previamente ser afastadas das amostras, é incomparável como *screening*. Cada item oferece a chance de 4 respostas, com escores de 0 a 3 de acordo com a severidade dos sintomas, com o total de escores variando entre 0 a 30. Com escores até 11 as puérperas são consideradas portadoras de sintomatologia para depressão leve ou sem depressão. Acima de 11 as pacientes são consideradas portadoras de sintomatologia para depressão moderada e com escores acima de 14, severa. Abrange sintomas como anedonia e reatividade (“*I have been able to laugh e see the funny side of things*”, “*I have looked jorward with enjoyment to thing*”) auto-censura, ansiedade, pânico, descontrole da situação (“*Things have been getting on top of me*”) insônia (*Due to unhappines*) melancolia, choro e auto-lesionismo. Por não conter itens somáticos frequentemente referidos no puerpério, pode distinguir sintomas depressivos de ansiedade cognitiva. Além do mais, pode ser completado rapidamente e as participantes raramente tem dúvidas sobre a natureza e sentido das perguntas, em oposição ao Inventário de Beck para Depressão (BDI), em que 22% das mulheres encontram dificuldades para responder todas as questões. Apesar de amplamente utilizado, foi demonstrado em alguns estudos<sup>13,17</sup> baixa sensibilidade (63%) e especificidade (82%) do BDI. Como o BDI considera lassidão, insônia, pior concentração, indiferença ou falta de apetite sintomas de depressão, a incidência de falsos positivos nessa escala tende a ser elevada porque esses sintomas ocorrem comumente em todas as doenças, tanto físicas como mentais [Apêndice: The EPDS (Cox, 1987)].

**2. Fatores relacionados à saúde mental:** Participantes foram inquiridas nesse tópico sobre a história pregressa e /ou recente de ‘tristeza’, história recente e/ou pregressa de distúrbios do sono, introversão, isolamento social, história familiar de ‘problemas emocionais’, história pessoal de necessidade de consulta a especialista por ‘problemas emocionais’, e finalmente foram inquiridas se desejavam participar de mais atividades sociais (*Recreational Activity Scale*<sup>3</sup>). Esse conjunto de tópicos se destinou a avaliar principalmente a evidência ou não de episódios prévios de depressão.

**3. Situação do relacionamento com marido, familiar e social:** Duas questões sobre apoio emocional foram adaptadas do *Cohens's Dimension of Social Support Scale*<sup>3</sup> (Quantas vezes nas últimas 2 semanas seu marido se importou com você? Quantas vezes nas últimas 2 semanas familiares e amigos se importaram com você?) Numa terceira questão foi solicitado que a participante determinasse quantas pessoas ajudaram em casa nas 2 últimas semanas. Uma quarta questão, adaptada do *Blake's Tangelle Support Scale*<sup>3</sup> perguntava sobre quantas pessoas excluindo o marido ela se sentiria à vontade para chamar em caso de dificuldades. Numa quinta questão foram perguntadas sobre o quanto estavam satisfeitas com seus maridos nas tarefas domésticas sendo apresentada uma escala de 1 a 5. Outras 2 questões compararam o relacionamento antes e durante a gravidez com o parceiro. A oitava questão inquiria sobre o relacionamento com os pais e uma última questão inquiria se a gravidez foi planejada, aceita ou indesejada pelo marido e familiares. Foram consideradas com 'Mau relacionamento com o parceiro' as puérperas que responderam 'poucas vezes' à primeira questão, deram notas de 1 a 2 na escala da questão 5, e responderam 'mau relacionamento' nas últimas duas questões. Foram consideradas com 'Mau relacionamento com familiares e amigos' às que responderam 'poucas vezes' na segunda questão, 'poucas pessoas' na terceira questão e 'difícil relacionamento com os pais' na oitava questão.

**4. Saúde Física Geral:** A saúde física foi avaliada com uma lista de 25 sintomas físicos, sendo os pacientes instruídas a assinalar as que experimentaram freqüentemente antes e/ou durante a gravidez. Esta listagem incluía sintomas cardiovasculares e respiratórios, gastrointestinais, gênito-urinários, febre, alterações de peso, fadiga, astenia, sintomas músculo-esquelético, sintomas pré-menstruais.

Após foi solicitado que as pacientes auto-avaliassem sua saúde geral antes da gravidez, com uma nota que variava de 1 a 5. Adicionalmente, doenças crônicas foram também listadas para serem checadas pelas participantes (Infecção do trato urinário, alergias, cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, malignidades, artrite, disfunções tireoideanas e outras doenças hormonais, infertilidade ou dificuldade para engravidar, doenças neurológicas). As mulheres na tabela consideradas com 'qualquer doença ou provável doença antes da gravidez' foram as resultantes da soma das que assinalaram alguma doença crônica, sintomatologia de provável doença e 'nota' 1 ou 2 na auto-avaliação.

Foi considerada na tabela variável independente "sintomas pré-menstruais".

**5. Complicações da gravidez, trabalho de parto e puerpério imediato:** As mulheres checaram uma lista de 15 problemas relatados em outras gestações, incluindo internações e alterações de peso. Anteriormente foram colhidos no prontuário informações sobre a forma de início, duração e término do trabalho de parto.

**6. Saúde do bebê:** Foram colhidos nos prontuários dados relativos ao sexo, peso, ÁPGAR, doenças e idade gestacional do recém-nascido. As doenças consideradas 'moderadas' (ex.: infecções que necessitaram de antibióticos) e

'maiores' (ex.: doenças requerendo hospitalização) foram consideradas variável independente .

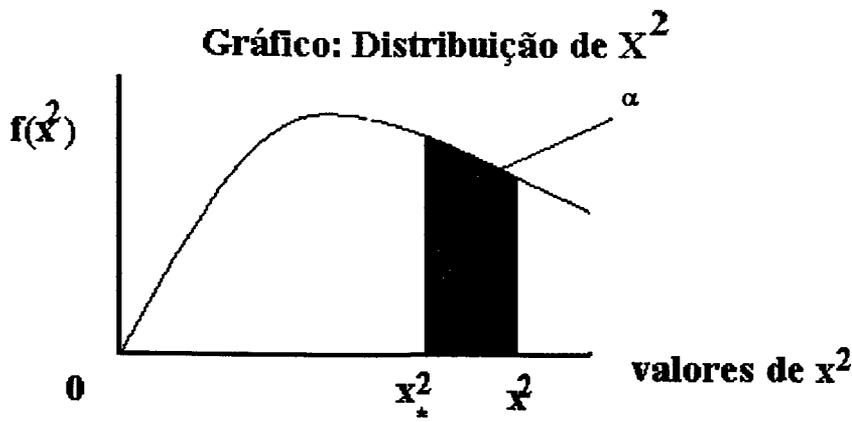
**7. Análise estatística:** Com as freqüências obtidas, inicialmente foi encontrada a razão de disparidade entre deprimidas e normais das variáveis. As técnicas estatísticas utilizadas incluíram a aplicação do Teste Qui-Quadrado, no sentido de obter uma aproximação da verdadeira freqüência considerando uma pequena probabilidade de estar cometendo um erro. Basicamente então, a partir das freqüências observadas das variáveis, obteve-se as freqüências esperadas se a variável "depressão" fosse independente das outras variáveis inquiridas durante a entrevista. Com as freqüências esperadas, calculou-se o valor Qui-Quadrado, que indicou a proximidade entre as freqüências observadas e as esperadas .

$$\chi^2 \text{ calculado} = \sum_{i=1}^K \frac{(O_i - E_i)^2}{F_i}$$

$O_i$  = freqüência observada

$E_i$  = freqüência esperada

Quando  $\chi^2$  calculado foi grande, resultado das grandes diferenças entre  $O_i - E_i$ , rejeitou-se a hipótese de que a variável "depressão" fosse independente das outras variáveis. Quando o  $\chi^2$  calculado foi pequeno aceitou-se a hipótese de que a variável "depressão" era independente das outras variáveis. A região crítica (RC) de rejeição da hipótese é dada pela região de valores  $\chi^2$  em que teríamos probabilidade  $\alpha$  de encontrar valores "pequenos" de  $\chi^2$  calculado , e portanto, de independência das variáveis. Considera-se " $\alpha$ " a área da curva do gráfico de distribuição do  $\chi^2$  com valor máximo igual a 1 dentro da qual se conclui por aceitar a hipótese de independência das variáveis considerando as diferenças estatisticamente não significativas a esse nível. O  $\chi^2$ . serão os valores grandes o suficiente para rejeitar a hipótese de independência das variáveis a partir dele.



Ou seja, a partir de  $\chi^2_*$  as frequências observadas nas variáveis serão consideradas verdadeiras e se aceitará a variável como significativa estatisticamente. Vimos também que existe uma probabilidade nesse caso da hipótese do  $\chi^2_{\text{calculado}}$  de uma variável qualquer ser independente de depressão; haverem diferenças entre  $\chi^2_{\text{calculado}}$  e  $\chi^2_*$ , não sendo porém a diferença considerada estatisticamente significativa. A idéia também aparentemente natural de se aceitar a variável caso  $\chi^2_{\text{calculado}}$  seja menor do que  $\chi^2_*$  quando este último é muito pequeno não seria recomendável, pois neste caso a probabilidade  $\alpha$  de rejeitar a hipótese de independência das variáveis em questão poderia chegar a valores grandes.

Como estamos tomando a decisão com base numa amostra de população de puérperas e não com base na população toda, corremos o risco de aceitar a hipótese e ela ser falsa (ou seja, há dependência entre depressão e a outra variável na população em geral e no teste das hipóteses encontramos que há independência na amostra) ou rejeitar a hipótese e ela ser verdadeira. Em geral, para evitar os falsos positivos, ou seja, falsa relação positiva entre a variável depressão e as outras variáveis, fixamos um valor pequeno  $\alpha=0,01 = 1\%$  ou  $\alpha=0,05 = 5\%$ , considerando este  $\alpha$  a probabilidade de erro para evitar os falsos negativos, ou seja, a não-relação entre a variável depressão e as outras variáveis. Para avaliar a falsa negatividade se fixa um valor  $\beta$ , mas o mesmo não será utilizado nesse estudo. Logo, a avaliação estatística nesse trabalho poderá errar por falsa-negatividade mas não por falsa-positividade.

Nesse estudo, para  $\alpha=5\%$  o limite da RC (com grau de liberdade = 1) é  $\chi^2_* = 3,84$ . Para  $\alpha=1\%$ , o limite da RC (com grau de liberdade = 1) é  $\chi^2_* = 6,63$ . As conclusões do Teste Qui-Quadrado nesse estudo foram baseadas em três condições:

1. Se  $\chi^2_{\text{calculado}} > 6,6$  rejeita-se a possibilidade de 'não-relação' ao nível de  $\alpha = 1\%$  e conseqüentemente em  $\alpha = 5\%$ , considerando-se nesse caso relação entre depressão e a outra variável.
2. Se  $\chi^2_{\text{calculado}} < 3,8$ , aceita-se a 'não relação' ao nível de  $\alpha = 5\%$  e conseqüentemente em  $\alpha = 1\%$ , considerando-se nesse caso não relação entre a variável depressão e a outra variável.
3. Se  $3,8 < \chi^2_{\text{calculado}} < 6,6$  a 'não-relação' será rejeitada ao nível de 5%, e aceita ao nível de 1%. Isto significa que se admitirmos um risco de 1% de probabilidade de cometer o erro (rejeitar a hipótese de independência entre depressão e a outra variável), a evidência amostral terá sido

significativa, no sentido de permitir a rejeição da hipótese com bastante convicção. A aceitação da hipótese de independência entre depressão e outra variável aqui indicará então insuficiência da evidência experimental no nível de significância desejada ou que houveram variáveis falsamente negativas no estudo estatístico em função da não avaliação do erro  $\beta$ .

## RESULTADOS:

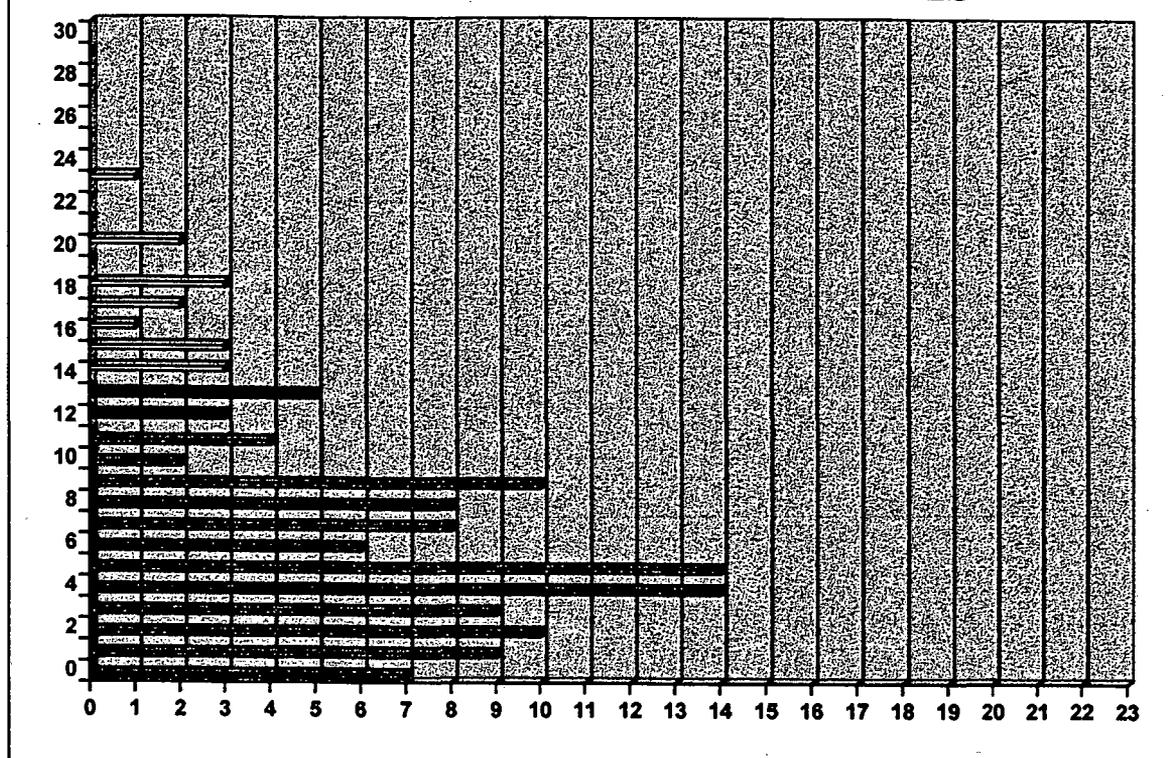
Dentre as características demográficas da população em estudo, verificou-se que 45,24% eram primigestas e 54,76% eram multiparas. As duas variáveis não diferiram com significação estatística nem em razão de disparidade maior do que 1 na idade média, renda familiar, estado civil e nível educacional. A amostra tinha uma variação de idade de 13 a 41 anos, com uma média de idade de 26,3 (DP 7,0861).

**Tabela 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO**

		PRIMÍPARA		MULTÍPARA	
		N	%	N	%
Número		57	45,24	69	54,76
Idade média		25,27(DP 6,6637)		26,87(DP 7,3922)	
* Renda familiar mensal *	até 5 SM	22	38,60	26	37,68
	5 a 7 SM	20	35,09	22	31,88
	7 a 9 SM	9	15,79	12	17,39
	↑ de 9 SM	6	10,53	9	13,04
Estado civil	casadas	31	54,39	38	55,07
	solteiras	4	7,02	3	4,35
	convivem	20	35,09	25	36,23
	separadas	2	3,51	3	4,35
Nível educacional	sem estudos	6	10,53	8	11,59
	até 4ª série do 1º grau	25	43,86	32	46,38
	até 8ª série do 1º grau	19	33,33	25	36,23
	até final do 2º grau	4	7,02	3	4,35
	nível superior	3	5,26	1	1,45

- SM = Salário mínimo

**Figura 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DO EPDS DE ACORDO COM OS PARTICIPANTES**



Depressão leve ou ausência de depressão
  Depressão grave
  Depressão moderada

A **figura 1** demonstra os escores obtidos utilizando o EPDS nas 126 participantes. Pode-se observar que 15 das participantes obtiveram escores no EPDS igual ou maior que 14 (11,90%) sendo consideradas então portadoras de transtorno depressivo grave. Oito participantes (6,35%) obtiveram escores no EPDS igual a 12 ou igual a 13, sendo consideradas portadoras de transtorno depressivo moderado. Cento e três participantes (81,75%) obtiveram escores no EPDS menor ou igual a 11 sendo consideradas não-deprimidas. No total 23 mulheres foram consideradas com transtorno depressivo representando uma incidência de 18,25%.

**Tabela 2: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO NOS GRUPOS DE ESCORE**

Embora as puérperas deprimidas (com escores no EPDS  $\geq 12$ ) e as não-deprimidas (com escores no EPDS  $\leq 11$ ) não se diferenciaram com significância estatística nos respectivos níveis de renda, observou-se que as puérperas com dificuldades econômicas graves recentes tiveram 5 vezes mais depressão que as puérperas com baixos escores. Talvez a diferença do nível de renda entre os intervalos do que foi considerado "classe" tenha sido pouco significante. Como não houveram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis primípara e múltiparas deprimidas ou houveram flutuações casuais típicas de amostra selecionada ou de fato a hipótese não se verifica na realidade

GRUPOS DE ESCORE		EPDS $\leq 11$ n = 103		EPDS de 12-13 n = 8		EPDS $\geq 14$ n = 15		RAZÃO DE DISPARIDADE	**SIGNIFICADO ESTATÍSTICO
		N	%	N	%	N	%		
Primípara		43	41,74	5	62,5	9	60	2,17	
Múltipara		60	58,25	3	37,5	6	40	0,46	$\chi^2$ calculado= 2,77
Nível de Renda Familiar	até 5 SM	35	33,98	6	75	7	46,66	2,55	
	5 a 7 SM	36	34,95	2	25	4	26,66	0,65	
	7 a 9 SM	19	18,45	0	-	2	13,33	0,42	
	1 de 9 SM	13	12,62	0	-	2	13,33	0,66	
Dificuldades econômicas recentes		7	6,80	2	25	5	33,33	5,05	$\chi^2$ calculado= 10,63

- \* Excesso de pacientes do grupo expostas a esta variável em relação às não expostas
- \*\* Teste de Qui-Quadrado

Das 126 mulheres, 21 referiram mau relacionamento com o parceiro. Dessas 21, 2/3 referiram exclusivamente na gestação (provavelmente causado pelo advento). Das 23 mulheres deprimidas, 5 referiram mau relacionamento com o parceiro na gestação, sendo portanto 4 vezes mais freqüente em relação às não-deprimidas.

Das 126 puérperas, 35 referiram mau relacionamento com o parceiro e/ou familiares e amigos. Destas 35 puérperas, 24 referiram mau relacionamento com familiares e amigos, e 21 com o marido. Das 23 mulheres deprimidas, 10 referiram mau relacionamento social, sendo 5 com o marido e 8 com familiares e amigos. Conclui-se que é 2,5 vezes mais freqüente mau relacionamento com familiares e amigos do que com o parceiro nas mulheres consideradas deprimidas, sendo essa variável estatisticamente significativa à nível de 5%. Aqui encontramos o resultado que as mulheres parecem poupar um pouco mais seus parceiros do que aos familiares e amigos.

O fenômeno não depressão/depressão é dependente do fenômeno separada/solteira, ou seja, a razão de disparidade de 5,7 entre deprimidas solteiras ou separadas e não-deprimidas solteiras ou separadas é estatisticamente significativa. Já a razão de disparidade de 2,46 de depressão em mulheres que tiveram gravidez não planejada / indesejada não foi significativa estatisticamente.

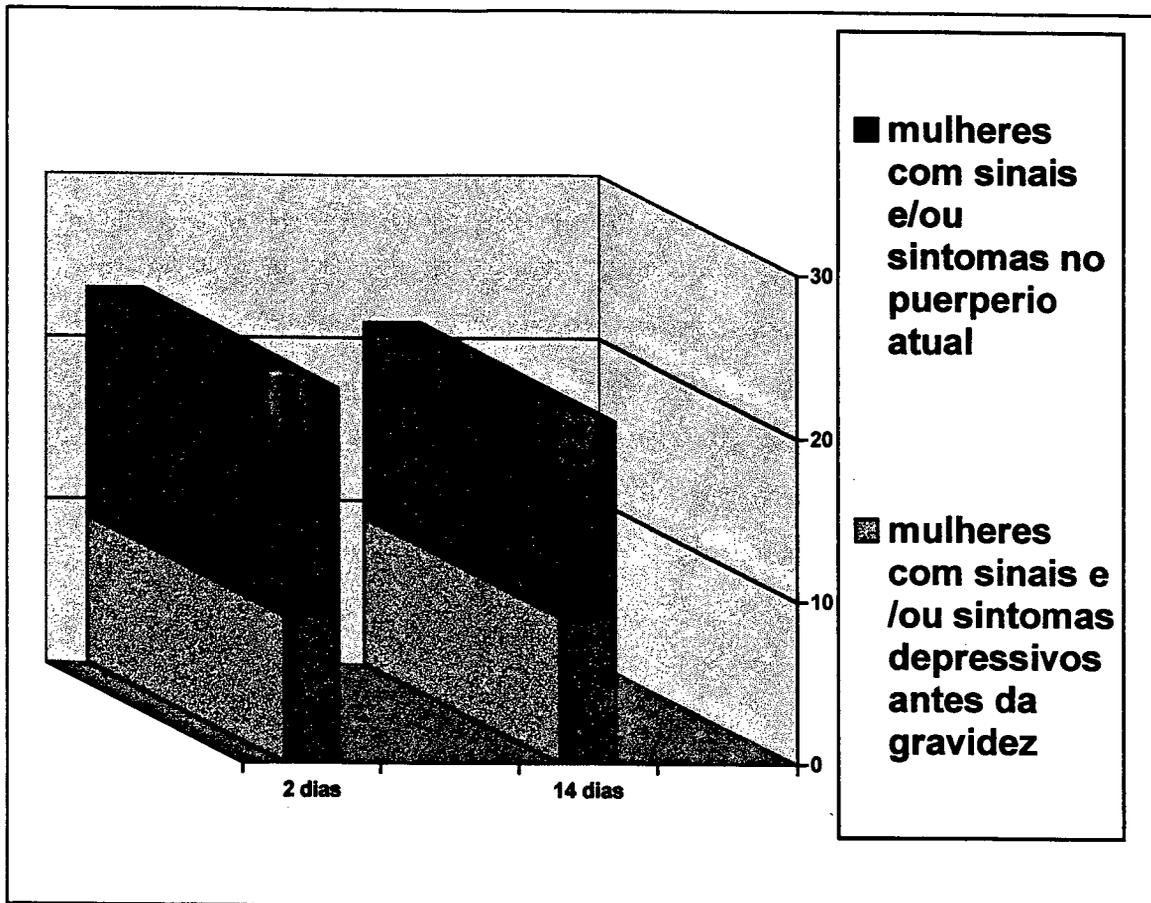
**Tabela 3: DETERIORAÇÃO DOS RELACIONAMENTOS COM O MARIDO, FAMILIARES E AMIGOS DE ACORDO COM O GRUPO DE ESCORE**

GRUPOS DE ESCORE	EPDS ≤ 11 n = 103		EPDS de 12-13 n = 8		EPDS ≥ 14 n = 15		RAZÃO DE DISPARIDADE	**SIGNIFICADO ESTATÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
Mau relacionamento antes da gravidez com o parceiro (n=126)	6	5,82	0	0	1	6,66	0,736	$\chi^2$ calculado = 0,078
Mau relacionamento durante a gravidez com o parceiro (n=114)	15	14,56	1	1,25	3	20	1,21	$\chi^2$ calculado = 0,105
Mau relacionamento com familiares e/ou amigos (n=126)	16	15,53	3	37,5	5	33,33	2,9	$\chi^2$ calculado = 4,5
Com o parceiro ausente (solteira/separada) (n=12)	6	5,83	2	25	4	26,66	5,70	$\chi^2$ calculado = 8,95
Gravidez atual não planejada (n=126)	53	51,46	5	62,5	11	73,33	2,16	$\chi^2$ calculado = 2,48

\* Excesso de pacientes do grupo expostas a esta variável em relação às não expostas

\*\* Teste de Qui-Quadrado

**Figura 2: NÚMERO DE PACIENTES DEPRIMIDAS NO DIA DA ALTA HOSPITALAR E APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS APÓS O PARTO.**



Conclui-se que das 23 mulheres depressivas da amostra, 9 referiram algum sintoma ou diagnóstico prévio de depressão .

As puérperas deprimidas tiveram filhos de menor peso em comparação às não-deprimidas, ainda que essa diferença não seja estatisticamente significativa (pesos médios de  $3012 \pm 354\text{g}$  e  $3492 \pm 326\text{g}$  respectivamente). Apesar de termos encontrado uma prevalência 2,36 vezes maior de recém-nascidos pequenos ao nascer em deprimidas, uma prevalência de sofrimento fetal 2,94 vezes maior em deprimidas, e uma prevalência de patologias do recém-nascido moderada à grave 1,57 vezes maior em deprimidas, esses achados não tiveram significação estatística

**Tabela 4: SAÚDE FÍSICA DO RECÉM-NASCIDO (RN) DE ACORDO COM OS GRUPOS DE ESCORE**

GRUPOS DE ESCORE	EPDS $\leq 11$ n = 103		EPDS de 12-13 n = 8		EPDS $\geq 14$ n = 15		RAZÃO DE DISPARIDADE	**SIGNIFICAD O ESTATÍSTICO
	N	%	N	%	N	%		
RN Pequeno para a idade gestacional	4	3,88	1	12,5	1	6,66	2,36	$\chi^2$ calculado = 0,96
Sufrimento fetal (APGAR $\leq 5$ )	5	4,85	1	12,5	2	13,33	2,94	$\chi^2$ calculado = 2,12
Patologia do RN moderada ou grave	9	8,74	0	12,5	3	20	1,57	$\chi^2$ calculado = 0,40

\* Excesso de pacientes do grupo expostas a esta variável em relação às não expostas

\*\* Teste de Qui-Quadrado

Das 126 mulheres da amostra, 99 iniciaram o trabalho de parto espontaneamente, em 14 foi induzido o trabalho de parto e 13 fizeram cesariana programada previamente, não entrando em trabalho de parto. Das 113 mulheres que entraram em trabalho de parto, 91 tiveram seus filhos por parto vaginal e 22 fizeram cesariana de urgência. Das 91 mulheres que tiveram filhos por parto vaginal, 83 tiveram início de parto espontaneamente e em 8 foi induzido o trabalho de parto. Das 22 mulheres que necessitaram de cesariana de urgência, 16 iniciaram o parto espontaneamente e 6 iniciaram seus partos com indução.

Das 23 mulheres deprimidas, 2 fizeram cesariana programada não entrando em trabalho de parto, 16 entraram em trabalho de parto espontaneamente e 5 induziram o início do trabalho de parto. Das 21 restantes, 14 tiveram parto vaginal, tendo 11 dessas início espontâneo e 3 início por indução do parto. Das 7 deprimidas que fizeram cesariana de urgência, 5 iniciaram o trabalho de parto espontaneamente e 2 iniciaram o trabalho de parto com indução do mesmo.

Conclui-se a partir desses dados que proporcionalmente menor número de mulheres deprimidas programaram uma cesariana (10,32% do total de mulheres e 8,70% do total de deprimidas). Quanto ao início do trabalho de parto, conclui-se que proporcionalmente um menor número de mulheres deprimidas iniciou seu parto espontaneamente (69,57% do total de deprimidas em contraste com 78,57% do total de mulheres da amostra). Também conclui-se que as mulheres deprimidas tiveram seu trabalho de parto iniciado por indução quase 3 vezes mais do que as mulheres não deprimidas. Quanto ao término do trabalho de parto, as puérperas consideradas deprimidas terminaram proporcionalmente menos seus partos por via vaginal que as normais (66,67% em contraste com 80,53%), e necessitaram de 2,56 vezes mais que fosse recorrida à cesariana de urgência. Como as diferenças entre as frequências foram muito pequenas, não pudemos qualificar nenhuma das variáveis relativas ao parto em deprimidas com convicção estatística.

Quanto à presença de qualquer doença antes da gravidez não se encontra associação entre depressão e doença prévia. Há de se considerar aqui que as mulheres com doenças sabidamente relacionadas com depressão, como por exemplo, malignidades, disfunções tiroideanas, síndrome da imunodeficiência adquirida e psicoses não são eleitas para a amostra. A única alteração antes da gravidez que pode estar relacionada com a depressão é a presença de sintomas pré-menstruais, quando se encontrou uma disparidade 3,6 vezes maior em deprimidas.

Das gestações consideradas “de risco”, quatro variáveis pareceram demonstrar disparidade percentual entre deprimidas e normais.

Referida como ‘praticamente diária’, 9 mulheres não-deprimidas referiram hiperemese e/ou náuseas tardias em contraste com 4 mulheres deprimidas, o que significa que 2,2 vezes mais depressão está relacionada com essa variável.

Somente 2 mulheres não deprimidas referiram ameaça de aborto com hemorragia durante a gestação. Poderia se concluir que 2,3 vezes mais mulheres com ameaça de aborto tem depressão.

Como não houveram condições para distinguir as mulheres com hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia ou gestacional e pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, a HAS foi tratada como variável única. Conclui-se nesse tópico que as mulheres consideradas deprimidas tiveram 2,58 vezes mais HAS durante a gravidez do que as não-deprimidas.

Da mesma forma não foi possível distinguir pelo prontuário ou pela história se a infecção do trato urinário (ITU) era alta e/ou baixa. Então foram consideradas portadoras de ITU mulheres que referiram diagnóstico prévio ou gestacional de ITU, alta ou baixa. Concluiu-se que 7,63 vezes mais as consideradas deprimidas tiveram ITU em relação às não deprimidas e essa variável foi estatisticamente significativa somente com uma probabilidade de erro de 5%. As outras variáveis relativas às gestações de risco não foram estatisticamente significativas.

**Tabela 5: SAÚDE FÍSICA PREGRESSA DA PUÉRPERA, TIPO DE PARTO E PATOLOGIAS GESTACIONAIS ESPECÍFICAS DE ACORDO COM OS GRUPOS DE ESCORE**

GRUPOS DE ESCORE		EPDS ≤ 11 n = 103		EPDS de 12-13 n = 8		EPDS ≥ 14 n = 15		* RAZÃO DE DISPARIDADE	**SIGNIFICADO ESTATÍSTICO
		N	%	N	%	N	%		
Qualquer tipo de doença antes da gravidez		43	41,75	2	25	4	26,66	0,49	$\chi^2=1,94$
Presença de tensão pré-menstrual		40	38,83	5	62,5	11	73,33	3,6	$\chi^2=7,19$
Algumas patologias específicas durante a gestação	ameaça de aborto	2	1,94	0	0	1	6,66	2,30	$\chi^2=0,46$
	HAS	10	9,71	2	25	3	20	2,58	$\chi^2=2,59$
	ITU	18	17,48	3	37,5	6	40	3,03	$\chi^2=5,23$
	Presença de hiperemese ou náuseas tardias	9	8,74	1	12,5	3	20	2,20	$\chi^2=0,17$
Início do trabalho de parto	espontâneo	83	80,58	5	62,5	11	73,33	0,68	$\chi^2=0,01$
	cesárea programada	11	10,68	1	12,5	1	6,66	0,38	$\chi^2=0,045$
	indução	9	8,74	2	25	3	20	2,9	$\chi^2=0,84$
Término do trabalho de parto	espontâneo	77	74,56	5	62,5	9	60,00	0,5	$\chi^2=0,85$
	cesárea urgente	15	14,56	2	25	5	33,33	2,56	$\chi^2=0,85$

\* Excesso de pacientes do grupo expostas a esta variável em relação às não expostas

\*\* Teste de Qui-Quadrado

## CONCLUSÃO

A incidência de 18,25% de transtornos depressivos em puérperas aqui encontrada é similar àquela encontrada em países do primeiro mundo devido provavelmente à não-evidência em nosso estudo de correlação estatística entre fatores demográficos e depressão no puerpério. Esse dado por si só vem a confirmar a possibilidade de utilização da Escala para depressão puerperal de Edinburgh como instrumento efetivo de triagem para transtornos depressivos também em nosso meio.

Os fatores de risco relacionados à depressão puerperal em nossa amostra foram:

- a) Crise econômica grave recente
- b) Mau relacionamento com familiares
- c) Separada / Solteira
- d) Presença de Sintomas Pré-menstruais
- e) Infecção do trato urinário

A tabela 6 mostra a freqüência de situações onde se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre deprimidas e normais:

**Tabela 6: DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS**

VARIÁVEIS	RAZÃO DE DISPARIDADE	$\chi^2$ CALCULADO **	$\chi^2 = 6,63$ $\alpha = 1\%$	$\chi^2 = 3,84$ $\alpha = 5\%$
Crise econômica grave	5,05	10,63		
Mau relacionamento com familiares	2,9	4,51		
Separada / Solteira	5,7	8,95		
Presença de sintomas pré-menstruais	3,6	7,19		
Infecção do trato urinário	3,03	5,23		

## DISCUSSÃO

Há anos se difunde a idéia que os quadros depressivos se vinculam diretamente com o processo reprodutivo. Nossos resultados carecem de medições biológicas passíveis de confirmar essa associação, porém respaldamos aqui os trabalhos que demonstram fatores hormonais, psiquiátricos e sociais como também fundamentais na etiologia desses quadros<sup>23</sup>. Como o puerpério constitui-se de uma situação de grande transcendência no ciclo vital feminino, com conseqüências duradouras fisiológicas, psíquicas e interpessoais, é compreensível a alta prevalência de problemas emocionais neste período da vida.

Muitos estudos têm demonstrado que doença depressiva ocorre numa elevada taxa no ano seguinte após o parto<sup>13</sup>, e a incidência de 18,25% aqui encontrada é similar em outros estudos.

As feições da depressão neurótica no puerpério têm sido descritas por Pitt (1968)<sup>13</sup> como "atípica" e inclui eventos associados como fadiga, irritabilidade (especialmente relacionada ao esposo e familiares), distúrbios do apetite (usualmente anorexia), insônia e queda do libido. Há de se considerar que alguns desses sintomas fazem parte de um puerpério normal. Por exemplo, as demandas de um aleitamento regular, cólicas do bebê podem causar dissonias ou alimentação irregular da mãe. Nesse ponto surgem os problemas ao se identificar um "caso" usando as escalas psicométricas. Kearns<sup>13</sup> recomendou a se descontinuar o uso dessas escalas no puerpério (especialmente o Inventário para depressão de Beck) em função da baixa sensibilidade (60%) como instrumento de triagem para depressão, embora possam ser úteis na monitorização do tratamento ambulatorial (por exemplo, resposta à medicação anti-depressiva). Snaith<sup>13</sup> (1987) refere que essas escalas omitem a feição essencial da depressão, ou seja, a anedonia (baixa habilidade de sentir satisfação).

O EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression*) utilizado em nosso estudo, reportado em outros estudos<sup>D</sup>, por ter elevada sensibilidade e especificidade, não inclui situações onde sintomas depressivos estão apresentados, mas não de severidade suficiente para serem classificados nos critérios de depressão pré-estabelecidos.

Pôde ser observado na figura 2 que a incidência de novos casos foi significativa no período puerperal imediato. Pitt<sup>3</sup> relatou experiências prolongadas ou repetidas de depressão iniciada no puerpério, que podem se prolongar até durante sete anos após o parto. Esse achado suporta a hipótese que em pelo menos alguns casos, os sintomas mentais estão intimamente ligados ao nascimento do bebê, e de outra forma talvez não existissem. Por outro lado, também foi representativa em nosso estudo a associação entre história prévia de depressão e depressão puerperal, de onde se pode concluir que nesses casos, o nascimento do bebê foi somente um elemento precipitante de uma crise depressiva, que ocorreria independentemente do puerpério. O'Hara<sup>23</sup> descreveu ostensivamente essa associação.

Nosso estudo sugere que a incidência de depressão é mais comum em mulheres sem parceiros e com crise econômica grave recente, concordando nesse aspecto com a literatura vigente<sup>15</sup>.

☉ Sugerimos também, com frequência estatisticamente significativa, a influência de parceiros, familiares e amigos, bem fundamentada também em estudos prévios. Boyce<sup>12</sup>, num estudo prospectivo, fundamentou que mulheres de esposos

pouco familiarizados aos cuidados da criança têm um risco moderado de iniciar um quadro depressivo após o parto. Marks<sup>12</sup> fundamentou que ruim relacionamento com parceiros era fator predictivo de doenças na mulher após o parto. Hickmann e Rickmann<sup>12</sup> introduziram grupos de apoio com parceiros e familiares para as gestantes, obtendo resultados satisfatórios. Dentro dos baixos escores do EPDS, a gravidez parece ser um pequeno impacto no relacionamento social da mulher, com mais de 80% relatando bom relacionamento antes e durante a gravidez. Apenas dentro dos elevados escores do EPDS que a deterioração do relacionamento se eleva dramaticamente. Há de se observar aqui que pode também acontecer o inverso: uma atitude mental das mulheres pode influenciar o afastamento do apoio social que ela recebia previamente à gestação, e conseqüentemente, piorar seus relacionamentos sociais. Ainda que pese em vários estudos<sup>3,23</sup> ter se associado depressão materna e mau relacionamento com o parceiro, são escassos os trabalhos que demonstram que o conflito marital precede a depressão.

Os fatores relacionados a saúde do bebê parecem representar na maioria dos casos somente um agravo diante de uma predisposição materna para depressão, não se tratando propriamente de 'causa'<sup>23</sup>. Logo, parece mais provável que a mulher deprimida gerou um bebê doente, pequeno para a idade gestacional ou com sofrimento fetal do que o recém-nascido tenha levado à depressão da mulher. Apesar de conseguirmos obter certa disparidade percentual nas variáveis relativas à saúde do bebê, o número reduzido de casos não permitiu avaliações estatisticamente significativas.

Quanto à presença de doenças prévias à gestação, não obtivemos disparidade estatística, somente em relação à sintomatologia antes da menstruação. É relatado que a tensão pré-menstrual, a hiperemese e as náuseas tardias<sup>15</sup> estão descritas como condições hormonais bem relacionadas com depressão no puerpério. Este achado fortalece a suposição que um dos fatores envolvidos na gênese da depressão puerperal pode ser sensibilidade aumentada ao dramático declínio dos níveis hormonais reprodutivos imediatamente após o parto. Esse achado, além de talvez futuramente contribuir na elucidação da fisiopatologia da doença depressiva, pode ser uma informação útil para se levar a parceiros e familiares da gestante ou puérpera.

Alguns estudos<sup>24</sup> têm associado evidências de relação entre as gestações consideradas de alto risco (placenta prévia, diabetes, trabalho de parto com menos de 37 semanas, toxemia gravídica) e gestações de moderado risco (hiperemese gravídica, anemia leve, leves estados hipertensivos) com a depressão puerperal, relatando que essas pacientes tiveram 2,45 vezes mais depressão no puerpério. Em nosso estudo, se observou em aproximadamente 40% das gestantes deprimidas algum tipo de patologia, sendo a mais freqüente infecção do trato urinário, seguida de hipertensão arterial e ameaça de abortamento. Somente a variável 'infecção do trato urinário' demonstrou-se estatisticamente conclusiva. A associação pode dever-se ao fato que um quadro infeccioso atue gerando um estresse de forma a predispor a um transtorno emocional no puerpério e/ou determinação direta do déficit do funcionamento do sistema imune resultando em hipofrontalidade do córtex frontal e depressão.

Das 126 mulheres da amostra conclui-se que proporcionalmente menor número de mulheres consideradas deprimidas programaram uma cesariana, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa. As mulheres deprimidas tiveram seu parto iniciado por indução quase duas vezes maior do que as não-deprimidas. Quanto ao término do trabalho de parto, as deprimidas terminaram

proporcionalmente menos seus partos por via vaginal que as normais , necessitando de 2,56 vezes mais que fosse recorrida à cesariana de urgência. Embora nenhum dos dados relativos à forma de início e término do trabalho de parto foi significativo estatisticamente, concordam em grande parte com a literatura vigente. Prévios estudos relacionaram distúrbios de saúde mental com secção cesariana<sup>3</sup>. Outros estudos demonstraram também sem significação estatística uma maior prevalência de depressão em mulheres que foram submetidas à indução de parto ou cesariana de urgência<sup>24</sup>. Assim, as variáveis relativas ao parto podem atuar como fator predictivo significativo, com prevalências mais elevadas nas categorias 'indução' e 'cesariana de urgência'. As descobertas desse estudo suportam a hipótese que distúrbios mentais no puerpério parecem ser únicos, e estão associados ou agravados pelos eventos relacionados ao parto , algumas patologias gestacionais e hormonais prévias, saúde do bebê , fatores demográficos e sociais.

Algumas limitações do nosso estudo devem ser observadas. Primeiramente, o exemplo de 126 mulheres é relativamente pequeno para a validação de um instrumento de triagem comparativamente ao usado por Cox et al<sup>38</sup> Harris et al<sup>13</sup> em seus estudos. Mesmo assim, nossos resultados foram similares àqueles de Murray e Carothers<sup>14</sup> que usou uma amostragem maior. Como nossa intenção não é a de uma investigação epidemiológica, e sim demonstrar a utilidade do EPDS numa futura investigação, concluímos evidências empíricas da aplicação do EPDS e sugerimos sua utilidade como instrumento de triagem. Deveria ser confirmado em população maior, mais diversa, relacionando medições hormonais, relações com o aleitamento e o trabalho da mulher. Finalmente, desejamos assinalar que os resultados aqui encontrados coincidem em geral aos encontrados em países desenvolvidos, com exceção das variáveis 'infecção do trato urinário', na qual não foram encontradas referências em países considerados desenvolvidos, e 'presença de sintomatologia depressiva prévia', na qual encontramos índices maiores de prevalência em depressivas em relação aos relatados nos outros trabalhos.

22. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *Can Med Assoc J.* 1994; 151: 1601-1604.
23. Jadresic EM, Jara CV, Araya RB. Depressión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat.* 1992; 39: 63-74.
24. Burger J, Horwitz SMC, Forsyth BWC, Leventhal JM and Leaf PJ. Psychological sequelae of medical complications during pregnancy. *Pediatrics.* 1993; 91 :566-571.
25. Lecrubier I. Depressão na prática médica. Boletim do Comitê Brasileiro para Prevenção e tratamento da Depressão. 1995; 24: 356-357.
26. Littlefield VM and Adams B. Participacion in alternative care: relationship to anxiety, depression and hostility. *Research in Nursing & Health.* 1990; 13-25.
27. Mackinnon & Yudofsky. A avaliação psiquiátrica na prática clínica. 1990: 17-123, 188-194.
28. Maes M, Claes M, Schotte CVR. Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of l-tryptophan and tyrosin in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *Journal of Psychosomatic Research.* 1992; 36: 191-197.
29. Mebert C. Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Psychology and Psychiatry.* 1992; 33: 543-561.
30. O'Hara M and Laurie M.C. Prospective study of postpartum depression: 4 ½ - year follow-up of women and Children. *Journal of Abnormal Psychology.* 1991; 100: 151-155.
31. Steiner M. Female-specific mood disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 1993; 35: 599-607.
32. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry.* 1990; 35: 89-95.
33. Kumar R, Robson KW. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry.* 1984; 144: 35-47.
34. Uddenberg N, Engleson I. Prognosis of postpartum mental disturbance. *Acta Psychiatr Scand.* 1978; 58: 201-12.
35. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM. Impact of postpartum depression on cognitive development of young children. *Br J Psychiatry.* 1986; 292: 1165-67.
36. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF & Cox JL. Postnatal depression end child development. *Br J Psychiatry.* 1985; 146: 622-627.
37. Margison F & Brockington IF. Motherhood and mental illness. Ed. IF. London: *Academic Press/ Grune and Stratton.*
38. Cox JL, Holden JM, Sagovski R. Deteccion of postnatal depression. Development of 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 782-786.
39. Ayres M e Júnior AM. Aplicações estatísticas em Basic. 1987: 98-128.
40. Rey L. Planejar e redigir trabalhos científicos. Editora Fundação Oswaldo Cruz, 1987: 133-166.

**APÊNDICE**  
**PERFIL DAS PUÉRPERAS CONSIDERADAS**  
**DEPRIMIDAS PELO EPDS**  
**• TRANSTORNOS DEPRESSIVOS GRAVES**

CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7	CASO 8	CASO 9	CASO 10	CASO 11	CASO 12	CASO 13	CASO 14	CASO 15	VARIÁVEIS
															Separada / Solteira
															mau relacionamento parceiro durante gravidez
															mau relacionamento parceiro antes gravidez
															mau relacionamento família/amigos durante gravidez
															provável depressão progressiva
															RN pequeno para a idade G
															RN sofrimento fetal
															Patologia do RN mod.-grave
															qualquer doença antes gravidez
															início espontâneo
															cesária programada
															indução de parto
															cesária urgente
															parto vaginal
															ameaça de aborto
															HAS
															ITU
															Hiperemese e Náuseas Tardias
															Síndrome da tensão pré-menstrual
															Crise econômica grave recente

• **TRANSTORNOS DEPRESSIVOS MODERADOS**

CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7	CASO 8	VARIÁVEIS
								Separada / Solteira
								mau relacionamento parceiro durante gravidez
								mau relacionamento parceiro antes gravidez
								mau relacionamento família/amigos durante gravidez
								provável depressão progressa
								RN pequeno para a idade G
								RN sofrimento fetal
								Patologia do RN mod.-grave
								qualquer doença antes gravidez
								início espontâneo
								cesária programada
								indução de parto
								cesária urgente
								parto vaginal
								ameaça de aborto
								HAS
								FTU
								Hiperemese e Náuseas Tardias
								Síndrome da tensão pré-menstrual
								Crise econômica grave recente

## ***The EPDS (Cox, 1987)***

- 1. I have been able to laugh and see the funny side of things.***
- 2. I have looked forward with enjoyment to things.***
- 3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.***
- 4. I have been anxious or worried for no good reason.***
- 5. I have felt scared or panicky for no very good reason.***
- 6. Things have been getting on top of me.***
- 7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.***
- 8. I have felt sad or miserable.***
- 9. I have been so unhappy that I have been crying.***
- 10. The thought of harming myself has occurred to me.***

**TCC  
UFSC  
TO  
0041**

**Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC TO 0041

Autor: Pacheco, Luciane

Título: Fatores de risco para os transto



972814869

Ac. 254187

Ex.1 UFSC BSCCSM