

PERFIL OBSTÉTRICO E SOCIAL DE PACIENTES COM ALTO ESCORE PARA RASTREIO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

OBSTETRIC AND SOCIAL PROFILE FOR SCREENING PATIENTS WITH HIGH SCORE FOR POSTPARTUM DEPRESSION

Poliana Lopes Rodrigues dos Santos¹
Letícia Weiler Prado²
Felipe Perinazzo da Rosa³
Vagner Fagnani Linartevischi⁴
Adriano Luiz Possobon⁵

RESUMO: A depressão pós-parto é definida como depressão maior que não possui características psicóticas, tem início nas quatro primeiras semanas após o parto e pode durar até um ano. A ocorrência está associada a deficiências no desenvolvimento cognitivo e social da criança, além de gerar danos para a saúde da mulher e problemas conjugais. Possui alta incidência, mas muitas vezes não é diagnosticada precocemente para tratamento correto. O presente estudo buscou determinar a presença de um perfil obstétrico e social de maior risco para desenvolver a doença, facilitando o diagnóstico precoce. Vinte e uma puérperas responderam um questionário social e obstétrico juntamente à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo durante visita domiciliar. Foram consideradas de alto risco as puérperas com pontuação maior ou igual a doze. Os fatores que mais se associaram com o alto risco foram: o maior número de filhos, a ocorrência de um aborto, baixo nível socioeconômico, histórico pessoal e familiar de doença psiquiátrica, complicações gestacionais, sensação de não possuir suporte durante a gestação e pós-parto e não possuir ajuda para cuidar do filho.

1533

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Saúde pública. Epidemiologia.

¹Médica formada pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7038-4340> Cascavel, Paraná.

²Médica formada pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0797-0902> Cascavel, Paraná, Brasil.

³Acadêmico do 12º período do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9396-8165> Cascavel, Paraná.

⁴Farmacêutico-Bioquímico graduado pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Mestre e Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Cascavel, Paraná.

⁵Médico graduado pela Universidade Católica de Pelotas, especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas, Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Docente do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná.

ABSTRACT: Postpartum depression is defined as major depression that does not have psychotic characteristics. It starts in the first weeks after childbirth and can last up to a year. The occurrence is associated with deficiencies in the child's cognitive and social development, in addition to cause damage to women's health and marital problems. It has a high incidence, although it isn't diagnosed earlier, what makes difficult the correct treatment. The present study sought to determine the presence of an obstetric and social profile of greater risk for developing a disease, facilitating early diagnosis. Twenty-one postpartum women completed a social and obstetric questionnaire along with the Edinburgh Postpartum Depression Scale during a home visit. Postpartum women with a score greater than or equal to twelve were considered at high risk. The factors that were most associated with high risk were: the largest number of children, the occurrence of an abortion, low socioeconomic status, personal and family history of psychiatric illness, gestational complications, feeling of not having support during pregnancy and postpartum and not having help to care for the child.

Keywords: Postpartum depression. Public health. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O pós-parto ou puerpério é envolvido por muitas transformações biológicas, psicológicas e sociais na vida da nova mãe, além disso é repleto de aspectos culturais, mitos e tabus. Tantas mudanças trazem grande risco para o desenvolvimento de desordens mentais, como a tristeza materna, depressão pós-parto e psicose puerperal (WHO, 2009; ALMEIDA, 2000). A depressão pós-parto é definida pelo DSM-5 como depressão maior que não possui características psicóticas, com início dentro de quatro semanas do parto e duração de até um ano (American Psychiatric Association, 2014).

É uma doença muito prevalente, sua incidência pode chegar até 40% das puérperas. O Brasil se encontra acima da média mundial e se aproxima dos países socioeconomicamente semelhantes (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). As mulheres que passaram por essa doença descreveram sintomas como cansaço excessivo, tristeza, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, sentimento de incapacidade, chegando aos sintomas mais preocupantes, que são pensamentos suicidas e pensamentos de causar dano ao bebê (IACONELLI, 2005). Além dessa sintomatologia vivenciada pela mulher, a doença é capaz de afetar toda a família, podendo prejudicar o desenvolvimento cognitivo do filho, aumentar o risco de depressão no parceiro e gerar conflitos conjugais (WHO, 2009).

A etiologia da doença não é totalmente definida, mas aceita-se que há uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. A abordagem médica é fundamentada nas variações hormonais que ocorrem nesse período, conhecidas como a teoria do apego biológico, mas é certo que esse fator não age isoladamente (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003; WHO, 2009). Em relação aos fatores psicológicos, a reelaboração de esquemas a respeito de si mesma pode interferir na saúde da puérpera. Pois, envolve grandes mudanças psicológicas na vida da mulher, como a mudança de papel social, a conciliação da maternidade com a sexualidade, a mudança corporal, a quebra de expectativa em relação ao filho e a sensação de imperfeição como mãe (IACONELLI, 2005).

A interferência de fatores sociais e obstétricos no desenvolvimento da depressão pós-parto é motivo de divergência entre estudos. Características que parecem influenciar na doença são: idade materna, estado civil, desemprego, nível de escolaridade, dificuldades na gestação, parto cesáreo, bebê com anomalias, número de filhos, gravidez não planejada, classe social, sexo do bebê indesejado, ausência de aleitamento materno, histórico de problemas psicológicos e baixo apoio emocional (KIM; DEE, 2018; LAGERBERG; MAGNUSSON, 2012; MCMAHON et al, 2015; BOYCE; HICKEY, 2005).

A depressão frequentemente apresenta-se como uma doença silenciosa e, nessa fase, pode ser confundida com o próprio puerpério. Por isso, muitas vezes não é identificada e tratada corretamente, causando danos imediatos e sequelas ao longo da vida para toda a família (KENNEDY; BECK; DRISCOLL, 2002; American Psychiatric Association, 2014). Com o diagnóstico da depressão, o tratamento pode ser iniciado com apoio e orientação sobre o assunto, intervenções multidisciplinares, acompanhamento psicológico e psiquiátrico e uso de medicação, a depender da gravidade dos sintomas, diminuindo o risco de danos (IACONELLI, 2005). Visado a intervenção precoce e seus benefícios, o presente trabalho buscou identificar características obstétricas e sociais de puérperas com maior risco de desenvolver a doença, segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, com intuito de que exista um perfil em comum entre elas. Isso para facilitar o reconhecimento das pacientes, além de buscar dados em relação a influência desses fatores no desenvolvimento da depressão pós-parto.

MÉTODOS

O delineamento da pesquisa deu-se por corte transversal dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e de um questionário estruturado para puérperas. A pesquisa incluiu pacientes que estavam dentro dos primeiros seis meses de pós-parto, eram assistidas pela Unidade Básica de Saúde São Cristóvão e possuíam mais de dezoito anos. Os questionários foram aplicados durante visitas domiciliares previamente agendadas, após busca ativa na Unidade de Saúde.

O procedimento foi autorizado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz (CAAE 44567021.6.0000.5219) e pela secretaria municipal de saúde do município de Cascavel Paraná. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido foi aplicado junto com os questionários e devidamente assinado pelas puérperas participantes da pesquisa.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é autoaplicável, constituída por 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), que avaliam a presença e intensidade de sintomas depressivos. A escala não permite diagnosticar a depressão pós-parto, mas é útil para rastreio da doença. O ponto de corte utilizado para sugerir alto risco de depressão pós-parto foi 12 pontos, pois há indicação de que 11/12 é o ponto de corte ideal para a população brasileira (SANTOS et al, 2007).

O questionário biopsicossocial contém as seguintes perguntas: idade, estado civil, número de filhos vivos, já teve um aborto, renda familiar, quantas pessoas moram na casa, escolaridade, a gravidez foi planejada, a gravidez foi desejada, amamenta o bebê no peito, já teve alguma doença psicológica, tem histórico familiar de doença psicológica, acredita ter recebido suporte durante a gravidez e pós-parto, quem ofereceu apoio, teve dificuldade financeira na gestação e no pós-parto, possui ajuda para cuidar do filho, acredita ter recebido atendimento adequado no pré-natal (pelos profissionais da saúde), teve complicações na gestação, teve complicações no parto, o parto foi normal ou cesáreo, acredita ter recebido atendimento adequado durante o parto e a criança nasceu com alguma doença ou malformação. Todas respondidas de forma objetiva. Os dois questionários foram comparados a fim de avaliar se as pacientes que possuem alta chance para depressão pós-parto, segundo a Escala de Depressão Pós-Parto Edimburgo, possuem características psicossociais e obstétricas em comum.

RESULTADOS

Durante busca ativa setenta e três puérperas preencheram critérios para participar da pesquisa, vinte e uma foram encontradas em casa e aceitaram participar. Entre essas, 8 classificaram-se como alto risco para desenvolver Depressão Pós-parto segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – pontuação maior ou igual a doze pontos – o que representa 38,09% das puérperas entrevistadas. Durante análise de dados, esse ponto de corte foi utilizado para dividir entre alto e baixo risco e assim analisar os dados sociais e obstétricos. Uma puérpera passou por aborto na última gestação, isso gerou variação em alguns dados.

Ao decorrer da pesquisa, percebeu-se que o perfil etário estava entre 20 e 40 anos, onde apenas duas mulheres possuíam mais que 40 anos. A tabela 1 ilustra a variação etária das participantes.

Tabela 1 - Variação etária das puérperas incluídas no estudo.

Variável	Mulheres com baixo risco para DPP (n=13).		Mulheres com alto risco para DPP (n=8).	
	N	Frequência (%)	N	Frequência (%)
Idade				
20-25 anos	6	46,1%	1	12,5%
25-30 anos	2	15,4%	6	75%
30-35 anos	2	15,4%	1	12,5%
35-40 anos	1	7,7%	0	
>40 anos	2	15,4%	0	

1537

Fonte: o autor. Legenda: DPP – depressão pós-parto. N – tamanho amostral.

Em relação ao estado civil, 90,5% eram casadas ou moravam junto, o que limita a possibilidade de avaliar a interferência desse fator no desenvolvimento da depressão. Entre as puérperas solteiras haviam 12,5% das de alto risco e 7,6% das de baixo risco, nenhuma entrevistada era viúva ou divorciada. A porcentagem de puérperas que já teve um aborto foi maior (37,5%) entre as de alto risco para depressão pós-parto quando comparada as de baixo risco (23,1%).

A quantidade de filhos (Tabela 2) predominante foi um filho por participante, o número mais presente entre as de risco aumentado foi de 2 filhos (37,5%), enquanto entre as de baixo risco foi de 1 filho (53,8%).

Tabela 2 - Número de filhos vivos entre as participantes do estudo.

Variável	Mulheres com baixo risco para DPP (n=13).		Mulheres com alto risco para DPP (n=8).	
	N	Frequência (%)	N	Frequência (%)
1	7	53,8%	1	12,5%
2	3	23,1%	3	37,5%
3	3	23,1%	2	25%
4 ou mais	0		1	12,5%

Fonte: o autor. Legenda: DPP – depressão pós-parto. N – tamanho amostral.

A renda familiar mensal aproximada mais citada (38,5%) pelas puérperas de baixa pontuação no rastreamento foi entre dois e três salários mínimos; 15,4% menos que um salário mínimo; 30,7% entre um e dois salários mínimos e 15,4% mais que quatro salários mínimos. As puérperas de alta pontuação no rastreamento estavam em maioria (62,5%) entre um e dois salários mínimos; 12,5% menos que um e 25% entre dois e três salários mínimos.

O número de três pessoas convivendo em casa foi o mais prevalente durante a pesquisa. As puérperas com baixo risco para desenvolver a depressão pós-parto apresentaram os seguintes valores: 61,5% moravam em três pessoas, 23,1% moravam em quatro pessoas e 15,3% em cinco pessoas. Entre as de alto risco 12,5% moravam em duas pessoas, 12,5% em três pessoas, 25% em quatro pessoas, 37,5% em cinco pessoas e 12,5% em seis ou mais.

Em relação a escolaridade todas as pesquisadas haviam estudado por pelo menos um ano. Dentre as com baixo risco 23,1% tinham ensino fundamental incompleto; 38,4% ensino médio completo e 38,4% ensino superior completo. Entre as com chance aumentada para desenvolver a doença 25% tinham ensino fundamental incompleto; 12,5% fundamental completo; 37,5% ensino médio completo e 25% ensino superior completo.

A gravidez não foi planejada em metade das pesquisadas com alto risco para depressão pós-parto e em 53,8% das puérperas com baixo risco. A gravidez foi desejada por todas as mães com risco diminuído, enquanto 12,5% das de alto risco não desejaram. O aleitamento materno ocorre em 85,7% das entrevistadas, entre as puérperas que não amamentaram estavam 25% das de alto risco e 7,6% das de baixo risco. O histórico pessoal de doença psicológica estava presente em 46,1% das puérperas que possuíam risco diminuído para doença e em 75% das mulheres com risco aumentado. Enquanto o histórico familiar

positivo para doença psicológica foi de 62,5% para as mulheres com alto escore e 46,1% para as de baixo escore.

A pergunta sobre acreditar ter recebido suporte e/ou apoio durante a gestação e no pós-parto foi respondida positivamente por 84,6% das puérperas de baixa pontuação e 75% das puérperas de alta pontuação. Quando questionadas sobre quem ofereceu suporte (tabela 3) a família foi a mais citada (76,9%) entre as mulheres de baixo risco e o parceiro foi o mais citado entre as de alto risco (75%). Em relação a dificuldades financeiras na gestação e no pós-parto 50% das puérperas de alto escore e 30,8% das de baixo escore responderam positivamente. Quando questionadas se possuem ajuda para cuidar do filho 37,5% das de alto risco e 7,7% das de baixo risco responderam que não.

Tabela 3 – Suporte recebido durante a gestação e pós-parto entre as participantes do estudo.

Variável	Mulheres com baixo risco para DPP (n=13).		Mulheres com alto risco para DPP (n=8).	
	N	Frequência (%)	n	Frequência (%)
Família	10	76,9%	5	62,5%
Amigos	7	53,8%	3	37,5%
Parceiro	8	61,5%	6	75%
Religião	3	23,1%	2	25%
Profissionais de saúde	4	30,8%	4	50%

Fonte: o autor. Legenda: DPP – depressão pós-parto. N – tamanho amostral.

Das puérperas com chance diminuída para desenvolver depressão pós-parto 15,4% acredita não ter recebido atendimento adequado durante o pré-natal e 12,5% das mulheres com chance aumentada responderam o mesmo. Complicações de saúde durante a gestação estava presente em 7,7% das de baixo risco e em 37,5% das de alto risco. Complicações de saúde durante o parto ou no pós-parto estava presente em 15,5% das de baixo risco e 25% das de alto risco.

A via de parto predominante foi a vaginal, compreendendo 61,9% das entrevistadas. Tiveram parto normal 53,8% das puérperas com pontuação menor que doze e 75% das com pontuação maior que doze. Todas as mulheres com baixa pontuação acreditam ter recebido atendimento adequado durante o trabalho de parto e 12,5% das mulheres com alta pontuação acreditam não ter recebido atendimento adequado. Quando perguntadas se o filho teve

alguma complicação durante o parto ou nasceu com alguma doença 23,5% das puérperas de baixo risco respondeu que sim e todas as puérperas de alto risco responderam que não.

DISCUSSÃO

A faixa etária é relatada diversas vezes como fator influenciador no desenvolvimento da depressão pós-parto. O presente estudo demonstrou que a maior porcentagem de mulheres com alto risco para desenvolver a doença está entre os vinte e cinco e os trinta anos, fora de extremos de idade maternal, ou seja, a faixa etária não representou influência significativa para a doença, concordando com outros estudos já publicados (KIM; DEE, 2018). Discordando, então, de algumas pesquisas realizadas com mães adolescentes as quais demonstram que essas possuem quase duas vezes mais chance de desenvolver a doença, isso pela falta de confiança, incapacidade de cuidar dos filhos ou pelo abandono dos estudos (SZIGETHY; RUIZ, 2001; GRAHAM; MCDERMOTT, 2006). Outras relatam que mães acima dos 30 anos apresentam mais sentimento de depressão pós-natal, pela própria exigência em relação à maternidade (HANNAN, 2016). Essa discordância pode resultar da diferença de métodos utilizados e da localidade de cada estudo.

O estado civil não pode ser corretamente correlacionado com o risco para depressão pós-natal, pois apenas 2 mulheres dentre as pesquisadas eram solteiras, resultando uma maior porcentagem de mulheres solteiras entre as de alto risco, quando comparadas ao baixo risco, mas com baixa relevância estatística. Mesmo assim, esse dado concorda com Cheryl Tatano Beck que coloca o estado civil (solteiras) como um dos preditores para identificar mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença (KENNEDY; BECK; DRISCOLL, 2002).

O número de filhos demonstrou relacionar-se com a maior predisposição para a doença, pois a maioria das mulheres com baixo risco tinham apenas um filho e 75% das mulheres com alto risco possuíam 2 ou mais filhos. Dado o qual discorda de pesquisa analisada, onde relata que participantes que tinham outros filhos, além o da última gestação, possuíam risco diminuído para a depressão (KIM; DEE, 2018). Porém concorda novamente com os preditores de Cheryl Tatano Beck que diz que o estresse com outros filhos pode aumentar o risco (KENNEDY; BECK; DRISCOLL, 2002).

A ocorrência de um aborto foi mais prevalente entre as mulheres de alto escore, podendo ser visto como um fator de risco para a doença. Coincidindo com revisão feita por Camacho, que diz que abortamentos espontâneos são indicados como preditivos de maior risco para puérperas desenvolverem doenças psicológicas (CAMACHO et al, 2006).

A maior parte das puérperas classificadas como de alto risco para depressão pós-parto apresentavam renda familiar entre um e dois salários mínimos e nenhuma apresentava renda maior que três salários mínimos. As mesmas possuíam, em sua maioria, quatro ou mais pessoas convivendo em casa, ou seja, as pacientes com alto risco possuem menor renda per capita quando comparadas as de baixo risco, concordando com isso metade das puérperas com alto risco relatou que teve dificuldade financeira durante a gestação e no pós-parto. O baixo nível socioeconômico está presente nos preditores para vulnerabilidade escritos por Cheryl Tatano Beck (KENNEDY; BECK; DRISCOLL, 2002). Existe também relatos de maior prevalência de depressão pós parto em áreas mais carentes, quando comparada a mesma pesquisa em outras áreas (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

O nível de escolaridade não apresentou muita diferença entre as participantes de alto e de baixo risco. O valor mais significativo foi observado entre as puérperas que possuíam ensino superior completo, que compreende 38,5% das puérperas de baixo risco e 25% das puérperas de alto risco. Mostrando pouca concordância com estudos que colocam a escolaridade como um dos maiores fatores de risco para a depressão, por estar associada com o desemprego, variável a qual esse estudo não observou (KIM; DEE, 2018).

Estudo de coorte realizado no Brasil mostrou grande correlação da gravidez não pretendida com a alta pontuação na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, dizendo também que rastrear mulheres com gestação não pretendida é forma de identificar precocemente a depressão pós-parto (BRITO et al, 2015). Na presente pesquisa metade das mulheres com alto escore responderam não ter planejado a gestação, enquanto 53,8% das de baixo escore responderam o mesmo, ou seja, o não planejamento não se mostrou como fator de risco. Porém, todas as mulheres de baixo risco responderam desejar a gravidez, enquanto 12,5% das de alto risco não desejaram. Isso pode ser consequência de a maior parte das gestações não serem planejadas, dificultando correlacionar com risco para a doença.

A porcentagem de mulheres que não amamentam o filho no peito é maior entre as de alto risco. Porém, é difícil de dizer se a ausência do aleitamento é causa ou consequência

da depressão pós-parto, precisando realizar uma pesquisa mais detalhada nessa variável para compreender a correlação (SANTANA et al, 2020). No estudo realizado a história pessoal e familiar de doença psicológica está significativamente maior entre as puérperas de alto risco, mostrando-se como um dos principais preditores. Esse resultado concorda com diversos estudos, os quais, entre outras coisas, investigaram o desenvolvimento de depressão pós-parto em mulheres que já tinham sintomas de depressão e ansiedade. (KENNEDY; BECK; DRISCOLL, 2002; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; ABBASI, 2013).

O suporte social é definido como apoio emocional ou pratico oferecido na forma de afeto, companhia, assistência e informação. Segundo estudos o suporte, principalmente quando oferecido pelo parceiro mostra-se como fator protetor para a depressão pós-parto e as puérperas que não se percebem apoiadas tem até duas vezes mais risco de desenvolver a doença (KONRADT et al, 2011). Na pesquisa realizada, concordando com os estudos relatados, as mulheres com alto risco responderam mais vezes que não acreditam ter recebido apoio, quando comparadas as mulheres de baixo risco.

Com relação a quem ofereceu suporte, diferindo do estudo apresentado, as mulheres com alto risco para depressão responderam mais vezes receber suporte vindo do parceiro. A resposta que mostrou significativamente mais prevalente entre as de baixo risco foi receber ajuda dos amigos. Com relação a isso, possuir ajuda para cuidar do filho mostrou-se expressivamente como protetor para doença, pois estava muito mais presente entre as puérperas de baixo risco (KONRADT et al, 2011).

Estudo realizado na Califórnia diz que o parto normal reduz pela metade o risco de depressão, no entanto, pesquisas com mulheres americanas e francesas descrevem que a rota de parto não tem vínculo com a doença (KIM; DEE, 2018; DELUCA; LOBEL, 2014; GAILLARD et al, 2014). O estudo mostrou que a maioria das mulheres com escore alto tinham passado por parto normal e com maior porcentagem quando comparada as de baixo risco, discordando da pesquisa analisada. O atendimento durante o parto não pode ser corretamente avaliado, pois apenas uma participante respondeu que não acredita ter recebido atendimento adequado.

Com relação ao atendimento pré-natal, apresentou pouca associação com o escore de Edimburgo, pois a quantidade de puérperas que acreditam não ter recebido atendimento adequado foi semelhante em ambos os grupos. Não possibilitando correlacionar com estudo

que diz que a sensação de atendimento inadequado no pré-natal e no parto influencia significativamente na ocorrência de depressão (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Complicações maternas na gestação ou durante o parto e complicações relacionadas ao bebê, como prematuridade e malformações, são relatadas diversas vezes como preditores para a depressão pós-parto (FIGUEIRA; DINIZ; FILHO, 2011; SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Esse estudo concorda com os relatos no que tange a alterações da saúde da mulher durante a gestação, pois mulheres com alto escore relataram mais vezes essa situação quando comparadas às de baixo escore, tal diferença é menor quando analisado complicações no parto ou puerpério, mas ainda é existente. Complicações com o bebê não mostrou associação com a doença no presente estudo, pois nenhuma puérpera de alto risco disse ter passado por isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho propôs definir um perfil social e obstétrico de puérperas com maior risco de desenvolver depressão pós-parto. Após análise, percebe-se que definir esse perfil objetivamente a partir dos dados obtidos geraria uma conclusão errônea, pois as características encontradas seriam as mais presentes na região e não as verdadeiramente de risco. Dessa forma, decidiu-se analisar os dados individualmente e considerar a sua comparação entre os grupos.

Assim, o perfil de puérperas que deve chamar atenção para o rastreamento da depressão pós-parto é aquele composto por mulheres com dois ou mais filhos, que já passaram por um aborto, possuem baixo nível socioeconômico, apresentam histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, passou por complicações de saúde durante a gestação ou no parto, não desejava a gestação, considera não ter recebido suporte durante a gestação e no pós-parto ou as que não possuem ajuda para cuidar do filho. Lembrando sempre de considerar isoladamente cada caso, mas esses fatores podem chamar atenção em relação a doença e seu tratamento precoce, o qual é essencial para diminuir riscos.

O estado civil, a via de parto, o atendimento durante o parto e o planejamento da gestação não apresentaram valores relevantes, necessitando de estudo de maior porte para analisar essa interação. Em relação ao aleitamento materno há necessidade de pesquisa complementar mais detalhada, para observar a relação causa ou consequência com a doença.

Todos os estudos analisados apresentam grandes discordâncias em relação aos fatores sociais e obstétricos que podem influenciar na depressão, porém isso é decorrente das metodologias de pesquisa e principalmente pela constituição da população pesquisada, o que varia muito entre os locais. Dessa forma, percebemos que em Cascavel Paraná os fatores sociais e obstétricos que se relacionam com o maior escore para depressão pós-parto são os apresentados anteriormente.

REFERÊNCIAS

ABBASI, S. *et al.* Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. **Journal Of Women's Health, Mary Ann Liebert**, V.22, n. 5, p. 412-416, 2013. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3926>

ALMEIDA, F. D. **O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural**. Florianópolis, 2000, 157p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Programa de Pós-graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

BLOCH, M.; DALY, R. C.; RUBINOW, D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive Psychiatry**, v.44, n.3, p.234-246, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00034-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00034-8)

BOYCE, P.; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after child birth. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.40, n.2, p.605-612, 2005. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0>

BRITO, C.N. *et al.* Postpartum depression among women with unintended pregnancy. **Saúde Pública**, v.49, n.2, p.33, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>

CAMACHO, R.S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.33, n.2, p.92-102, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>

DELUCA, R. S.; LOBEL, M. Diminished control and unmet expectations: testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. **Analyses of Social Issues and Public Policy**, v.14, n.1, p.183-204, 2014. <https://doi.org/10.1111/asap.12040>

FIGUEIRA, P.G.; DINIZ, L. M.; FILHO, H. C. S. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.33, n.2, p.71-75, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000009>

GAILLARD, A. *et al.* Predictors of postpartum depression: Prospectiv estudy of 264 women followed during pregnancy and postpartum. **Psychiatry Research**, v.215, n.2, p.341-346, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.003>

GRAHAM, H.; MCDERMOTT, E. Qualitative research and the evidence base of policy: insights from studies of teenage mothers in the UK. **Journal of Social Policy**, v.35, n.1, p.21-37, 2006. <https://doi.org/10.1017/S0047279405009360>

HANNAN, J. Older mothers' experiences of postnatal depression. **British Journal of Midwifery**, v.24, n.1, p.28-36, 2016. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.1.2>

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Pediatrics Moderna**, v.41, n.4, 2005.

KENNEDY, H. P.; BECK, C. T.; DRISCOLL, J. W. A light in the fog: caring for women with postpartum depression, **Journal of Midwifery & Women's Health**, V.47, n.5, p.318-330, 2002. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00272-6](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00272-6).

KIM, Y.; DEE, V. Sociodemographic and obstetric factors related to symptoms of postpartum depression in hispanic women in rural California. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, V.47, n.1, p.23-31, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.012>

KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>

1545

LAGERBERG, D.; MAGNUSSON, M. Infant gender and postpartum sadness in the light of region of birth and some other factors: A contribution to the knowledge of postpartum depression. **Archives of Women's Mental Health**, v.15, n.2, p. 121-130, 2012. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0265-3>.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v.11, n.4, p.369-379, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003>

MCMAHON, C. *et al.* Older maternal age and major depressive episodes in the first two years after birth: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. **Journal of Affective Disorders**, v.175, n. p. 454-462, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.025>.

SANTANA, K. R., *et al.* Influência do aleitamento materno na depressão pós-parto: revisão sistematizada. **Atenção à saúde**, v.18, n.64, p. 110-123, 2020. DOI: <https://doi.org/10.13037>

SANTOS, I. S., *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas birth cohort study. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300007>

SZIGETHY, E. M.; RUIZ, Pedro. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. **Am J Psychiatry**, v.158, n.1, p.22-27, 2001.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.22>

WHO; UNFPA. **Mental health aspects of women's reproductive health**. A global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.