

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO E TIPO DE PARTO: PERFIL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL-ESCOLA

### POST-BIRTH DEPRESSION AND TYPE OF DELIVERY: PROFILE OF WOMEN ATTENDED IN A SCHOOL HOSPITAL

### LA DEPRESIÓN POSPARTO Y TIPO DE PARTO: PERFIL DE LAS MUJERES ASISTIDO EN UN HOSPITAL DE ESCUELA

Terezinha Soares Biscegli\*, Gabriela Stefanescu Silva\*\*, Poliana Fioravante Romualdo\*\*, Marília Storion de Oliveira\*\*, Bruna Ramos da Silva\*\*, Felipe Solim\*\*

#### Resumo

**Introdução:** Importante problema de saúde pública, a depressão pós-parto (DPP) afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do filho. Geralmente inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto e a prevalência está entre 10 e 29% no Brasil. Embora existam estudos tentando demonstrar a correlação do tipo de parto com a DPP, ainda não há consenso sobre o assunto. **Objetivos:** Descrever a prevalência de depressão pós-parto e verificar a associação com o tipo de parto. **Material e Métodos:** Estudo transversal, através da aplicação de um questionário a 120 puérperas atendidas no ambulatório do Hospital Emílio Carlos, da cidade de Catanduva-SP, de junho a novembro de 2016. O questionário abordou dados pessoais e questões inerentes à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, utilizada para avaliar a probabilidade de DPP. **Resultados:** A média de idade das participantes foi 25,3±6,4 anos e o período médio de puerpério foi 14,6±6,5 semanas. Cesariana aconteceu em 65,8% dos casos e parto normal em 34,2%. A prevalência de DPP foi 23,3% e houve maior porcentagem de casos de DPP em mulheres cesareadas (25,3%) em comparação às submetidas ao parto vaginal (19,5%), embora sem significância estatística. **Conclusões:** A prevalência de DPP foi compatível com a média nacional e não foi observada associação com o tipo de parto. Os resultados auxiliaram no conhecimento epidemiológico da população local e demonstram a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação de toda a equipe obstétrica a fim de minimizar os prejuízos ao binômio mãe/bebê.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto. Epidemiologia. Prevalência. Questionário. Escalas de graduação psiquiátrica.

#### Abstract

**Introduction:** An important public health problem, postpartum depression (PPD) affects both mother health and child development. It usually starts between two weeks to three months after delivery, being the prevalence between 10 and 29% in Brazil. Although there are studies trying to demonstrate the correlation of the type of delivery with the PPD, there is still no consensus about the topic. **Objectives:** to describe the prevalence of PPD and to verify the association with the type of delivery. **Material and Methods:** It was a cross-sectional study performed by applying a questionnaire to 120 puerperal patients attended at the Emilio Carlos Hospital outpatient clinic, in the city of Catanduva-SP, from June through November 2016. The questionnaire addressed personal data and issues related to the Edinburgh Postpartum Depression Scale, used to assess the likelihood of PPD. **Results:** The mean age of the participants was 25.3±6.4 years and the mean puerperium period was 14.6±6.5 weeks. Cesarean deliveries occurred in 65.8% of cases and normal delivery in 34.2%. The prevalence of PPD was 23.3% and there was a greater percentage of cases of PPD in cesarean women (25.3%) compared to those submitted to vaginal delivery (19.5%), although without statistical significance. **Conclusions:** The prevalence of postpartum depression was compatible with the national average and no association with the type of delivery was found. The results aided in the epidemiological knowledge of the local population and highlight the need to develop actions of sensitization and orientation of the entire obstetric team to minimize the damages to the mother / baby binomial.

**Keywords:** Depression postpartum. Epidemiology. Prevalence. Quiz. Psychiatric status rating scales.

#### Resumen

**Introducción:** Importante problema de salud pública, la depresión posparto (DPP) afecta tanto a la salud de la madre como al desarrollo del hijo. Generalmente se inicia entre dos semanas hasta tres meses después del parto y la prevalencia está entre el 10 y el 29% en Brasil. Aunque existen estudios para demostrar la correlación del tipo de parto con la DPP, aún no hay consenso sobre el tema. **Objetivos:** Describir la prevalencia de depresión posparto y verificar la asociación con el tipo de parto. **Material y Métodos:** Estudio transversal, a través de la aplicación de un cuestionario a 120 puérperas atendidas en el ambulatorio del Hospital Emilio Carlos, de la ciudad de Catanduva-SP, de junio a noviembre de 2016. El cuestionario abordó datos personales y cuestiones inherentes a la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo, utilizada para evaluar la probabilidad de DPP. **Resultados:** El promedio de edad de las participantes fue de 25,3 ± 6,4 años y el período promedio de puerperio fue 14,6 ± 6,5 semanas. La cesárea ocurrió en el 65,8% de los casos y el parto normal en el 34,2%. La prevalencia de DPP fue 23,3% y hubo un mayor porcentaje de casos de DPP en mujeres cesareadas (25,3%) en comparación a las sometidas al parto vaginal (19,5%), aunque sin significancia estadística. **Conclusiones:** La prevalencia de DPP fue compatible con la media nacional y no se observó asociación con el tipo de parto. Los resultados ayudaron en el conocimiento epidemiológico de la población local y demuestran la necesidad de desarrollar acciones de sensibilización y orientación de todo el equipo obstétrico a fin de minimizar los daños al binomio madre/bebé.

**Palabras clave:** Depresión posparto. Epidemiología. Prevalencia. Cuestionario. Escalas de valoración psiquiátrica.

\* Pediatra, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora nível I da disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e coordenadora do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

\*\* Graduandos do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

## INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) representa importante problema de saúde pública, haja vista ser a complicação psiquiátrica mais frequente no puerpério, podendo acarretar graves repercussões tanto na saúde da mãe quanto no desenvolvimento do bebê<sup>1</sup>.

A maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo DPP para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano<sup>2</sup>. Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto<sup>3</sup>.

De maneira geral, é caracterizada por rebaixamento do humor, redução de energia e da atividade, alteração na capacidade de experimentar prazer e concentração diminuída, podendo ser acompanhados por problemas de sono, diminuição da autoestima e sentimentos de culpa<sup>4</sup>. Mesmo com os critérios classificatórios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association*<sup>5</sup>, o diagnóstico da depressão puerperal nem sempre é fácil e inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas<sup>6</sup>.

Dessa forma, faz-se necessário um instrumento específico para identificar este distúrbio. Dentre eles, existem as escalas de autoavaliação, sendo que a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edinburgh Post-Natal Depression Scale - EPDS*)<sup>7</sup> representa uma estratégia interessante de rastreamento. Pode ser utilizada por obstetras, enfermeiros e demais profissionais de saúde para identificar os casos suspeitos de depressão puerperal que requerem encaminhamento ao médico da equipe ou especialista, para diagnóstico e tratamento adequados<sup>6</sup>.

Estudos da literatura específica apontam que a prevalência da DPP é relevante<sup>8</sup>, situando-se entre 10 a 29% no Brasil<sup>9</sup>, com variação de 7,2% a 43%<sup>10</sup>, podendo atingir até 60%, em diferentes regiões do mundo<sup>11</sup>. Esta ampla variação nos índices de prevalência está na dependência de diversos fatores, tais como instrumentos

de medida, condições sociais e psicológicas das díades mãe-bebê, entre outros<sup>12</sup>.

Os fatores mais comumente associados a este distúrbio são a menor escolaridade e o baixo nível socioeconômico<sup>13</sup>, mas também são descritos a gravidez em adolescentes e em mulheres maiores de 35 anos, os antecedentes pessoais de depressão ou tentativas de suicídio, o pouco apoio do parceiro no pós-parto<sup>14</sup> e as complicações obstétricas<sup>10,13,15</sup>.

Considerando que o parto vaginal, popularmente chamado de parto normal, é a maneira mais segura e saudável de ter filhos<sup>16</sup>, algumas pesquisas tentaram correlacionar DPP com o tipo de intervenção obstétrica (parto normal ou cesárea) à qual as mulheres foram submetidas quando do nascimento de seus conceitos, mas até o momento não existe consenso sobre o assunto<sup>6,13,15,17,18</sup>.

Dessa forma, o presente estudo objetiva avaliar a prevalência de DPP; verificar sua associação com o tipo de parto e comparar os resultados com dados de literatura.

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, quantitativo, descritivo, realizado por meio da aplicação presencial de um questionário (Quadro 1) composto de dados pessoais das puérperas, seguidos da EPDS (Quadro 1), um instrumento de registro para o diagnóstico de DPP, desenhado para complementar, não para substituir, a avaliação clínica. Foi validado no Brasil em 2000, com confirmada confiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida<sup>19</sup>. Tal instrumento é composto de um enunciado e 10 questões, com quatro opções cada. As opções são cotadas de acordo com a presença e a gravidade crescente dos sintomas. As questões de números 1, 2 e 4 são pontuadas em ordem crescente (0, 1, 2 e 3) e as demais (3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10), são pontuadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

**Quadro 1** – Questionário aplicado às puérperas atendidas em ambulatórios do Hospital Emílio Carlos (HEC), da cidade de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2016

QUESTIONÁRIO			
Dados Pessoais			
Iniciais da mãe:	Idade da puérpera:	Idade do bebê:	Tipo de parto:
Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)			
<p>Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. <b>Nos últimos sete dias...</b></p>			
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.                      Como eu sempre fiz.                      Não tanto quanto antes.                      Sem dúvida menos que antes.                      De jeito nenhum.</p>			
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.                      Como sempre senti.                      Talvez menos do que antes.                      Com certeza menos.                      De jeito nenhum.</p>			
<p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.                      Sim, na maioria das vezes.                      Sim, algumas vezes.                      Não muitas vezes.                      Não, nenhuma vez.</p>			
<p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.                      Não, de maneira alguma.                      Pouquíssimas vezes.                      Sim, algumas vezes.                      Sim, muitas vezes.</p>			
<p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.                      Sim, muitas vezes.                      Sim, algumas vezes.                      Não muitas vezes.                      Não, nenhuma vez.</p>			
<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.                      Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.                      Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.                      Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.                      Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.</p>			
<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.                      Sim, na maioria das vezes.                      Sim, algumas vezes.                      Não muitas vezes.                      Não, nenhuma vez.</p>			
<p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.                      Sim, na maioria das vezes.                      Sim, muitas vezes.                      Não muitas vezes.                      Não, de jeito nenhum.</p>			
<p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.                      Sim, quase todo o tempo.                      Sim, muitas vezes.                      De vez em quando.                      Não, nenhuma vez.</p>			
<p>10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.                      Sim, muitas vezes, ultimamente.                      Algumas vezes nos últimos dias.                      Pouquíssimas vezes, ultimamente                      Nenhuma vez.</p>			

O questionário foi respondido por 120 puérperas atendidas em ambulatórios do HEC, da cidade de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2016. A coleta dos dados, que demorava em média 20 minutos, foi realizada pelos acadêmicos pesquisadores, especialmente treinados para este fim.

A abordagem das entrevistadas era feita de forma individual, após esclarecimento e autorização através de

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídas no estudo as puérperas com no mínimo 18 anos de idade, que estavam entre a 6ª e a 24ª semanas pós-parto, e que compareceram ao HEC para acompanhamento ambulatorial de pós-natal ou para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de seus bebês.

Foram excluídas da pesquisa as puérperas que ao

serem abordadas declaravam ter idade inferior a 18 anos completos; estavam com menos de 6 e mais de 24 semanas de puerpério; não queriam participar da pesquisa.

As variáveis analisadas foram: idade da mãe, idade do bebê (ou tempo de pós-parto), tipo de parto e EPDS.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número, porcentagem, média e desvio-padrão. Para comparação das variáveis foi utilizado o teste Z para Duas Proporções. Considerou-se significativo  $p \leq 0,05$ .

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) sob o parecer nº 181.560 e CAAE nº 47771115.4.0000.5430.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 120 puérperas, de 18 a 42 anos de idade, com média de idade de  $25,3 \pm 6,4$

anos. O período médio de puerpério, correspondente à idade média do bebê no momento da entrevista foi de  $14,6 \pm 6,5$  semanas, com limite inferior e superior de 6 e 24, respectivamente.

O parto foi do tipo vaginal em 41 (34,2%) mulheres e do tipo cesárea nas 79 (65,8%) restantes.

A Tabela 1 mostra a distribuição da pontuação da EPDS, relativa às questões de 1 a 10.

A prevalência de DPP foi 23,3% (28 mulheres com pontuação igual ou maior que 12).

A Tabela 2 mostra a frequência de DPP em relação ao período puerperal, apontando um pico de incidência entre a 6ª e 11ª semanas, mas esta diferença não se mostrou significativa.

O Gráfico 1 mostra a associação de DPP com o tipo de parto, evidenciando maior porcentagem de casos de DPP em mulheres cesareadas em comparação às submetidas a parto vaginal, mas a análise estatística não acusou significância.

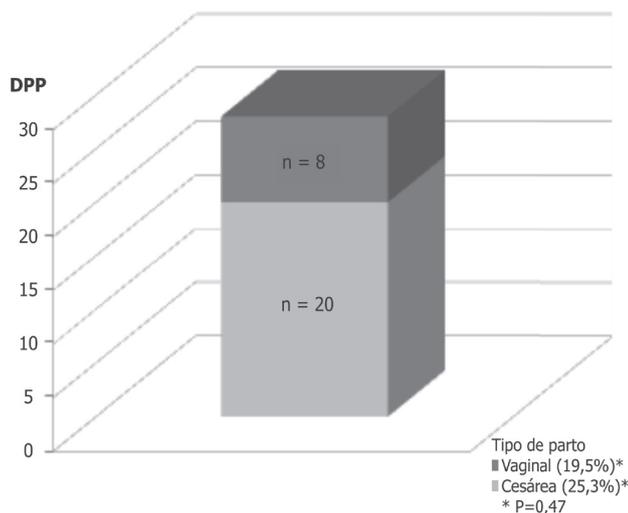
**Tabela 1** - Distribuição da pontuação da EPDS, relativa às puérperas atendidas em ambulatórios do HEC, da cidade de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2016

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)					
Questão	Pontuação	n (%)	Questão	Pontuação	n (%)
1	0	77 (64,1)	6	3	26 (21,6)
	1	21 (17,5)		2	33 (27,5)
	2	11 (9,2)		1	17 (14,2)
	3	11 (9,2)		0	44 (36,7)
2	0	79 (65,8)	7	3	8 (6,7)
	1	18 (15,0)		2	10 (8,3)
	2	10 (8,3)		1	12 (10,0)
	3	13 (10,9)		0	90 (75,0)
3	3	21 (17,5)	8	3	13 (10,8)
	2	40 (33,3)		2	9 (7,5)
	1	10 (8,3)		1	27 (22,5)
	0	49 (40,9)		0	71 (59,2)
4	0	32 (26,7)	9	3	8 (6,7)
	1	16 (13,3)		2	8 (6,7)
	2	47 (39,2)		1	24 (20,0)
	3	25 (20,8)		0	80 (66,6)
5	3	10 (8,3)	10	3	7 (5,8)
	2	12 (10,0)		2	2 (1,7)
	1	17 (14,2)		1	6 (5,0)
	0	81 (67,5)		0	105 (87,5)

**Tabela 2** - Distribuição da DPP em puérperas atendidas em ambulatórios do HEC, da cidade de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2016, segundo o período do pós-parto

Período	n	%	Associação	p
6 a 11 semanas <sup>W</sup>	42	35,0		
12 a 17 semanas <sup>Y</sup>	38	31,7	W x Y	0,29
18 a 24 semanas <sup>Z</sup>	40	33,3	W x Z	0,39

**Gráfico 1** – Distribuição da DPP em puérperas atendidas em ambulatórios do HEC, da cidade de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2016, segundo o tipo de parto



## DISCUSSÃO

A gravidez e o pós-parto representam importantes períodos de transição na vida da mulher e precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem grandes mudanças que podem refletir de maneira direta na saúde mental da mesma. As doenças psiquiátricas do pós-parto foram reconhecidas como transtorno específico há pouco tempo e em decorrência disto, ainda são pouco pesquisadas e de escasso conhecimento. Entretanto, mostram-se de identificação importante pela morbidade e frequência com que acometem as puérperas. Sua etiologia é multifatorial e inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo durar até um ano após o parto<sup>20</sup>.

A análise dos dados coletados pelos pesquisadores do presente estudo mostrou que a média de idade das entrevistadas foi 25,3±6,4 anos. No momento da entrevista as participantes encontravam-se entre a 6ª e 24ª semanas pós-parto, sendo que o período médio de puerpério foi de 14,6±6,5 semanas. Ruschi et al.<sup>17</sup>, em estudo transversal de aplicação da EPDS às mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia de uma Unidade Básica de Saúde de Maruípe-ES, no período de junho de 2004 a maio de 2006, entrevistaram 292 mulheres que se encontravam em período (entre 31 e 180 dias após o parto) e média de idade (24,7±6,0 anos) semelhantes. Por outro lado, o estudo desenvolvido por pesquisadores de uma universidade do distrito de Porto, Portugal<sup>21</sup>, no período compreendido entre setembro de 2001 e julho de 2002, que analisou 197 mulheres pela EPDS, detectou média de idade semelhante (25 anos),

mas menor tempo de puerpério (de 1 a 12 semanas). Já a pesquisa de Guedes et al.<sup>20</sup>, relacionada com 146 mães avaliadas pela EPDS na cidade de Curitiba-PR, no mês de setembro de 2009, apontou período de pós-parto (3 a 6 meses) e média de idade (28,9 anos) majoritários.

Vale ressaltar que a escolha da EPDS como instrumento diagnóstico desta pesquisa decorreu dos estudos comparando a eficácia entre três métodos de diagnóstico de DPP (EPDS, PDSS – *Postpartum Depression Screening Scale* e PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire*), os quais evidenciaram que a EPDS, com sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4% apresenta vantagens por ser mais curta, facilmente utilizada, traduzida em várias línguas e possível para investigação em diferentes níveis socioeconômicos e etnias<sup>22,23</sup>.

No que tange ao período adequado para a avaliação das puérperas, a literatura também apresenta variações. Alguns fazem a abordagem nos três primeiros trimestres pós-parto<sup>24,25</sup>, enquanto outros defendem que a maioria dos casos aparece nas primeiras quatro semanas após o parto<sup>26</sup>, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses<sup>6</sup>. Dentro desse panorama, o presente trabalho optou pelo período entre 42 e 168 dias após o parto.

A análise dos resultados da aplicação da EPDS na pesquisa em foco detectou prevalência de 23,3% de DPP, compatível com a média nacional (10 a 29%)<sup>9</sup>. Outros estudos nacionais desenvolvidos através de rastreamento pela EDPS revelaram valores superiores aos nossos, a saber: Guedes et al.<sup>20</sup>, já descrito, com pontuação sugestiva de DPP em 31,5% dos casos e o corte transversal de Cruz et al.<sup>6</sup>, com 70 puérperas atendidas em duas unidades do Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo, entre outubro de 2003 e fevereiro de 2004 que acusou prevalência de 37,1%. Publicação recente de Moraes et al.<sup>12</sup>, conduzida por meio de aplicação da EDPS em 462 mulheres que deram à luz em dois hospitais da cidade de São Paulo, mostrou que a prevalência de DPP foi significativamente maior em hospital público (26%) que em privado (9%).

Em nossa pesquisa, o pico de incidência de DPP aconteceu entre a 6ª e 11ª semanas após do nascimento do bebê, embora sem significância estatística. Guedes et al.<sup>20</sup>, não apontaram pico de incidência em relação ao

período de pós-parto. Já Schmidt et al.<sup>27</sup>, em artigo de revisão, descreveram maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto.

No que concerne às condições obstétricas da atual pesquisa, 34,2% dos partos foram do tipo vaginal e 65,8% cesárea. Publicação recente de Fernández Vera et al.<sup>15</sup>, que aplicou a EPDS a 249 puérperas atendidas em serviço de obstetrícia de um hospital de Caracas, Venezuela, entre os meses de junho e setembro de 2013, registrou porcentagens de 60,2 e 39,8, respectivamente, de parto vaginal e cesárea. Estudo comentado anteriormente<sup>21</sup>, verificou 43,6% de partos eutócicos e 56,4% de distócicos (46,4% por cesariana e 10,0% por fórceps), concluindo que a história de problemas obstétricos, apesar de predizer o grau de sintomatologia depressiva, não prediz a provável ocorrência de episódio depressivo.

A análise estatística de nossa pesquisa, realizada com o intuito de verificar a associação de DPP com o tipo de parto, evidenciou maior porcentagem de casos de DPP em mulheres cesareadas (25,3%) em comparação às submetidas a parto vaginal (19,5%), embora sem significância estatística. Ruschi et al.<sup>17</sup>, já referidos, também observaram maior porcentagem de DPP em mulheres submetidas à cesárea (42,5%) quando comparadas às que pariram por via natural (37,4%). Da mesma forma Cruz et al.<sup>6</sup>, com respectivas porcentagens de 41,4% e de 34,1%. Deve ser ressaltado que em ambas as citações, a exemplo de nossos resultados, não houve correlação significativa entre DPP e tipo de parto. Outra pesquisa<sup>13</sup>, que analisou a prevalência de DPP e fatores associados em 410 mães atendidas em um hospital universitário de Pelotas-RS, nos meses de outubro e novembro de 2000, também não encontrou associação entre os quadros depressivos no pós-parto e a variável tipo de parto, embora nesse caso a avaliação da DPP tenha sido realizada por outro tipo de instrumento (Escala de Hamilton). Já a pesquisa anteriormente citada, realizada na Venezuela<sup>15</sup>, de maneira semelhante, não observou diferença entre parto normal e cesárea (respectivamente, 82,6 e 81,8%), mas a prevalência de DPP foi bem maior que nos outros estudos já descritos.

Recente relatório global do UNICEF mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo,

correspondendo a 44%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que apenas 15% dos partos necessitariam ser operatórios. Na maioria dos casos, o parto normal é a maneira mais segura e saudável de ter filhos e, por isso, deve ser estimulado por meio de uma assistência humanizada, segura e de qualidade<sup>16</sup>. Contrariando as expectativas da OMS, praticamente dois terços (65,8%) das mulheres desta investigação tiveram seus bebês através de procedimento cirúrgico.

Por se tratar de distúrbio multifatorial, o manejo da DPP inclui programas psicoeducacionais, psicoterapia e medicamentos. A análise do risco-benefício quanto às diversas opções terapêuticas no pós-parto deve ser discutida com a mãe. A maioria das mulheres com DPP é tratada na atenção primária à saúde, com apenas alguns casos mais severos sendo referidos a um serviço de atenção secundária<sup>28</sup>.

Considerando-se que a alta sensibilidade da EPDS (82%), que pode levar a resultados falso-positivos, e o grande prejuízo ocasionado pelo quadro depressivo à saúde materno-infantil, os casos de nossa investigação com rastreamento positivo para DPP foram orientados a procurar atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde de origem, para esclarecimento diagnóstico e tratamento do transtorno, caso confirmado.

## CONCLUSÃO

A prevalência de DPP foi 23,3% e não se observou associação com o tipo de parto. Os resultados, semelhantes aos descritos em literatura específica, auxiliaram no conhecimento epidemiológico da população atendida no HEC de Catanduva-SP e demonstram a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação de toda a equipe obstétrica, por meio de programas de capacitação, campanhas de prevenção e indicação correta do tipo de parto, haja vista os prejuízos biopsicossociais maternos decorrentes da DPP e os prejuízos ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional de suas crianças.

Neste processo, os profissionais de saúde, com apoio da família e da sociedade, deveriam representar um papel importante não só no incentivo à prática de parto normal, promoção e prevenção da DPP, mas também no diagnóstico precoce e tratamento adequado da mesma, minimizando as complicações para mães e bebês.

## REFERÊNCIAS

1. Constanza Mendoza B, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*. 2015; 143: 887-94.
2. Beck CT, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006.
3. Pope S, Watts J, Evans S, McDonald S, Henderson J. Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999. *Australians: NHMRC*; 2000.
4. Santos CMT, Almeida GO, Souza TS. Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicol Foco*. 2009; 3(2):1-13.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-8.
7. Cox JL1, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6.
8. Mendonça JS, Bussab VSR, Siqueira JO. Depressão pós-parto e conflito conjugal: estudo longitudinal das associações bidirecionais em famílias de baixa renda. *Psico*. 2013; 44(4):581-89.
9. Silva GA. *Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
10. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(6):278-84.
11. Halbreich U1, Karkun S. Cross cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006 Apr; 91(2-3):97-111.
12. Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia* 2015; 20(1):40-9.
13. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):65-70.
14. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca Páez E et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000; 38(2):84-93.
15. Fernández Vera JK, Natale ATI, Merlo JT, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014; 74(4):229-43.
16. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Guia dos direitos da gestante e do bebê/UNICEF*. São Paulo: Globo; 2011.
17. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29(3):274-80.
18. Salgado HO. *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.
19. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question wcreen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*. 2009; 7(1):63-70.
20. Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV, Nicolaou SK, Hess VB, Maluf EMCP. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados/ Postpartum depression: incidence and risk factors associate. *Rev Med (São Paulo)*. 2011; 90(3):149-54.
21. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiq Clín*. 2007; 34(4):157-65.
22. Palmer S, Mann R, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence Synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assessment*. 2009; 13(36):91-131.
23. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. *Women Health (Lond Engl)*. 2009; 5(3):287-95.
24. Mallikarjun PK, Oyebo F. Prevention of postnatal depression. *J R Soc Promot Health*. 2005 Sep; 125(5):221-6.
25. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Pract*. 2009; 10(7)1-9.
26. Zambaldi C, Cantilino A, Sougey B. Sintomas obses-sivo-compulsivos na depressão pós-parto: relato de caso. *Rev Psiquiatr*. 2008; 30(2)155-8.
27. Schmidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*. 2005; 10(1): 61-8.
28. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com Ciên Saúde*. 2008; 19(1):51-60.

Recebido em: 02/01/2017

Aceito em: 12/05/2017