

Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social¹

Lia Matos Viegas²

Gabriela A. Silva³

Marina Cecchini⁴

Renata de Felipe⁵

Emma Otta⁶

Vera Silvia Raad Bussab⁷

1 Projeto Temático 06/59192-2 desenvolvido com apoio da FAPESP e Projeto Instituto do Milênio com apoio do CNPq.

2 Psicóloga, Especialista em Laboratório do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: lia.viegas@usp.br

3 Psicóloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: gabriela.silva@gmail.com

4 Psicóloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: cecchini.nina@gmail.com

5 Bióloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: redefelipe@usp.br

6 Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: emmaotta@usp.br

7 Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: vsbussab@usp.br

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio emocional que ocorre nos primeiros meses após o parto, com características típicas da depressão, tais como choro, tristeza, labilidade emocional, sentimentos de culpa, perda de apetite, ideação suicida e perturbação de sono, sentimentos de inabilidade ou deficiência para cuidar de crianças, dificuldades de concentração e memória, fadiga e irritabilidade (ROBERTSON *et al.*, 2004; HILTUNEN; 2003; SCHMIDT *et al.*, 2005), que pode comprometer o desenvolvimento do bebê e, em casos extremos, colocar em risco a integridade física da mãe e do bebê.

Pesquisas têm indicado que a prevalência da DPP é muito variada, encontrando-se entre 3,6% na Alemanha (BALLESTREM *et al.*, 2005) a 37,1% no Brasil (CRUZ *et al.*, 2005). No Brasil, particularmente, algumas das prevalências encontradas são 13,4% em Brasília (SANTOS *ET al.*, 1999), 19,1% em Pelotas, RS (MORAES *et al.*, 2006) e 37,1% em São Paulo, SP (CRUZ *et al.*, 2005).

Diversos são os fatores de risco que podem estar relacionados com a DPP. A meta-análise de Robertson, Grace, Wallington e Stewart (2004) apontou como principais fatores: depressão ou ansiedade durante a gravidez, história passada de doenças psiquiátricas, histórico de DPP na família, eventos de vida estressantes, suporte social

problemático, neuroticismo, problemas conjugais e complicações durante a gestação. Outra revisão da literatura (SCHWENGBER; PICCININI, 2003) também encontrou esses fatores de risco associados à DPP, apontando ainda relação entre idade e DPP, sendo que mães mais jovens apresentaram sintomas depressivos com maior frequência.

Suporte social, fator associado à DPP, pode ser entendido como um conjunto de fatores sócio-ambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidar mais adequadamente com estressores ambientais (LIMA, 1999). Tem-se constatado que, no puerpério, o suporte social atua como um fator de proteção contra a DPP especialmente efetivo quando é fornecido pelo companheiro da mãe (DRESSEN; BRAZ, 2000).

No presente artigo, que apresentará resultados parciais de uma pesquisa longitudinal que está sendo realizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo a respeito da DPP em mães da periferia da Zona Oeste de São Paulo, avaliaremos a importância de fatores do histórico reprodutivo da mãe, como idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual da mãe.

Estudos a respeito da idade da primeira menstruação têm apontado que as experiências prévias de estresse social e afetivo têm influência direta na idade da primeira menstruação, sem prejuízo do entendimento de que a menarca também sofre a influência de fatores diversos como condições genéticas e nutricionais (por exemplo, ADAMS, 1991). Situações de conflito na infância e na pré-adolescência, tais como estresse na vida familiar, infelicidade conjugal dos pais, conflitos com a mãe e rejeição do pai mostraram-se associadas à menarca mais precoce (KIM *et al.*, 1997), confirmando a teoria de Belsky, Steinberg e Draper (1991), segundo a qual recursos imprevisíveis ou escassos, vínculos parentais instáveis e falta de confiabilidade familiar promoveriam estratégia comportamental quantitativa, com puberdade precoce, atividade sexual acelerada, maior número de filhos e baixo envolvimento afetivo. Embora as previsões decorrentes desse modelo tenham se confirmado apenas parcialmente em alguns estudos, como por exemplo Varella (2007), para jovens universitárias brasileiras, ou Schmitt e colaboradores (2005) num trabalho intercultural, o conjunto de resultados sobre o assunto recomenda análises adicionais, criando um interesse especial para a investigação de relações com a DPP. Com base na proposição de Belsky e colaboradores, esperamos que as mães que apresentam DPP tenham uma menarca mais precoce se comparadas com as mães sem DPP.

A variável número de filhos será analisada, em nossa pesquisa, pois, além de estar prevista no modelo de Belsky e colaboradores, que prevê um número maior de filhos em ambientes estressantes, também pode representar uma dificuldade adicional para o investimento materno: cada criança representa custos para seus pais – alimentação, educação e afeto. Em um meio com recursos escassos, como a periferia, a vinda de uma nova criança poderá ser um desencadeador de DPP, pois representaria maior necessidade de investimento – investimento esse que a mãe, muitas vezes, não tem condições de fazer. O Suporte Social que a mãe receberá, todavia, terá maior chance

de ser insuficiente, nesse ambiente, se o número de filhos for muito grande, uma vez que o grupo que poderá dar esse suporte possui as mesmas dificuldades da mãe. Testaremos, a respeito desse ponto, duas hipóteses: 1) mães com mais filhos teriam maior chance de ter DPP; 2) mães primíparas teriam menor chance de desenvolver DPP.

A investigação da influência do fator idade da mãe será feita com base na indicação da literatura, ainda que não de forma consensual, de associação de menor idade com maior tendência a apresentar DPP (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Metodologia

Participaram desta pesquisa 192 mães que realizaram o pré-natal em três Unidades Básicas de Saúde do distrito do Butantã, no município de São Paulo. A média de idade dessas mães era de $24,8 \pm 6,2$ anos.

Os dados analisados para esse artigo foram coletados: 1) durante o último trimestre da gestação, quando foram feitas perguntas sobre o histórico reprodutivo (paridade, número de filhos vivos e idades da mãe e de sua menarca) e 2) entre nove e 12 semanas após o parto, quando foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), um questionário com dez perguntas de fácil compreensão, elaborado por Cox, Holden e Sagovsky (1987), que avaliam como a mulher se sentiu na última semana (ex: "Na última semana, tenho me sentido tão triste que tenho chorado; Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas"). Quatro possibilidades de resposta são oferecidas, variando a pontuação de zero a três, de acordo com a severidade do sintoma. Os pontos são somados, obtendo-se um escore total que pode variar entre zero e 30. O estudo de validação para o Brasil, feito por Santos, Martins e Pasquali (1999), mostrou que escores iguais ou superiores a 12 são indicativos de depressão pós-parto.

Para análise dos dados, dividimos as mães em dois grupos, com base nos escores na EDPE: 1) escores > 12 (Grupo DPP) e 2) escores < 11 (Grupo Controle).

Resultados

A média dos escores das 192 mães na EDPE foi de $8,9 \pm 6,4$, com variação entre zero e 29. O grupo DPP foi composto por 54 mães e o grupo controle, por 138. Foi encontrada, portanto, prevalência de 28% de DPP na amostra estudada. Análise feita através de teste t mostrou diferença significativa entre os grupos quanto ao número de filhos ($t(1, 190) = 2,889$, $p = 0,004$), com média superior no Grupo DPP ($1,1 \pm 0,9$) que no Controle ($0,7 \pm 0,9$). Foi encontrada, também, uma tendência marginalmente significativa de diferença entre a idade dos dois grupos ($t(1, 190) = 1,874$, $p = 0,068$) sendo que as mães do Grupo DPP eram mais novas ($23,6 \pm 6,2$ anos) que as do controle ($25,4 \pm 6,2$ anos). Além disso, encontrou-se uma diferença marginalmente significativa na idade da menarca ($t(1, 188) = 1,656$, $p = 0,099$). As mães do Grupo DPP tiveram menarca mais precoce ($12,6 \pm 1,6$ anos) que as do Controle ($13,0 \pm 1,6$ anos).

Também foi realizada uma análise para verificar associação entre a presença de indicadores de DPP e paridade (primípara, múltipara). Encontrou-se uma associação marginalmente significativa, mostrando que mães múltiparas tiveram DPP (64,8%) com frequência superior às primíparas (35,2%) ($\chi^2(1) = 2,514$, $p = 0,077$).

Discussão

Os resultados encontrados, embora sejam ainda parciais e parte de uma pesquisa mais ampla em andamento, trouxeram informações interessantes sobre a relação da DPP com a idade da mãe e o seu histórico reprodutivo. Primeiramente, notamos que a prevalência da DPP na amostra está acima da encontrada em outras pesquisas, inclusive pesquisas brasileiras, como a feita para validação da EDPE no Brasil (SANTOS *et al.*, 1999), ainda que inferior ao valor encontrado em outras pesquisas na cidade de São Paulo (CRUZ *et al.*, 2005). Deve-se observar, porém, que a amostra estudada não é estratificada, ou seja, não é representativa da população, de forma que o resultado encontrado deve ser tomado como uma característica do grupo estudado, não podendo ser generalizada para o universo da cidade de São Paulo.

Em consonância com a literatura (SCHWENGBER; PICCININI, 2003) encontramos uma tendência de relação negativa entre idade e DPP. Outras análises feitas com a presente amostra (CAMARGO, 2005), visando avaliar a associação entre adolescência e DPP, indicaram que a adolescência, isoladamente, não se apresentou como um fator de risco, mas em interação com outras variáveis, contribuiu para aumentar a prevalência de DPP: por exemplo, ser adolescente sem o suporte do pai da criança esteve relacionado com escores altos na EDPE. Uma explicação para a relação entre DPP e o número de filhos vivos está diretamente relacionada à falta de recursos financeiros. As participantes eram atendidas em Unidades Básicas de Saúde, ou seja, unidades públicas que oferecem atenção primária em saúde gratuitamente. Na situação de pobreza em que a maior parte das mulheres se encontrava, uma criança a mais para criar representava um importante aumento de investimento financeiro. O aumento de gastos causado pela existência de um novo filho muitas vezes obrigava a mãe a ingressar no mercado de trabalho para aumentar a renda da família. Muitas mães relataram dificuldade para conseguir trabalhar, pois não tinham condições de cuidar do recém-nascido e tinham dificuldade para conseguir suporte vagas em creches.

Uma outra explicação para a relação entre DPP e o número de filhos vivos está relacionada com a paternidade, pois muitas mães múltiparas relataram ter filhos de companheiros anteriores e ter medo que os atuais maridos ou companheiros passassem a maltratar os filhos mais velhos delas dos quais não eram pais biológicos.

Em relação aos dados encontrados para a menarca encontramos tendência de relação inversa entre idade da menarca e maior chance de desenvolver DPP de acordo com a hipótese do ambiente estressante de criação (KIM *et al.*, 1997). Esta associação é mais uma indicação de que as mulheres da nossa amostra estavam submetidas a um ambiente hostil.

Conclusão

Os quatro fatores investigados – número de filhos, idade da mãe, idade de menarca da mãe e paridade – mostraram efeitos ou tendências no sentido previsto pelas hipóteses iniciais: maior associação de DPP com um número maior de filhos, com multiparidade, com menarca mais precoce e com idade menor das mães. O conjunto de resultados aponta determinação multifatorial: embora os três primeiros fatores sejam compatíveis entre si, na medida em que número de filhos e paridade sejam praticamente medidas do mesmo fenômeno, e que a lógica do período de tempo sustente a associação de menarca mais precoce com número de filhos, a tendência à DPP em mães mais jovens aponta uma determinação de outra natureza. Ainda assim, em última análise, todos os fatores poderiam estar associados a situações de maior vulnerabilidade materna para o investimento nos filhos. Pode-se pensar nessa vulnerabilidade como decorrência direta do ambiente sócio-afetivo e das dificuldades financeiras, mas também é possível aventar uma vulnerabilidade interna, decorrente de estresse na história afetiva prévia da mãe, ao qual a menarca precoce estaria associada. O prosseguimento da presente pesquisa permitirá o aprofundamento dessas análises.

Nosso trabalho aponta para fatores de risco da depressão pós-parto e para mecanismos psicológicos subjacentes, contribuindo para políticas de prevenção e práticas de intervenção. Conhecer o transtorno é a melhor forma de se conseguir preveni-lo.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, J .F. Earlier menarche, greater height and weight: a stimulationestresse factor hypothesis. Provincetown: Genetic Psychology Monographs, v.104, 1981. p.3-22.
- BALLESTREM, C.L.V.; STRAUß, M.; KÄCHELE, H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. Viena: Archives Women's Mental Health, v.8, 2005. p.29-35.
- BELSKY, J . STEINBERG, L., DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. Oxford: Child development, v.62, 1991. p.647-670.
- CAMARGO, L.A.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Mãe adolescente e solteira: vulnerabilidade no desenvolvimento de depressão pós-parto? In: 15º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA USP. São Paulo: 15º SIICUSP/ Videolar S.A., 2007.
- COX, J .L.; HOLDEN , J .M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10. Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres: British Journal of Psychiatry, v.150, 1987. p.782-786.
- CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL -CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27 n.4, 2005. p.181-188.
- DRESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. Brasília: Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.16 n. 3, 2000. p.221-231.
- HILTUNEN, P. Maternal Postnatal Depression, Causes And Consequences. Dissertação de Doutorado. Oulu, University of Oulu, 2003.

KIM, K., SMITH, P.; PALERMITI, A.L. Conflict in the childhood and reproductive development. Santa Barbara: Evolution and Human Behavior, v.18, 1997. p.109-142.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, 1999. p.1-5.

MORAES, I.G.S., PINHEIRO, R.T., SILVA, R.A., HORTA, B.L., SOUSA, P. L. R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. São Paulo: Revista de Saúde Pública, v. 40 nº 1, 2006. p. 65-70.

ROBERTSON, E.; GRACE, S.; WALLINGTON, T.; STEWART, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Seattle: General Hospital Psychiatry, v.26, 2004. p.289–295.

SANTOS, M.F.S., MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil; *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.26, p.32-40; 1999.

SCHMIDT E.B.; PICCOLOTO, N . M.; SCHMIDT, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Itatiba: Psico-USF, v.10, nº1, 2005, p.61-68.

SCHIMITT, D.P. ET al. Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture and strategies of human mating. Cambridge: Behavioral and Brain Sciences, v.28, 2005. p.247-311.

SCHWENGBER, D.D.S; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto na interação mãe-bebê, Campinas: Estudos de Psicologia, v. 8, nº3, 2003. p.403-411.

VARELLA, M.A.C. Variação individual nas estratégias sexuais: alocação de investimentos parentais e pluralismo estratégico. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia DA Universidade de São Paulo, 2007. PP. 148.

BIS#46/Dezembro_2008

Saúde Sexual e Reprodutiva

Boletim do Instituto de Saúde