Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida

Postpartum depression among women with unintended pregnancy

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre gravidez não pretendida e depressão pós-parto.

MÉTODOS: Estudo de coorte prospectivo realizado com 1.121 mulheres grávidas de 18 a 49 anos, acompanhadas no pré-natal pela Estratégia de Saúde da Família, Recife, PE, entre julho de 2005 e dezembro de 2006. Durante a gravidez e após o parto foram entrevistadas, respectivamente, 1.121 e 1.057 mulheres. A gravidez não pretendida foi avaliada durante a primeira entrevista e os sintomas depressivos após o parto foram avaliados utilizando-se a Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale. Foram estimados os odds ratios simples e ajustados para a associação estudada, utilizando-se análise de regressão logística.

RESULTADOS: A frequência de gravidez não pretendida foi de 60,2%; 25,9% apresentaram sintomas depressivos após o parto. Aquelas com gravidez não pretendida tiveram maior chance de apresentar esse desfecho, mesmo após ajuste para variáveis de confundimento (OR = 1,48; IC95% 1,09;2,01). Ao se incluir a variável Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), a associação diminuiu, mas manteve-se estaticisticamente significativa (OR = 1,42; IC95% 1,03;1,97).

CONCLUSÕES: Gravidez não pretendida mostrou-se associada a sintomas depressivos após o parto. Isso sugere que valores elevados na Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale podem resultar de gravidez não pretendida.

DESCRITORES: Depressão Pós-Parto, epidemiologia. Gravidez não Planejada. Gravidez não Desejada. Estudos de Coortes.
A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde mundial. Sua prevalência apresenta grande variação entre os países e é maior naqueles menos desenvolvidos. Em revisão da literatura, Halbreich e Karkun (2006) encontraram valores de 0,5% em Cingapura a 60,0% em Taiwan. Estudos mostram prevalências variadas no Brasil, com predomínio de estimativas em torno de 20,0%. Aspectos metodológicos e culturais podem influenciar nessa variação.

A DPP pode comprometer o relacionamento entre mãe e filho, trazendo repercussões sobre práticas relacionadas à alimentação e cuidados, desenvolvimento físico e mental das crianças. Muitos fatores de risco estão relacionados à DPP, como: história pregressa de depressão/transtorno mental, episódio depressivo, ansiedade ou problemas emocionais na gravidez, problemas conjugais ou relacionamento difícil com o parceiro, eventos vitais produtores de estresse e apoio social e financeiro ausentes ou insuficientes. Estudos sugerem associação entre gravidez não pretendida (GNP) e DPP.

INTRODUÇÃO

Inúmeras gestações não desejadas ocorrem ao redor do mundo anualmente; estimativa de 86 milhões em 2008. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006, encontrou frequência de 46,0% de gravidez não planejada dentre as gravidezes ocorridas nos últimos cinco anos no Brasil. Entretanto, outros estudos realizados no sul do País e na Bahia, mostram frequências mais elevadas (cerca de 65,0%). Carvalho (2011), ao estudar puérperas no alojamento conjunto de maternidades da Região Metropolitana do Recife, encontrou 68,2% de mulheres que não pretendiam aquela gravidez. Essa diferença deve-se provavelmente a variações metodológicas, como o uso do termo gravidez não planejada em vez de indesejada.

A utilização dos termos não planejada e indesejada com o mesmo sentido, i.e., a avaliação de gestações ocorridas de maneira não intencional, pode interferir na sua frequência. Isso porque há diferenças na compreensão...
das mulheres quanto ao significado dos termos “não planejada”, “não pretendida” e “indesejada”. Estudos realizados periodicamente pelo *National Center for Health Statistics* analisaram indicadores de fecundidade, de planejamento familiar e de saúde reprodutiva das mulheres americanas e propuseram utilizar o termo gravidez indesejada (*unwanted*), para se referir àquelas gestações em que a mulher não queria ter (mais) filhos, e inoportunas (*mistimed*), quando gostaria de tê-las em outro momento, agrupando ambas as categorias dentro de outra (*unintended*). O termo “gravidez não pretendida”, usado no mesmo sentido de *unintended*, havia sido proposto por Azevedo et al (2013) no Brasil.

A GNP pode ter impacto negativo sobre a saúde de crianças e mulheres. Início tardio ou não adesão ao pré-natal, uso de álcool e drogas ilícitas na gravidez e aumento da mortalidade materna em decorrência de abortos inseguros são relatados. Crianças nascidas de gestações em que a mulher não queria ter (mais) filhos, ou seja, a partir da análise de outras variáveis que avaliavam atitudes e sentimentos da mulher em relação à gravidez, como: reação ao descobrir a gravidez, razões para não querer engravidar e uso de contraceptivos no período anterior à gestação. Quarenta e oito mulheres responderam: “não fazia diferença”. As mulheres que responderam que estavam querendo engravidar, mas não agora (inopurtuna/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”. As mulheres que responderam uma das duas primeiras alternativas (“a” ou “b”) foram classificadas como tendo gravidez pretendida, e as que responderam os itens “c” ou “d”, como gravidez não pretendida. As respostas “não fazia diferença” foram reclasificadas nessas duas categorias a partir da análise de outras variáveis que avaliavam atitudes e sentimentos da mulher em relação à gravidez, como: reação ao descobrir a gravidez, razões para não querer engravidar e uso de contraceptivos no período anterior à gestação. Quarenta e oito mulheres responderam: “não fazia diferença”. Dessas, seis foram categorizadas como GNP e as demais como gravidez pretendida. Das mulheres que responderam que estavam tentando ou querendo engravidar, 32 pensaram ou tentaram fazer um aborto. Entretanto, não foram reclasificadas, devido à dificuldade de categorização dessas gestações em inoportunas ou indesejadas.

A variável independente, gravidez não pretendida, foi construída a partir da pergunta: “Antes de saber que estava gravida, você: a) estava tentando engravidar; b) estava querendo engravidar; c) queria engravidar, mas não agora (inoportunma/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”. As mulheres que responderam que estavam querendo engravidar, mas não agora (inopurtuna/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”. As mulheres que responderam uma das duas primeiras alternativas (“a” ou “b”) foram classificadas como tendo gravidez pretendida, e as que responderam os itens “c” ou “d”, como gravidez não pretendida. As respostas “não fazia diferença” foram reclasificadas nessas duas categorias a partir da análise de outras variáveis que avaliavam atitudes e sentimentos da mulher em relação à gravidez, como: reação ao descobrir a gravidez, razões para não querer engravidar e uso de contraceptivos no período anterior à gestação. Quarenta e oito mulheres responderam: “não fazia diferença”. Dessas, seis foram categorizadas como GNP e as demais como gravidez pretendida. Das mulheres que responderam que estavam tentando ou querendo engravidar, 32 pensaram ou tentaram fazer um aborto. Entretanto, não foram reclasificadas, devido à dificuldade de categorização dessas gestações em inoportunas ou indesejadas.

Foram selecionadas as seguintes variáveis potencialmente confundidoras: idade (até 19 anos; 20 anos ou mais), raça/cor da pele (branca; não branca), escolaridade (zero a quatro anos; cinco anos ou mais), condição de moradia (própria; não própria), inserção produtiva (ativa; inativa), renda própria (com renda; sem renda), situação conjugal (com parceiro; sem parceiro), paridade (sem filhos; com pelo menos um filho) e história pessoal de transtorno mental autorreferida (sim; não). Foram também incluídas variáveis para avaliação do estado mental na gravidez, do comportamento do parceiro e do apoio social.

O estado mental durante a gravidez foi avaliado utilizando-se o *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, desenvolvido por Cox et al (1987), foi utilizado para avaliação dos sintomas depressivos no puerpério. A escala contém 10 itens que avaliam sintomas relacionados à depressão nos últimos sete dias, com pontuação de zero a três em cada item e variação de zero a 30 na pontuação final. Suas propriedades psicométricas foram avaliadas no Reino Unido pelos autores e obtiveram sensibilidade de 86,0% e especificidade de 78,0%. No Brasil, foi validada por Santos et al (1999). Os autores sugeriram ponto de corte de 11/12, valor utilizado no presente estudo, com sensibilidade de 72,0% e especificidade de 88,0%. Embora tenha sido desenvolvida para ser autoadministrada, a escala foi aplicada pelas entrevistadoras neste estudo.

A variável independente, gravidez não pretendida, foi construída a partir da pergunta: “Antes de saber que estava gravida, você: a) estava tentando engravidar; b) estava querendo engravidar; c) queria engravidar, mas não agora (inopurtuna/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”. As mulheres que responderam que estavam querendo engravidar, mas não agora (inopurtuna/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”. As mulheres que responderam uma das duas primeiras alternativas (“a” ou “b”) foram classificadas como tendo gravidez pretendida, e as que responderam os itens “c” ou “d”, como gravidez não pretendida. As respostas “não fazia diferença” foram reclasificadas nessas duas categorias a partir da análise de outras variáveis que avaliavam atitudes e sentimentos da mulher em relação à gravidez, como: reação ao descobrir a gravidez, razões para não querer engravidar e uso de contraceptivos no período anterior à gestação. Quarenta e oito mulheres responderam: “não fazia diferença”. Dessas, seis foram categorizadas como GNP e as demais como gravidez pretendida. Das mulheres que responderam que estavam tentando ou querendo engravidar, 32 pensaram ou tentaram fazer um aborto. Entretanto, não foram reclasificadas, devido à dificuldade de categorização dessas gestações em inoportunas ou indesejadas.
Depressão pós-parto e gravidez não pretendida Brito CNO et al

Escala de autoavaliação contendo 20 questões desenvolvida por Harding et al13 (1980). Essa escala foi desenvolvida para rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC) na atenção primária em saúde, não sendo específica para avaliação de sintomas depressivos. O ponto de corte utilizado foi de 7/8, conforme estudo de validação realizado no Brasil (sensibilidade de 77,0% e especificidade de 81,0%). Embora esse questionário tenha sido desenvolvido para ser autoadministrado, no presente estudo ele foi aplicado por entrevistadoras.

O comportamento controlador do parceiro foi mensurado a partir de questões que avaliavam, por exemplo, tentativas do homem em evitar que a mulher tivesse contato com seus familiares e amigos, especialmente do sexo masculino.17

O apoio social foi avaliado pelo MOS-SSS (Medical Outcomes Study Questions-Social Support Survey), questionário desenvolvido por Sherbourne & Stewart28 (1985) e validado no Brasil por Chor et al1 (2001). É composto por 19 questões que compreendem cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. Existem cinco respostas possíveis para cada pergunta: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre. É atribuída pontuação para cada resposta e os indivíduos são divididos em categorias de apoio social global de acordo com o escore obtido com a soma dos pontos. O ponto de corte utilizado foi de 33. As duas categorias utilizadas foram: muito apoio (maior ou igual a 34 pontos) ou pouco/moderado apoio (0 a 33 pontos).7

Foram realizadas análise descritiva e obtidas a frequência de GNP e a prevalência de DPP. A associação entre GNP e DPP foi analisada por regressão logística, estimando-se os odds ratio (OR) bruto e ajustado e os intervalos de 95% de confiança (IC95%). As variáveis que se mostraram associadas à exposição e ao desfecho na análise bivariada, e que haviam sido previamente selecionadas, foram incluídas no modelo para o ajuste. A avaliação da significância estatística foi feita considerando p < 0,05 e IC95%. Para auxílio nas análises, utilizou-se o programa Stata, versão 10.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo 303/2004 – CEP/CCS). Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Predominaram mulheres com idade igual ou superior a 20 anos (86,2%), não brancas (80,1%), com parceiro (86,8%), moradia própria (65,8%) e cinco anos ou mais de escolaridade (77,3%). Cerca de 70,0% delas eram economicamente inativa, mas 59,4% declararam ter alguma fonte de renda própria (incluindo auxílios governamentais e ajuda de amigos/familiares) (Tabela 1); 36,0% não tinham filhos.

Aproximadamente 70,0% das participantes referiram sofrer algum tipo de controle por parte do parceiro; 70,0% contavam com pouco ou moderado apoio social;

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas, relativas ao relacionamento com o parceiro, apoio social, paridade e saúde mental de mulheres. Distrito Sanitário II, Recife, PE, 2005 a 2006. (N = 1.056)

| Variável | n   | %   |
|----------|-----|-----|
| Idade (anos) |     |     |
| Até 19 | 146 | 13,8 |
| ≥ 20 | 910 | 86,2 |
| Raça/Cor |     |     |
| Branca | 210 | 19,9 |
| Não branca | 846 | 80,1 |
| Moradia |     |     |
| Própria | 695 | 65,8 |
| Não própria | 361 | 34,2 |
| Escolaridade (anos) |     |     |
| 0 a 4 | 240 | 22,7 |
| ≥ 5 | 816 | 77,3 |
| Inserção produtiva |     |     |
| Ativa | 319 | 30,2 |
| Inativa | 737 | 70,8 |
| Situação conjugal |     |     |
| Com parceiro | 917 | 86,8 |
| Sem parceiro | 139 | 13,2 |
| Renda |     |     |
| Com renda | 627 | 59,4 |
| Sem renda | 429 | 40,6 |
| Comportamento controlador do parceiro |     |     |
| Sem controle | 314 | 29,7 |
| Com controle | 742 | 70,3 |
| Apoio social |     |     |
| Muito | 317 | 30,0 |
| Pouco/Moderado | 739 | 70,0 |
| SRQ-20 |     |     |
| < 8 | 603 | 57,1 |
| ≥ 8 | 453 | 42,9 |
| História pessoal de transtorno mental |     |     |
| Não | 928 | 87,9 |
| Sim | 128 | 12,1 |
| Paridade |     |     |
| 0 | 376 | 35,6 |
| ≥ 1 | 680 | 64,4 |

SRQ-20: Self Reporting Questionnaire – versão de 20 questões
12,1% relataram pelo menos um episódio de transtorno mental ao longo da vida; e 42,9% pontuaram acima de oito no SRQ-20 (Tabela 1).

A frequência de GNP foi de 60,2%. Destas, 22,5% foram inoportunas e 37,7% indesejadas. A prevalência de DPP foi de 25,9%. Das mulheres que relataram GNP, 30,0% apresentavam sintomas depressivos após o parto (EPDS ≥ 12).

A análise bivariada realizada entre DPP e as covariables do estudo mostrou maior razão de chances para ocorrência do desfecho entre mulheres sem moradia própria, com menos de cinco anos de escolaridade, inativas e com renda própria. Aquelas que referiram comportamento controlador por parte do parceiro tiveram chance 2,58 vezes maior de apresentar sintomas de DPP. A razão de chances para ocorrência do desfecho no grupo com pouco ou moderado apoio social foi de 3,57. Mulheres com escore ≥ 8 no SRQ20 e história pessoal de transtorno mental apresentaram maior razão de chances para DPP. Mulheres com pelo menos um filho apresentaram chance 2,36 vezes maior para o desfecho. As variáveis idade e raça/cor não se mostraram associadas à DPP (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra a análise bivariada entre a variável de exposição e as demais variáveis independentes do estudo e os potenciais confundidores para a associação estudada. Mulheres que referiram sua gravidez como não pretendida apresentaram chance 1,74 vezes maior de apresentar sintomas de DPP em comparação com aquelas que pretendiam engravidar, conforme regressão logística (OR = 1,74; IC95% 1,30;2,34; p = 0,0002) (Tabela 3).

As variáveis que se mostraram associadas à exposição e ao desfecho na revisão de literatura e na análise bivariada (potencialmente confundidoras) foram inseridas no modelo. O ajuste inicial incluiu as variáveis: comportamento controlador do parceiro, apoio social e paridade. Observou-se redução no odds ratio para a associação entre GNP e DPP, mas se manteve a significância estatística (OR = 1,48; IC95% 1,09;2,01; p = 0,012). A razão de chances apresentou queda um pouco maior após inclusão do SRQ-20, mas permaneceu estaticamente significante (OR = 1,42; IC95% 1,03;1,97; p = 0,031) (Tabela 4).

**DISCUSSÃO**

Encontrou-se prevalência elevada de DPP (25,9%), frequente em países em desenvolvimento e similar às encontradas em estudos brasileiros.17 O’Hara & Swain22 (1996), em sua revisão de literatura, encontraram prevalências de DPP maiores com a utilização de escalas de autoavaliação em vez de entrevistas feitas por psiquiatras. A utilização da EPDS neste estudo pode ter superestimado a prevalência de DPP; por outro lado, a avaliação dos sintomas foi realizada no período médio de oito meses após o parto, o que pode ter subestimado a prevalência. Isso porque os sintomas desaparecem nos primeiros seis meses do puerpério na maioria das vezes.16,24 Alguns casos de DPP podem não ter sido detectados no presente estudo, devido ao período de realização das entrevistas.

A GNP é um tema central no campo da saúde reprodutiva. Apesar dos avanços na área da contracepção, sua frequência é alta, especialmente em países em desenvolvimento, onde poucos estudos com esse foco são conduzidos.29 A frequência de GNP também foi elevada neste estudo (60,2%). Ela se assemelha aos valores identificados por estudos brasileiros que utilizam como definição gravidez não planejada ao invés de gravidez não pretendida.26,29 Esse valor, embora seja elevado, pode estar subestimado devido à exclusão de gestações que terminaram em aborto. Além disso, a avaliação da pretensão de gravidez foi feita com a gestação avançada (terceiro trimestre), sendo possível que haja mudança nos sentimentos da mulher à medida que a gestação prossegue.4 Essa mudança pode resultar de circunstâncias econômicas, familiares e conjugais, percepção e valores em relação à família e ao aborto.10

No presente estudo, 32 mulheres que responderam estar tentando ou querendo engravidar relataram que pensaram ou tentaram fazer aborto.

Essa frequência de gestações não pretendidas (60,2%) foi superior àquela encontrada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 (46,0%).4 Tal diferença pode ser explicada por diferenças da população de estudo. Aquela envolveu mulheres de classe média, ao contrário desta, em que predominavam mulheres de baixa renda, que dependem do Programa de Saúde da Família para o fornecimento de métodos contraceptivos. Além disso, a PNDS é uma pesquisa de abrangência nacional que envolveu mulheres de regiões com diferentes padrões de acesso a métodos contraceptivos.

Mulheres que referiram GNP apresentaram maior frequência de sintomas depressivos no pós-parto. Essa associação manteve-se após ajuste para variáveis potencialmente confundidoras (paridade, apoio social, comportamento controlador do parceiro e SRQ-20), mesmo que em menor magnitude.

O instrumento utilizado para rastreamento de sintomas depressivos antes e depois do parto não foi o mesmo. O SRQ-20 foi escolhido para a avaliação feita durante o período gestacional para apresentar desempenho ligeiramente superior ao da EPDS em estudo comparativo.25
No puerpério, utilizamos o segundo instrumento por ter sido elaborado especificamente para o rastreamento de DPP. Tem como vantagem, em relação ao primeiro, a não inclusão de sintomas somáticos, que podem fazer parte das alterações fisiológicas ocorridas no corpo da mulher nesse período.8 Essa mudança provavelmente não impactou significativamente nos resultados, pois ambas as medidas são altamente correlacionadas, e ambos apresentam boa especificidade e sensibilidade, quando comparadas com entrevista feita por psiquiatra.25

Embora a EPDS tenha sido desenvolvida para ser auto-administrada, neste estudo ela foi aplicada por entrevistadoras. Revisão sistemática realizada com mulheres asiáticas residentes no Reino Unido para investigar a relevância, validade e eficácia dos instrumentos de avaliação da DPP, incluindo a EPDS, indicou que as mulheres preferiam entrevistas face a face aos questionários autoadministrados.9 Além disso, estudos têm utilizado a EPDS como questionário administrado por entrevistadores.17,23 O mesmo aconteceu com o SRQ-20. Optamos por esta forma

Tabela 2. Análise bivariada entre DPP e variáveis potencialmente confundidoras em mulheres. Distrito Sanitário II do Recife, PE, 2005 a 2006.

| Variável                              | Escore EPDS |                       | OR   | IC95%   | p    |
|---------------------------------------|-------------|-----------------------|------|---------|------|
|                                       | < 12        | ≥ 12                  |      |         |      |
|                                       | n   | %  | n   | %  |       |       |
| Idade (anos)                          |              |                       |      |         |      |
| Até 19                                | 113 | 77,4 | 33  | 22,6 | 0,81 | 0,54;1,23 | 0,315 |
| ≥ 20                                  | 669 | 73,5 | 241 | 26,5 | 1    |          |       |
| Raça/Cor                              |              |                       |      |         |      |
| Branca                                | 160 | 76,2 | 50  | 23,8 | 1    |          |       |
| Não branca                            | 622 | 73,5 | 224 | 26,5 | 1,15 | 0,81;1,64 | 0,430 |
| Moradia                               |              |                       |      |         |      |
| Própria                               | 528 | 76,0 | 167 | 24,0 | 1    |          |       |
| Não própria                           | 254 | 70,4 | 107 | 29,6 | 1,33 | 1,00;1,77 | 0,050 |
| Escolaridade (anos)                   |              |                       |      |         |      |
| 0 a 4                                 | 160 | 66,7 | 80  | 33,3 | 1,60 | 1,17;2,19 | 0,004 |
| ≥ 5                                   | 622 | 76,2 | 194 | 23,8 | 1    |          |       |
| Inserção produtiva                    |              |                       |      |         |      |
| Ativa                                 | 257 | 80,6 | 62  | 19,4 | 1    |          |       |
| Inativa                               | 525 | 71,2 | 212 | 28,8 | 1,67 | 1,22;2,30 | 0,001 |
| Renda                                 |              |                       |      |         |      |
| Com renda                             | 449 | 71,6 | 178 | 28,4 | 1    |          |       |
| Sem renda                             | 333 | 77,6 | 96  | 22,4 | 0,73 | 0,55;0,97 | 0,028 |
| Comportamento controlador do parceiro |              |                       |      |         |      |
| Sem controle                          | 268 | 85,4 | 46  | 14,6 | 1    |          |       |
| Com controle                          | 514 | 69,3 | 228 | 30,7 | 2,58 | 1,82;3,67 | 0,0001 |
| Apoio social                          |              |                       |      |         |      |
| Muito                                 | 280 | 88,3 | 37  | 11,7 | 1    |          |       |
| Pouco/Moderado                        | 502 | 67,9 | 237 | 32,1 | 3,57 | 2,45;5,20 | 0,0001 |
| SRQ-20                                |              |                       |      |         |      |
| < 8                                   | 527 | 87,4 | 76  | 12,6 | 1    |          |       |
| ≥ 8                                   | 255 | 56,3 | 198 | 43,7 | 5,38 | 3,97;7,30 | 0,0001 |
| História pessoal de transtorno mental |              |                       |      |         |      |
| Não                                   | 716 | 77,2 | 212 | 22,8 | 1    |          |       |
| Sim                                   | 66  | 51,6 | 62  | 48,4 | 3,17 | 2,17;4,63 | 0,0001 |
| Paridade                              |              |                       |      |         |      |
| 0                                     | 315 | 83,8 | 61  | 16,2 | 1    |          |       |
| ≥ 1                                   | 467 | 68,7 | 213 | 31,3 | 2,36 | 1,71;3,24 | 0,0001 |

SRQ-20: Self Reporting Questionnaire – versão de 20 questões; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale
### Tabela 3. Análise bivariada entre gravidez não pretendida e variáveis potencialmente confundidoras em mulheres. Distrito Sanitário II do Recife, PE, 2005 a 2006.

| Variável                                      | Pretensão de gravidez |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------------------------------|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|
|                                               | Pretendida            | Não pretendida | OR   | IC95% | p  |
|                                               | n   | %   | n   | %   |    |    |    |    |
| Idade (anos)                                  |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Até 19                                        | 49  | 33,6| 97  | 66,4| 1,36| 0,94;1,97| 0,096|
| ≥ 20                                          | 371 | 40,8| 539 | 59,2| 1  |    |    |    |
| Raça/Cor                                      |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Branca                                        | 82  | 39,0| 128 | 61,0| 1  |    |    |    |
| Não branca                                     | 338 | 40,0| 508 | 60,0| 0,96| 0,71;1,31| 0,811|
| Moradia                                       |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Própria                                       | 266 | 38,3| 429 | 62,7| 1  |    |    |    |
| Não própria                                    | 154 | 42,7| 207 | 57,3| 0,83| 0,64;1,08| 0,168|
| Escolaridade (anos)                           |                |                |      |       |    |    |    |    |
| 0 a 4                                         | 87  | 36,3| 153 | 63,8| 1,21| 0,90;1,63| 0,201|
| ≥ 5                                           | 333 | 40,8| 483 | 59,2| 1  |    |    |    |
| Inserção produtiva                             |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Ativa                                         | 136 | 42,6| 183 | 57,4| 1  |    |    |    |
| Inativa                                       | 284 | 38,5| 453 | 61,5| 1,18| 0,91;1,55| 0,212|
| Renda                                         |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Com renda                                      | 240 | 38,3| 387 | 61,7| 1  |    |    |    |
| Sem renda                                      | 180 | 42,0| 249 | 58,0| 0,86| 0,67;1,10| 0,230|
| Comportamento controlador do parceiro          |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Sem controle                                   | 144 | 45,9| 170 | 54,1| 1  |    |    |    |
| Com controle                                   | 276 | 37,2| 466 | 62,8| 1,43| 1,09;1,87| 0,009|
| Apoio social                                   |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Muito                                          | 142 | 44,8| 175 | 55,2| 1  |    |    |    |
| Pouco/Moderado                                 | 278 | 37,6| 461 | 62,4| 1,35| 1,03;1,76| 0,030|
| SRQ-20                                         |                |                |      |       |    |    |    |    |
| < 8                                           | 259 | 43,0| 344 | 57,0| 1  |    |    |    |
| ≥ 8                                           | 161 | 35,5| 292 | 64,5| 1,37| 1,06;1,76| 0,015|
| História pessoal de transtorno mental          |                |                |      |       |    |    |    |    |
| Não                                           | 370 | 39,9| 558 | 60,1| 1  |    |    |    |
| Sim                                            | 50  | 39,1| 78  | 60,9| 1,03| 0,71;1,51| 0,861|
| Paridade                                       |                |                |      |       |    |    |    |    |
| 0                                              | 190 | 50,5| 186 | 49,5| 1  |    |    |    |
| ≥ 1                                            | 230 | 33,8| 450 | 66,2| 2,00| 1,55;2,58| 0,0001|

SRQ-20: Self Reporting Questionnaire – versão de 20 questões

### Tabela 4. Associação entre gravidez não pretendida e depressão pós-parto com e sem ajuste para variáveis confundidoras. Distrito Sanitário II, Recife, PE, 2005 a 2006.

| Variável                                      | Número total de participantes | Participantes com depressão pós-parto | OR bruto IC95% | OR ajustado a IC95% | OR ajustado b IC95% | p    |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------------|---------------------|------|
| Gravidez pretendida                           | 420 (40,0%)                  | 83 (20,0%)                           | 1             | 1                   | 1                   |      |
| Gravidez não pretendida                       | 636 (60,0%)                  | 191 (30,0%)                          | 1,74          | 1,30;2,34           | 1,09;2,01           | 1,42 |
| p                                             |                               |                                      | 0,0002        | 0,012               | 0,031               |      |

a Ajustado para apoio social, comportamento controlador do parceiro e paridade.
b Ajustado para apoio social, comportamento controlador do parceiro, paridade e Self Reporting Questionnaire – versão de 20 questões (SQR-20).
de utilização, seguindo a recomendação da Organização Mundial de Saúde para países onde o nível de escolaridade é baixo. Estudos comprovam a eficácia dessa forma de administração. Acreditamos que não houve prejuízo aos resultados e conclusões do estudo em decorrência da forma de administração dos dois instrumentos.

Este é um estudo de base populacional, com amostra grande e pequeno percentual de perdas (5,8%). A busca ativa das mulheres que não estavam registradas no pré-natal das unidades da ESF permitiu minimizar a ocorrência de viés de seleção. A utilização do SRQ-20 permitiu a identificação de mulheres que já apresentavam sintomas depressivos durante a gestação, fator descrito na literatura como forte preditor para DPP. A identificação de mulheres com GNP durante o pré-natal pode contribuir para orientar o cuidado e apoiar essas mulheres durante a gestação e o puerpério.

Embora a DPP tenha sido um agravo bem documentado na literatura nos últimos anos, a recuperação física e sexual da mulher e os cuidados com o recém-nascido permanecem como centrais na assistência às mulheres no puerpério. Dessa forma, sintomas de sofrimento mental não reconhecidos ou não valorizados podem deteriorar a saúde da mulher e seu filho. Investigações adicionais são necessárias no aprofundamento do tema, incluindo, por exemplo, mulheres com menos de 18 anos de idade, que podem estar fora do âmbito da faixa etária excluída deste estudo.

A amostra foi constituída principalmente por mulheres de baixa renda, o que impede a generalização dos resultados para populações com outro perfil socioeconômico.

Embora seja possível a ocorrência de viés de informação na variável relacionada ao parceiro, comparando o comportamento do parceiro com a percepção da mulher, o fato de ter sido coletada na primeira entrevista (antes da ocorrência do desfecho), torna esse erro, caso ocorrido, não diferencial, subestimando a associação.

A prevenção de gravidez indesejada ou inoportuna (a partir da difusão de informações e oferta de métodos contraceptivos, inclusive esterilização masculina e feminina) é um direito das mulheres e dos casais e pode reduzir a chance de DPP, de acordo com resultados deste estudo, por reduzir o número de gestações não pretendidas. A identificação de mulheres com GNP durante o pré-natal pode contribuir para orientar o cuidado e apoiar essas mulheres durante a gestação e o puerpério.

**REFERÊNCIAS**

1. Azevêdo ACC, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica.* 2013;29(12):2394-404. DOI:10.5900/0102-311X00161111

2. Bassani DG, Surkan PJ, Olotico MTA. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009;35(1):15-20. DOI:10.1363/0pp.35.015.09

3. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(8):605-12. DOI:10.1007/s00127-005-0931-0

4. Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Ahma JC, Jones J. Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. Women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2005.

5. Chor D, Grieb RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saude Publica.* 2001;17(4):887-96. DOI:10.5900/0102-311X2001000400022

6. Coelho EAC, Andrade MLS, Victoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):415-22. DOI:10.1590/0103-21002012000300015

7. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco. Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(1):73-9. DOI:10.5900/0102-311X2005000100009

8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-6. DOI:10.1192/bjp.150.6.782

9. Downe SM, Butler E, Hinder S. Screening tools for depressed mood after childbirth in UK-based South Asian women: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2007;57(6):565-83. DOI:10.1111/j.1365-2648.2006.04028.x

10. Fisher RC, Stanford JB, Jameson P, Dewitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. *J Fam Pract.* 1999;48(2):117-22.

11. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann.* 2008;39(1):18-38. DOI:10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x

12. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. DOI:10.1016/j.jad.2005.12.051

13. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrillo-Ignacio L, et al. Metal disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41. DOI:10.1017/S0033291700043993

---

*World Health Organization, Division of Mental Health. A user's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ).* Geneva; 1994.
14. Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas E, Hamid N, Jaswal S, et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan.* 2003;18(3):344-9. DOI:10.1093/heapol/czg041

15. Klerman L. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. *Matern Child Health J.* 2000;4(3):155-62. DOI:10.1016/S0973-7369(99)00075-1

16. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry.* 1984;144:35-47. DOI:10.1192/bjp.144.1.35

17. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010;376(9744):903-10. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60887-2

18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6. DOI:10.1192/bjp.148.1.23

19. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(3):279-84. DOI:10.1001/archpedi.160.3.279

20. Milgrom J, Gemmill AW, Billsza JL, Hayes B, Barnet B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):147-57. DOI:10.1016/j.jad.2007.10.014

21. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):65-70. DOI:10.590/S0034-89102006000100011

22. O’Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8(1):37-54. DOI:10.3109/09540269609037816

23. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):43-7. DOI:10.1176/appi.ajp.159.1.43

24. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child.* 2003;88(1):34-7. DOI:10.1136/adc.88.1.34

25. Pollock JJ, Manaseki-Holland S, Patel V. Detection of depression in women of child-bearing age in non-western cultures: a comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the self-reporting questionnaire-20 in Mongolia. *J Affect Disord.* 2006;92(2-3):267-71. DOI:10.1016/j.jad.2006.02.020

26. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extreimo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2011;27(10):1906-16. DOI:10.1590/S0102-311X2011001000004

27. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(2):90-5.

28. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1985;32(6):705-14. DOI:10.1016/0277-9536(91)90369-9

29. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann.* 2010;41(4):241-50. DOI:10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x

Pesquisa subvencionada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Processo 403060/2004-4) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 473545/2004-7). Baseado na tese de mestrado de Cynthia Nunes de Oliveira Brito, intitulada: “Gravidez não pretendida e sua associação com depressão pós-parto entre mulheres atendidas no pré-natal pela Estratégia da Saúde da Família no Recife-PE”, apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, em 2013. Os autores declaram não haver conflito de interesses.