

## DEPRESSÃO MATERNA NA COORTE DE NASCIMENTOS DE PELOTAS DE 2004

**COSTA VALLE, Marina Tuerlinckx<sup>1</sup>; SANTOS, Iná S.<sup>2,3</sup>; BARROS, Aluísio J.D.<sup>2,3</sup>; MATIJASEVICH, Alícia<sup>2,3</sup>; VALLE, Luciana J.<sup>4</sup>; ALFONSO, Patrícia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas/Faculdade de Biotecnologia; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas/Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia <sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas/Departamento de Medicina Social; <sup>4</sup>Universidade Católica de Pelotas. e-mail: [marina\\_tuerlinckx@hotmail.com](mailto:marina_tuerlinckx@hotmail.com)

### 1 INTRODUÇÃO

A depressão é duas vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. As mulheres são particularmente mais propensas à depressão no período pós-parto, devido a mudanças hormonais associadas ao parto. Pesquisas feitas em países em desenvolvimento sugerem que a depressão materna pode ser um fator de risco para o déficit de crescimento na infância. O crescimento infantil é um indicador chave da saúde da criança e do estado nutricional. Segundo estimativas recentes de países em desenvolvimento, baixa estatura e baixo peso para a idade têm uma prevalência geral de 32% e 20%, respectivamente (Surkan 2011).

Estudos internacionais mostram que aproximadamente 13% das crianças estão expostas à depressão materna em seu primeiro ano de vida (O'HARA 1996). Alguns fatores de risco podem propiciar o desenvolvimento de depressão incluindo eventos vitais estressantes, desemprego, conflitos conjugais, baixa renda, baixa escolaridade, falta de suporte social e história prévia de depressão (Grote 2010).

As mães que desenvolvem depressão pós-parto são mais propensas a ter um estilo de vida menos saudável e a parar de amamentar mais cedo. A depressão pós-parto pode ter efeitos negativos sobre o crescimento infantil precoce, um problema que pode ser mais acentuado em países de baixa renda com ambientes menos favoráveis (Grote 2010). Há ainda evidência que as mães deprimidas têm dificuldades em responder apropriadamente aos seus filhos, o que pode prejudicar o desenvolvimento infantil, incluindo problemas no aprendizado, na fala e nas relações sociais (Arteche 2011).

O crescimento inadequado na infância pode resultar em baixa estatura na vida adulta, em desempenho educacional baixo, diminuição da produtividade econômica, capacidade de trabalho comprometida e risco aumentado de doença. O rápido crescimento físico e desenvolvimento ocorrem no início da vida, quando os bebês são dependentes de suas mães nas necessidades nutricionais e sociais, tornando-os vulneráveis aos efeitos causados pela debilidade da saúde mental materna (Surkan 2011). Melhorias no sistema de saúde, que facilitem o reconhecimento e manejo das mães deprimidas, poderão resultar em benefícios para a saúde materna e infantil (Darcy 2011).

A maioria dos estudos têm investigado o efeito da depressão pós-parto até os 24 meses após o nascimento. O estudo dos nascidos na Coorte de 2004 fez o acompanhamento das mães desde o terceiro mês após o parto até os seis anos de idade, utilizando a "Escala de Depressão Puerperal de Edinburgo" (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) (Cox 1987), visando explorar os fatores de risco, fatores prognósticos e as conseqüências da depressão materna sobre a saúde

da criança. O objetivo da atual análise foi de medir a prevalência de depressão materna em cada um dos cinco acompanhamentos da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004.

## 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O EPDS foi inicialmente avaliado quanto à sensibilidade e especificidade entre uma subamostra de mães da Coorte de 2004, aos 3 meses pós-parto. A Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004 é um estudo de base populacional que incluiu todas as crianças nascidas nos cinco hospitais da cidade naquele ano. As crianças foram examinadas e as mães entrevistadas durante sua estada no hospital. Quando estavam com 3 meses de idade, as crianças foram visitadas em casa ou foram trazidas à Faculdade de Medicina da UFPEL, conforme a preferência da mãe. Nessa ocasião as mães foram entrevistadas e o questionário EPDS aplicado. O EPDS contém 10 perguntas as quais foram traduzidas para o português e re-traduzidas para o inglês antes de sua aplicação. O padrão ouro do estudo de validação foram entrevistas conduzidas por psiquiatras no domicílio. A curva ROC mostrou que o melhor ponto de corte ( $\geq 10$ ) para rastreamento de depressão tinha sensibilidade 82,6% e especificidade de 65,4%. Para diagnóstico (ponto de corte  $\geq 13$ ), a sensibilidade foi de 59,5% e a especificidade, de 88,4%.

O EPDS foi reaplicado para todas as mães da Coorte quando as crianças estavam com 12, 24, 48 e 72 meses de idade. No primeiro acompanhamento feito aos 3 meses de vida foram entrevistadas 886 mães. No segundo acompanhamento, feito aos 12 meses de vida, 3.875 mães foram entrevistadas. Aos 24 meses e 48 meses, respectivamente, 3.821 e 3.748 mães responderam o questionário. Por fim, no último acompanhamento, feito até o momento aos 72 meses, um total de 3.302 mães responderam ao EPDS. Foram calculados a prevalência de depressão materna em cada um dos acompanhamentos da Coorte e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) dessas estimativas.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Figura 1, aos 3 meses, a prevalência da depressão materna foi 11,5% (IC95% 9,4-13,6). Aos 12, 24, 48 e 72 meses, a prevalência foi de 15,1% (IC95% 14,0-16,2), 16,0% (IC95% 14,9-17,2), 17,9% (IC95% 16,7-19,2) e 16,5% (IC95% 15,3-17,8), respectivamente. A sobreposição dos intervalos de confiança mostra que a prevalência de depressão após os 3 meses pós-parto foi muito semelhante, variando entre 15 e 17%. A prevalência foi um pouco menor no primeiro acompanhamento (3 meses), o que é consistente com um estudo na Inglaterra que mostrou que, no intervalo dos 6 anos 9 meses, há um aumento na proporção de depressão pós-parto (Gjerdingen 2011).

A atual análise não permite afirmar se são as mesmas mulheres que apresentam depressão em todos os acompanhamentos. Um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, com 1735 mães identificou cinco trajetórias diferentes para depressão materna: 1) sempre ou sintomatologia depressiva crônica (7%); 2) somente ante-parto (6%); 3) pós-parto, que resolve após o primeiro ano pós-parto (9%); 4) tardia, presente aos 25 meses pós-parto (7%); e 5) nunca teve sintomatologia depressiva (71%) (Mora, 2008). De qualquer modo, as prevalências encontradas apontam para a necessidade de que a depressão em mulheres em

idade reprodutiva deva ser investigada e manejada apropriadamente na rede básica de saúde. As mães de crianças no primeiro ano de vida e de pré-escolares procuram frequentemente os serviços de saúde para visitas de rotina, vacinação e por sintomas de doenças comuns. Todas essas são oportunidades para identificar e manejar adequadamente a depressão materna que os serviços de saúde não podem desperdiçar, visando preservar a saúde e o desenvolvimento das crianças.

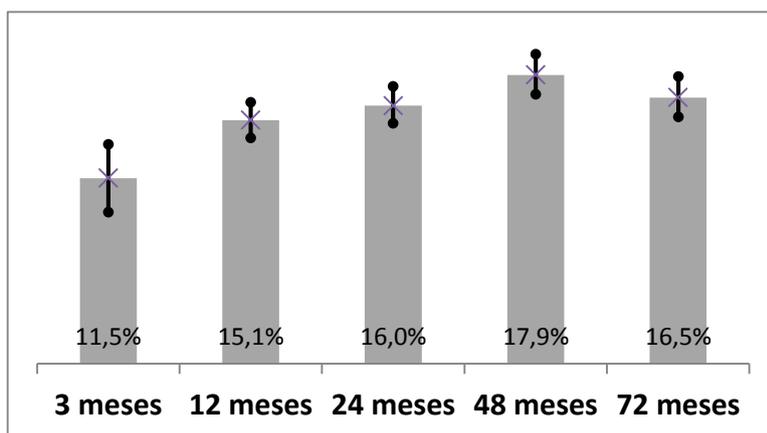


Figura 1. Prevalência de depressão materna na Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004, de acordo com o tempo decorrido desde o parto.

#### 4 CONCLUSÃO

A prevalência observada de depressão materna e suas implicações para a saúde infantil indicam a necessidade de se explorar os fatores que se associam a sua ocorrência em diferentes momentos pós-parto, de modo que intervenções preventivas e de manejo possam ser planejadas e implementadas no âmbito da saúde pública. Análises subsequentes deverão ser conduzidas com os dados da Coorte de 2004, visando preencher essa lacuna do conhecimento em nosso meio.

#### 5 REFERÊNCIAS

O'HARA, Michael W. et al. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **Int Rev Psychiatry**. 8:37-54,1996.

GROTE, Veit. et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. **BMC Pediatrics**, 10:14, 1-8, 2010.

ARTECHE, Adriane et al. The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. **Journal of Affective Disorders**, 133, 197-203, 2011.

SURKAN, Pamela J. et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**, 287, 607-615D, 2011.

DARCY, Janel M. et al. Maternal Depressive Symptomatology: 16-Month Follow-up of Infant and Maternal Health-Related Quality of Life. **Journal of the American board of family medicine**, 24, No 3, 249-257, 2011.

COX JL. et al. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry** 150:782-6, 1987.

SANTOS, Iná S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad Saude Publica**. 23:2577-88, 2007

GJERDINGEN, Dwenda et al. Changes in Depressive Symptoms over 0-9 Months Postpartum. **Journal of Women's Health**, 20, No 3, 381-386, 2011.

MORA, Pablo A. et al. Distinct Trajectories of Perinatal Depressive Symptomatology: Evidende From Growth Mixture Modeling. **American Journal of Epidemiology**, 169, No 1, 24-32, 2008.