

Cynthia Nunes de Oliveira Brito^I
Sandra Valongueiro Alves^{II}
Ana Bernarda Ludermir^{II,III}
Thália Velho Barreto de Araújo^{II}

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 estatisticamente 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.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cynthia Nunes de Oliveira Brito
Departamento de Medicina Social
Centro de Ciências da Saúde – UFPE
Av. Prof. Moraes Rego, s/n Bloco E 4º andar
50670-901 Recife, PE, Brasil
E-mail: cynt_brito@yahoo.com.br

Recebido: 22/11/2013

Aprovado: 20/10/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between unintended pregnancy and postpartum depression.

METHODS: This is a prospective cohort study conducted with 1,121 pregnant aged 18 to 49 years, who attended the prenatal program devised by the Brazilian Family Health Strategy, Recife, PE, Northeastern Brazil, between July 2005 and December 2006. We interviewed 1,121 women during pregnancy and 1,057 after childbirth. Unintended pregnancy was evaluated during the first interview and postpartum depression symptoms were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale. The crude and adjusted odds ratios for the studied association were estimated using logistic regression analysis.

RESULTS: The frequency for unintended pregnancy was 60.2%; 25.9% presented postpartum depression symptoms. Those who had unintended pregnancies had a higher likelihood of presenting this symptoms, even after adjusting for confounding variables (OR = 1.48; 95%CI 1.09;2.01). When the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) variable was included, the association decreased, however, remained statistically significant (OR = 1.42; 95%CI 1.03;1.97).

CONCLUSIONS: Unintended pregnancy showed association with subsequent postpartum depressive symptoms. This suggests that high values in Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale may result from unintended pregnancy.

DESCRIPTORS: Depression, Postpartum, epidemiology. Pregnancy, Unplanned. Pregnancy, Unwanted. Cohort Studies.

INTRODUÇÃO

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 & Karkun¹² (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%.^{17,21} Aspectos metodológicos²² e culturais podem influenciar nessa variação.¹²

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.^{19,23}

Na literatura, muitos fatores de risco são 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.^{3,20} Estudos sugerem associação entre gravidez não pretendida (GNP) e DPP.^{11,21}

Inúmeras gestações não desejadas acontecem ao redor do mundo anualmente; estima-se a ocorrência de 86 milhões em 2008.²⁹ A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde,^a 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%).^{2,6,26} Carvalho^b (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 e a inclusão de mulheres com menos de 18 anos na amostra.

A utilização dos termos não planejada e indesejada com o mesmo sentido, i.e., de avaliar gestações ocorridas de maneira não intencional, pode interferir na sua frequência. Isso porque há diferenças na compreensão

^a Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

^b Carvalho JSN. Fatores associados ao desconhecimento do *status* sorológico para o HIV em gestantes [dissertação de mestrado]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2011.

das mulheres quanto ao significado dos termos “não planejada”, “não pretendida” e “indesejada”.^{10,15} Estudos realizados periodicamente pelo *Nacional 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-los em outro momento, agrupando ambas as categorias dentro de outra (*unintended*).⁴ O termo “gravidez não pretendida”, usado no mesmo sentido de *unintended*, havia sido proposto por Azevedo et al¹ (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^{2,11} e aumento da mortalidade materna em decorrência de abortos inseguros são relatados.²⁹ Crianças nascidas de gestações não pretendidas podem estar em desvantagem em relação aos cuidados da mãe, com maior risco de morte, retardo no crescimento e abuso/violência.¹¹

O objetivo desse estudo foi analisar a associação entre GNP e DPP.

MÉTODOS

Estudo de coorte prospectivo,¹⁷ incluindo as 1.121 mulheres grávidas de 18 a 49 anos de idade cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário (DS) II do Recife, PE, inclusive as que não estavam fazendo acompanhamento pré-natal nas unidades básicas desse distrito, de julho de 2005 a dezembro de 2006. A população do distrito é constituída, sobretudo, por famílias de baixa renda. A ESF apresentava 78,0% de cobertura à época da coleta de dados, contando com quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e 38 da ESF.¹⁷

Das 1.121 mulheres que participaram da pesquisa, 1.056 foram incluídas na análise, representando o total de mulheres que participaram das duas etapas (entrevista na gravidez e após o parto). O percentual de perdas foi de 5,8%: por mudança de endereço (37), óbito (3), incapacidade para participação da segunda entrevista (2), mudança para áreas sob o controle do tráfico de drogas (13), viver em situação de rua (4) e recusa em permanecer na pesquisa (5). Uma delas participou apenas da segunda entrevista.

As participantes foram identificadas por meio dos registros do pré-natal da ESF ou do PACS. As entrevistas foram realizadas face a face, em local reservado, por entrevistadoras com nível superior e experiência em pesquisa nas áreas de saúde da mulher, violência e gênero.

As entrevistas para aplicação do questionário foram realizadas na gravidez (a partir de 31 semanas) e após o parto. O contato com as mulheres para a segunda entrevista

deveria ser feito a partir das consultas da puericultura, entretanto, devido à cobertura insuficiente, a maioria foi contatada e entrevistada no domicílio. Estas ocorreram oito meses após o parto, em média.

A escala EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), desenvolvida por Cox et al⁸ (1987), foi utilizada 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 al²⁷ (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 grávida, você: a) estava tentando engravidar; b) estava querendo engravidar; c) queria engravidar, mas não agora (inoportuna/mistimed); d) não queria engravidar (indesejada); e) não fazia diferença”.¹ 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 reclassificadas 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 reclassificadas, 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),

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%).¹⁸ 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 al⁵ (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 era 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	69,8
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 \geq 12).

A análise bivariada realizada entre DPP e as covariáveis 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 referiam 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 \geq 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 estatisticamente significativa (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 desenvolvimento¹² 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.^{2,6,26} 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.^c 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%).^c 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 por apresentar desempenho ligeiramente superior ao da EPDS em estudo comparativo.²⁵

^c Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

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*

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 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				OR	IC95%	p
	Pretendida		Não pretendida				
	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%
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	1,48	1,09;2,01	1,42	1,03;1,97
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.^d Estudos comprovam a eficácia dessa forma de administração.¹⁴ 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. Foi realizado ajuste para essa variável, o que reduziu a força da associação.

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 (comportamento controlador), 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.

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 se agravar e levar a repercussões imediatas e tardias para a mulher e seu filho. Investigações adicionais são necessárias no aprofundamento do tema, incluindo, por exemplo, mulheres com menos de 18 anos de idade, faixa etária excluída deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Azevêdo ACC, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermit AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2394-404. DOI:10.590/0102-311X00161111
2. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto 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/iffp.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, Abma 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, Griep 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:10.590/S0102-311X2001000400022
6. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano 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/s0103-21002012000300015
7. Costa AG, Ludermit 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:10.590/S0102-311X2005000100009
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, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental 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

^d 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:10.1023/A:1009534612388
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, Bilszta JL, Hayes B, Barnett 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 extremo 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)90150-B
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.