

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR

CHRISTIANE CARVALHO RIBEIRO

**A RELAÇÃO ENTRE AS FORMAS DE NASCIMENTO, A PERCEPÇÃO DE
TRAUMA DURANTE O PARTO, A ESCOLHA MATERNA E A DEPRESSÃO PÓS-
PARTO**

BELO HORIZONTE

2018

CHRISTIANE CARVALHO RIBEIRO

**A RELAÇÃO ENTRE AS FORMAS DE NASCIMENTO, A PERCEPÇÃO DE
TRAUMA DURANTE O PARTO, A ESCOLHA MATERNA E A DEPRESSÃO PÓS-
PARTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Medicina Molecular.

Área de concentração: Medicina Molecular.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho.

Co - Orientadora: Dra. Mayra Yara Martins Brancaglion.

BELO HORIZONTE

2018

R484r Ribeiro, Christiane Carvalho.
A relação entre as formas de nascimento, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a depressão pós-parto [manuscrito]. / Christiane Carvalho Ribeiro. -- Belo Horizonte: 2018. 62f.
Orientador (a): Humberto Corrêa da Silva Filho.
Coorientador (a): Mayra Yara Martins Brancaglioni.
Área de concentração: Medicina Molecular.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Depressão Pós-Parto. 2. Gravidez. 3. Parto. 4. Trauma Psicológico. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Silva Filho, Humberto Corrêa da. II. Brancaglioni, Mayra Yara Martins. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 300

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR

A Dissertação intitulada “A relação entre as formas de nascimento, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a Depressão Pós-Parto”, de autoria de Christiane Carvalho Ribeiro, foi considerada APROVADA pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professor Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho
(UFMG – Orientador)

Dr^a. Mayra Yara Martins Brancaglioni
(UFMG – Co- Orientadora)

Professor Dr. Henrique Vitor Leite
(UFMG)

Belo Horizonte, 23 de agosto de 2018

*A Deus, à minha família e ao meu noivo Ricardo, aos amigos e
aos responsáveis por este projeto; a eles todos os créditos.*

AGRADECIMENTOS

Dentre os rituais e simbolismos que envolvem a conclusão de um ciclo na formação acadêmica, o momento do agradecimento pode ser considerado como um dos mais importantes. A escrita do texto e até mesmo a defesa do trabalho perante uma banca podem ser tão essenciais quanto reconhecermos aqui, nesta seção, o auxílio daqueles que me apoiaram durante todo esse trajeto.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que sempre esteve comigo mesmo nos momentos mais difíceis e me fez crer que tudo é possível.

À minha mãe, Marlene, minha fonte de inspiração e maior exemplo de vida, pelo apoio incondicional e cumplicidade. Além de mãe e melhor amiga, foi quem sempre compartilhou comigo meus sonhos, na saúde e na doença, na alegria e na tristeza, e me acompanhou durante toda esta etapa.

Ao meu pai, Nilson (*in memoriam*), sempre presente – apesar da ausência – meu amigo e companheiro de risadas, meu Pipa amado, pelo exemplo de praticidade e descontração e por fazer parte de um vazio em meu coração que jamais será preenchido. As saudades serão eternas e tenho certeza que, de onde estiver, essa comemoração também lhe trará alegria e realização. Não obstante sua prematura partida, sempre foi decisivo para a conclusão dessa etapa e de todas as outras de minha vida.

Ao meu irmão e amigo, meu Dud querido, pelos desabafos, paciência, pelas vitórias e dores compartilhadas, meu irmão de sangue e de alma. Apesar de ser o caçula da família, é quem sempre me inspira, me orienta e me enche de orgulho a cada conquista alcançada.

Ao Ricardo, meu amor, meu anjo e companheiro que compartilhou comigo todos os bons e maus momentos. Foi quem pacientemente me ouviu e me norteou durante os conflitos e escolhas que envolviam este trabalho.

Ao meu orientador, professor Humberto Corrêa da Silva Filho. Minha admiração é enorme. Os possíveis méritos do presente trabalho devem ser creditados à sua atividade de orientação. Aproveito para eximi-lo de quaisquer responsabilidades pelas eventuais falhas dessa dissertação, pelas quais sou a única culpada.

À Mayra Brancaglione, que mais do que co-orientação, exerceu um papel fundamental neste trabalho. Agradeço pela relação de amizade e pelo seu olhar, que durante a minha participação no grupo de pesquisa ao longo desses anos, abriu-me novos horizontes, de forma que várias das discussões ali travadas estão presentes no texto por mim elaborado.

À Sarah Rückl, que pacientemente escutou todos os argumentos vinculados ao presente trabalho, desde sua concepção enquanto projeto até a elaboração de suas conclusões finais.

Ao eterno preceptor de residência médica Vinícius Tavares, por incitar em mim o desejo de aprimorar e repassar os meus conhecimentos de forma a concluir esta etapa e fomentar o interesse pelo tema.

Aos Professores Henrique Leite, Regina Aguiar, Rodrigo Nicolato pelo apoio. Um agradecimento especial ao professor Amaury Cantilino, pela enorme contribuição e disponibilidade em discutir e apresentar a sua vasta publicação científica sobre o assunto. Agradeço também aos alunos de Iniciação Científica, Julinely, Ana, Sílvia e Kyze e aos colegas da pesquisa, Edson e Manuela, pela ajuda e por incitarem em mim o desejo de aprimorar e repassar os meus conhecimentos de forma a concluir esta etapa.

Ao eterno preceptor Vinicius Tavares, por fomentar em mim o interesse de trabalhar com mulheres gestantes e puérperas ao longo de toda a Residência Médica em Psiquiatria.

A todos os meus amigos e familiares, por também fazerem parte dessa história e entenderem os meus períodos de ausência em dedicação a este trabalho. Aos amigos do colégio, de infância, da faculdade e da vida, pelas risadas, companhia e amizade sincera.

E por último, agradeço às pacientes envolvidas neste projeto, pela contribuição e por possibilitarem o estudo de uma fase tão complexa e importante em suas vidas, que é o período reprodutivo. As experiências e ensinamentos vão além da mera prática clínica.

“Amuralhar o próprio sentimento é arriscar que ele te devore desde dentro”.

– Frida Kahlo.

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um sério problema de saúde mental, associado ao sofrimento materno e aos efeitos negativos em seus filhos. A maioria dos preditores de DPP é de origem biológica, como a vulnerabilidade genética ou os fatores psicossociais, mas pouco se sabe sobre os fatores obstétricos, como traumas físicos e psicológicos durante o parto. Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a frustração da preferência pelo modo de parto, o tipo de parto (vaginal ou cesariana), o parto traumático e o risco de desenvolver a DPP. Métodos: Quinhentos e setenta e uma pacientes foram entrevistadas sobre condições sociodemográficas, como idade materna, escolaridade, planejamento da gravidez, tipo de parto desejado e realizado, história de aborto, complicações no parto, relação conjugal e trauma psicológico durante o trabalho de parto, no período pré-natal e pós-parto. Sintomas depressivos foram examinados com a versão brasileira validada da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. O *Mini Plus*, versão 5.0, foi aplicado para triagem de transtornos psiquiátricos. Resultados: Encontramos uma associação significativa entre DPP e parto traumático. Além disso, a DPP foi significativamente relacionada à gravidez não planejada, desejos de aborto, histórico de DPP, multiparidade e depressão maior durante a vida. No entanto, nenhuma relação entre DPP e tipo de parto e frustração da escolha materna entre cesariana e parto natural pode ser demonstrada. Conclusão: Não houve associação entre DPP, preferência pelo modo de parto e tipo de parto. Ao considerar o tipo de parto, a futura mãe e o obstetra devem analisar os riscos e benefícios e escolherem a melhor alternativa. Os médicos devem levar em consideração risco de gravidez, gravidez não planejada, desejos de aborto, histórico de DPP prévia e depressão maior durante a vida, e os fatores de risco para parto traumático, uma vez que são fatores relacionados à depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Gravidez. Tipo de parto. Trauma psicológico.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a serious mental health problem, which is associated with maternal distress and negative effects on their children. Most of the predictors of PPD are biological, like genetic vulnerability or psychosocial but very little is known about obstetrical factors, as physical and psychological trauma during delivery. Purpose: The aim of this study was to investigate the association between delivery mode preference, type of delivery (vaginal or Cesarean section), psychological trauma during labor, and the risk of developing PPD. Methods: Five hundred and seventy one patients were interviewed about sociodemographic variables such as maternal age, education, pregnancy planning, history of abortion, complications during delivery, marital relationship, psychological trauma during labor and the type of delivery. Depressive symptoms were examined with the validated Brazilian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The *Mini Plus*, 5.0 version, was applied to screen for psychiatric disorders. Results: We found a significant association between postpartum depression and psychological trauma during delivery. Moreover, PPD was significantly related to a higher pregnancy risk, unplanned pregnancy, multiparity, abortion wishes, history of PPD and major depression during life. However, no relationship between PPD and delivery mode preference and type of delivery could be demonstrated. Conclusion: There is no relationship between PPD, delivery mode preference and type of delivery. When considering the type of delivery, the future mother and the obstetrician should weight risks and benefits and choose the best alternative. Clinicians should take into consideration pregnancy risk, unplanned pregnancy, abortion wishes, history of previous PPD and major depression during life, once they are related to postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression. Pregnancy. Type of delivery. Psychological trauma.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características do 2.º Trimestre e do Pós-Parto.....	30
TABELA 2 – Análise Descritiva das Variáveis do Pós-Parto	31
TABELA 3 – Avaliação do EPDS com Outras Variáveis Categóricas.....	32
TABELA 4 – Avaliação do EPDS com Outros Preditores	34
TABELA 5 – Avaliação com Relação ao Risco na Gravidez	34
TABELA 6 - Avaliação da DPP com o Tipo de Parto e o Parto Traumático	35
TABELA 7 - Distribuição de Depressão Pós-Parto de acordo com Parto Desejado e Realizado	35
TABELA 8 – Avaliação entre Trauma e Local de Parto.....	36

LISTA DE SIGLAS

BDI	Escala Beck de Depressão
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DM	Depressão Maior
DG	Depressão Gestacional
DPP	Depressão no Pós-Parto
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HAM-D 17	Escala de Depressão de Hamilton, 17 itens
HC	Hospital das Clínicas
IC	Intervalo de Confiança
Mini Plus	Mini International Neuropsychiatric Interview
OR	Odds Ratio
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TP	Transtorno de Personalidade
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO	16
3 TRAUMA PSICOLÓGICO	19
3.1 Resiliência.....	20
3.2 Fatores de risco para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no pós-parto	21
4 TIPO DE PARTO	22
4.1 Cesariana.....	22
4.2 Parto transpélvico.....	22
5 A ESCOLHA MATERNA DO TIPO DE NASCIMENTO	24
6 OBJETIVOS	25
6.1 Objetivo geral.....	25
6.2 Objetivos específicos.....	25
7 MATERIAIS E METODOLOGIA	26
7.1 Tipo de pesquisa, local e desenho do estudo.....	26
7.2 Seleção da amostra	26
7.3 Instrumentos	26
7.4 Análise estatística.....	28
8 RESULTADOS	29
8.1 Das características gerais.....	29
8.2 Das análises descritivas do período pós-parto	30
8.3 Das análises dos preditores e fatores de risco para DPP	31
8.4 Das análises da DPP associada ao risco obstétrico	33
8.5 Das análises da associação entre o tipo de parto, o parto traumático e a DPP.....	33
8.6 Das análises da associação entre a frustração da escolha materna do tipo de nascimento e a DPP.....	34
8.7 Das análises da associação entre o parto traumático e o local em que foi realizado o parto	35
9 DISCUSSÃO	36
10 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO I.....	54
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO II	56

APÊNDICE D - MAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGUNDO TRIMESTRE E DO PÓS PARTO	56
ANEXO A – ESCALA DE EDIMBURGO	57
ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	61
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PELA BANCA EXAMINADORA ..	62

1 INTRODUÇÃO

O período perinatal é considerado complexo na vida de uma mulher, uma vez que é marcado por mudanças fisiológicas, sociais e biológicas. As mulheres são consideradas mais susceptíveis aos transtornos mentais durante o período reprodutivo (COUTO *et al.*, 2015; BURREL-WARD, 2018) e a incidência de depressão pós-parto (DPP) varia entre 10 e 20%, segundo estudos (SÉJOURNÉ *et al.* 2017; OKUN *et al.*, 2011). A maioria dos preditores de DPP é constituída por fatores psicossociais e inclui diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade perinatais, história familiar de transtornos do humor, relacionamento conjugal frágil, condições socioeconômicas, parto prematuro, gravidez não planejada, eventos de vida estressantes durante a gravidez e amamentação, bem como desemprego (KWOK *et al.*, 2015; BECK, 2001). Uma menor importância é dada a outros fatores de risco, como os obstétricos e relacionados ao parto, a saber: o tipo; a percepção de trauma e a escolha materna entre a cesariana e o parto transpélvico, também chamado de parto natural.

As condições do parto também são importantes fatores de risco e englobam o temor da mulher em receber uma anestesia peridural, parto vaginal traumático e cesariana de emergência, as quais foram associadas à desestabilização emocional perinatal (SADAT *et al.*, 2014; SCHYTT *et al.*, 2011).

A literatura atualmente demonstra que as intervenções médicas, complicações no parto, intercorrências obstétricas, cesariana de emergência e o aumento do risco de experiências traumáticas durante o parto são associados ao parto traumático. Outrossim, até mesmo um parto considerado dentro dos padrões de normalidade pela equipe assistente, referentes a posição fetal, condições materno-fetais, dilatação e batimentos cardíacos fetais (BCF), pode adquirir o mesmo status na percepção da parturiente (ANDERSEN *et al.*, 2012).

A cesariana e o parto vaginal ou transpélvico são as opções de formas de nascimento disponíveis. Riscos e benefícios devem ser cuidadosamente analisados pela gestante e pela equipe de saúde assistente quanto a aspectos éticos e legais. É dado à gestante o direito de escolha e a oportunidade de participar das decisões que envolvem este momento (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Haveria uma preferência pelo tipo de parto transpélvico, apesar da taxa de cesarianas estar aumentando em nosso País (LEGUIZAMON *et al.*, 2013), com taxas chegando até 40,5% na América Latina e cerca de 18,5% de incidência mundial (BÉLTRAN *et al.*, 2016).

2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão perinatal é atualmente um grave problema de saúde pública. As alterações hormonais e físicas, além dos sentimentos conflitantes da mãe ao ter que lidar com a ideia de concepção, podem desencadear diversos transtornos psiquiátricos no período reprodutivo (CAMACHO *et al.*, 2006). Durante o período gravídico-puerperal a incidência de transtornos psíquicos aumenta (BURREL-WARD, 2018), ao contrário do que previa a antiga literatura científica, na qual a gravidez era apresentada como fator de proteção para os transtornos psiquiátricos (MANIKKAM; BURNS, 2012). A prevalência de depressão gestacional pode sofrer variações, sendo estimada entre 10% e 20% (SÉJOURNÉ *et al.*, 2017). Nos seis primeiros meses após o parto, cerca de 15% das mulheres podem ser diagnosticadas com DPP, podendo ocorrer uma variação dessa prevalência nos países ocidentais entre 0,5 a 60% (FELIX *et al.*, 2008; IBIAPINA *et al.*, 2010). Outros estudos sugerem ainda a ampliação deste conceito e consideram o período de um ano após o parto como período de risco para a DPP (SWORD *et al.*, 2011; BORDERS, 2006). Estudos apontam que a depressão gestacional é fator de risco importante para a depressão no pós-parto. Aproximadamente, 50% das mulheres que tiveram DPP tiveram a depressão gestacional (LOVISI *et al.*, 2005), que muitas vezes é subdiagnosticada pelos profissionais de saúde.

A depressão perinatal caracteriza-se por sintomas como falta de energia e motivação, perda da libido, choro fácil, aumento da irritabilidade, hipersonia ou insônia, transtornos alimentares e sensação de incapacidade que pode ocorrer no período gestacional e pós-parto. No caso da DPP, estes sintomas se iniciam nas primeiras quatro semanas do puerpério, de acordo com a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria. Além disso, os sintomas não são diferentes daqueles de um episódio depressivo em qualquer outra fase da vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Entretanto, seu diagnóstico é complexo, uma vez que devem ser excluídas as modificações comportamentais e fisiológicas da fase puerperal, que incluem aumento da fadiga, mudanças no peso corporal e aumento da insegurança. Outros fatores também devem ser considerados em um diagnóstico diferencial, como doenças endócrinas, luto e enfermidades neurológicas, por exemplo. Alguns autores também apontam as dificuldades em diferenciar a depressão pós-parto de um transtorno depressivo em outra fase da vida da mulher (FEDOCK; ALVAREZ, 2018; FELIX *et al.*, 2008). Dessa forma, esse diagnóstico é baseado nos critérios do DSM-5, que caracteriza a condição como início de sintomas

depressivos nas primeiras quatro semanas do puerpério pelo período mínimo de duas semanas. A presença na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas, de humor deprimido e/ou interesse ou prazer diminuídos, além de alterações no apetite, hipersonia ou insônia, pensamentos recorrentes de morte, fadiga excessiva, sentimento de culpa e inutilidade determinam o diagnóstico. Trata-se de condição heterogênea quanto aos sintomas apresentados e que também varia em incidência de acordo com a fase do período gravídico-puerperal em que a mulher se encontra.

Outro fator capaz de causar confusão é o chamado “*baby blues* puerperal”, associado às alterações dramáticas nos níveis hormonais na primeira quinzena pós-parto. Esse conjunto de fatores é responsável por sintomas que incluem labilidade do humor, tristeza, choro, irritabilidade, inquietação, falta de concentração, ansiedade generalizada, preocupação, sono e alterações de apetite (GRUSSU; QUATRARO, 2013). Tais mudanças comportamentais, descritas outrora (KENDELL *et al.*, 1981; O’HARA *et al.*, 1991), podem apresentar incidência que varia entre 40 e 80%, com período de pico dos sintomas entre 3 e 5 dias do pós-parto (POP *et al.*, 2015). O *baby blues* puerperal é autolimitado, e a remissão dos sintomas ocorre de um dia até três semanas após o parto (HENSHAW, 2003; MILLER; RUKSTALIS, 1999).

Na fase do puerpério, período que dura seis a oito semanas após o parto, também se nota o aumento da sensação de responsabilidade e de incapacidade. Os sintomas de depressão pós-parto muitas vezes podem ser falsamente interpretados como experiências fisiológicas ou tidas como “comuns” no período do puerpério, como insônia, perda de apetite e energia, o que dificulta o diagnóstico e a procura por acompanhamento psicoterápico.

A fragilidade social, a baixa condição socioeconômica, a não aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o companheiro, história de problemas obstétricos, menor contato com o bebê após o nascimento, a violência doméstica, pouco suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2009) são os principais fatores de risco para esses transtornos psiquiátricos. Tais aspectos também são determinantes para a baixa adesão ao tratamento e acompanhamento dessas mulheres durante o período pós-parto. Não somente os fatores sociais, mas os transtornos psiquiátricos anteriores à gestação (BECK, 2001) e pré-disposição genética (GUINTIVANO, 2018) estão entre os aspectos que podem contribuir para o surgimento da depressão perinatal.

A literatura traz muitos fatores de risco associados à depressão em mulheres, principalmente durante o pré-natal e o pós-parto. No presente estudo, serão avaliados os

aspectos psicossociais, selecionados a partir da revisão da literatura e também os fatores físicos, como a forma de nascimento e o trauma, associados ao diagnóstico da DPP.

3 TRAUMA PSICOLÓGICO

O trauma psicológico é conceituado neste estudo como percepção e resposta exageradas a determinado evento (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2011), um conceito relativamente recente em relação às antigas análises de eventos traumáticos, presentes nas edições anteriores dos Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

O parto traumático tem sido cada vez mais reconhecido como um causador de sofrimento psíquico materno – cerca de 30% das mulheres descreve o seu parto como traumático, com a prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) variando em torno de 7% (BYRNE *et al.*, 2017). Dessa forma, não somente lesões físicas extremas são consideradas traumáticas. Experiências subjetivas, como assistência médica inadequada, dores e procedimentos de urgência podem tornar a experiência do parto um trauma para parturiente.

Um parto, quando considerado traumático, seria enquadrado como fator de exposição e definido como evento traumático nos critérios A de acordo com o último DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2013): exposição a episódio concreto ou ameaças de morte, lesão grave ou violência sexual, de forma que o indivíduo vivencie diretamente este evento ou testemunhe o acontecimento com outras pessoas, sendo próximas ou não, ou ainda, tenha contato, ou seja, exposto de forma intensa a detalhes relacionados a este episódio, constitui evento traumático. Os sintomas intrusivos vivenciados por estes pacientes – Critérios B – também estariam presentes, como lembranças angustiantes, reações dissociativas, sonhos cuja temática remeta ao evento traumático, sofrimento psíquico e reações dissociativas e fisiológicas. Estes indivíduos realizariam tentativas de evitar estes estímulos (Critérios C), e também poderiam evitar pessoas ou locais que o fariam recordar as lembranças desde evento traumático, além de outras alterações negativas (Critérios D) na cognição e no humor. Por último, em algumas pessoas, as reações traumáticas podem ser demonstradas como alterações marcantes na excitação e reatividade, com aumento da irritabilidade, insônia e hipervigilância – critérios E. Os sintomas psiquiátricos dissociativos, como despersonalização e desrealização poderiam estar ou não presentes.

Desde que foi considerado um transtorno psiquiátrico distinto no DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), o TEPT foi relacionado a diversos eventos traumáticos da vida. No DSM-IV, em 1994, houve uma mudança substancial desse conceito, principalmente no que tange ao critério A, de modo que sentimentos de medo, desamparo e horror seriam considerados uma resposta a um evento traumático experimentado.

Ao longo dos anos, o conceito de evento traumático necessitou passar por mudanças e experiências que antes não eram consideradas traumáticas, mesmo tratando-se de vivências negativas subjetivas, passaram a ser vistas de uma outra forma, como é o caso do parto. Nas edições anteriores do DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980; 1987), existiam dificuldades na delimitação dos eventos que poderiam, por ventura, ser considerados traumáticos (BAILHAM; JOSEPH, 2016).

Com a expansão dos critérios de definição de trauma, os eventos relacionados a danos psicológicos traumáticos associam-se ao desenvolvimento do TEPT. Uma experiência de medo intenso, tristeza, perda de controle e horror durante o parto, mesmo em uma situação obstétrica sem perigo, pode ser considerada um evento traumático (BECK, 2004). Uma revisão de metanálises sobre o tema encontrada na literatura demonstrou incidência de 4% de TEPT nas mulheres no período pós-parto (AYERS, 2017) e índices ainda maiores, de 19,7% a 45,5% de mulheres que consideram o seu parto traumático (AYERS *et al.*, 2009; DIKMEN-YILDIZ; AYERS; PHILLIPS *et al.*, 2017).

O TEPT no período pós-parto é associado a um maior risco de desenvolver depressão pós-parto (OH *et al.*, 2016), dificuldades no relacionamento mãe-filho e dificuldades no relacionamento conjugal (DIKMEN-YILDIZ; AYERS; PHILLIPS *et al.*, 2017) e até mesmo, em casos mais graves, ideações suicidas e infanticídio (BYRNE, 2017). As respostas entre as mulheres podem variar bastante no que tange a um parto traumático, o que estaria associado à resiliência, à capacidade de recuperação, dificuldades em estabilizar os sintomas e à apresentação dos sintomas de TEPT em período pós-parto mais tardio (DIKMEN-YILDIZ; AYERS; PHILLIPS *et al.*, 2017; BONANNO, 2004; NORRIS *et al.*, 2009).

3.1 Resiliência

A resiliência, que significa a capacidade de enfrentar as adversidades, é associada aos sentimentos de positividade, cooperação, suporte social e ao enfrentamento de medos (HORN *et al.*, 2018) e pode ser considerada um fator de proteção importante na prevenção do TEPT. A resiliência é entendida como a manutenção ou restauração rápida do equilíbrio do estado de saúde mental durante e após a exposição ao estresse (KLEIM; KALISCH, 2018). A capacidade de se socializar com outras pessoas e de se relacionar bem em seu local de trabalho são consideradas habilidades que promovem a resiliência (HEATHCOTE; WULLSCHLEGER; SUN, 2018).

Muitas vezes os eventos traumáticos relatados pelas mulheres são associados às suas experiências anteriores, aos transtornos psiquiátricos prévios além de outros fatores subjetivos únicos (BYRNE, 2017). O entendimento de que existem tais fatores de proteção e resiliência é essencial para elaboração de formas de prevenção no cuidado com as mulheres no período perinatal. Possibilitar formas para melhorar a capacidade de adaptação dessas mães e modificações na assistência da equipe de saúde ajuda na prevenção dos fatores de risco (AYERS, 2017).

3.2 Fatores de risco para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no pós-parto

A depressão gestacional, o medo do parto, os problemas clínicos de saúde, a gestação de alto risco, as complicações na gestação e o histórico prévio de TEPT são os fatores de risco mais prevalentes na caracterização do parto traumático (AYRES, 2017). Os mais graves são relacionados às experiências negativas da gestante em seu parto, à necessidade de intervenções cirúrgicas, à falta de suporte durante o parto e aos episódios dissociativos.

Os fatores de risco do TEPT são bastante similares aos da DPP, portanto, àquela condição no período pós-parto apresenta grande comorbidade com esta (AYERS, 2016) e diversas discussões encontradas na literatura apontam para a dificuldade em diferenciar os dois transtornos (OH *et al.*, 2016; DINDO, 2017). De fato, há sintomas comuns, como a presença de sentimentos intrusivos, tais como sofrimento psicológico e reações fisiológicas intensos, alterações em memória, sentimentos de culpa, insônia, alterações em concentração (BYRNE, 2017).

Além disso, a presença de depressão gestacional também é um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT (AYERS, 2017), o que indica uma relação bidirecional, em que tanto o transtorno depressivo poderia ser fator de risco para o TEPT, quanto este poderia ser para a DPP. O TEPT pode impactar de forma negativa no desenvolvimento da criança, uma vez que uma mãe depressiva apresenta pensamentos negativos em relação à maternidade, relação mãe e filho mais distante e maiores dificuldades no cuidado com a criança (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2011).

4 FORMAS DE NASCIMENTO

O parto, desfecho final da gestação, muitas vezes vem acompanhado de sentimentos ambíguos maternos em relação à criança, em que sensações de realização estão presentes ao lado de sintomas depressivos e ansiosos. Embora se apresente em um único tipo, o chamado “parto natural” ou “parto vaginal” pode ser realizado por meio de duas formas de nascimento, a cirurgia cesariana e o parto transpélvico. Desta forma, utilizamos neste trabalho a terminologia “forma de nascimento” ao invés de “tipo de parto”.

Apesar da menor presença do fator “formas de nascimento” como um preditor de depressão pós-parto, a relação entre o parto cesariana ou vaginal e a DPP se mantém controversa (XU *et al.*, 2017). Fatores associados tanto ao parto transpélvico quanto à cirurgia cesariana poderiam estar relacionados a uma maior incidência de sintomas depressivos no período pós-parto.

4.1 Cesariana

A cesariana é uma das cirurgias mais comuns do mundo e a taxa de incidência global é de cerca de 19% (ZHAO, 2017; XU *et al.*, 2017). No Brasil, as taxas correspondem a cerca de 50%, podendo chegar a mais de 80% em serviços privados (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Quando corretamente indicada, pode proteger a saúde da mãe e do bebê, porém possui consequências negativas. Esta forma de nascimento resulta em um maior período de morbidade no pós-operatório e desconforto físico, fatores que poderiam estar relacionados a sintomas depressivos, segundo Zambaldi, Cantilino e Sougey (2011). Em uma cesariana de urgência é ainda maior a presença de parto traumático (CANTILINO *et al.*, 2010).

Os avanços tecnológicos, além da maior autonomia das gestantes e praticidade tem aumentado o número de cesarianas ao longo dos anos (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

4.2 Parto transpélvico

O parto transpélvico, embora preferido entre as mulheres (LEGUIZAMON *et al.*, 2013), por outro lado, também não estaria isento em apresentar fatores que poderiam levar a uma maior incidência de sintomas depressivos no período pós-parto, como a redução da analgesia, um menor status socioeconômico – que também está associado à gravidez não

planejada, ao desemprego e ao baixo suporte familiar (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2011). Alguns estudos preliminares encontrados na literatura sugerem que a dor sentida durante o parto vaginal poderia ser um fator de risco significativo para DPP (LIM; CHELLY, 2015; DING *et al.*, 2014). A anestesia epidural seria considerada, dessa forma, como um possível fator de redução do risco para a DPP (LIM; CHELLY, 2015; WISNER; STIKA; CLARK *et al.*, 2014), e uma analgesia realizada de forma insuficiente também poderia ser considerada um fator de risco para esta enfermidade (LIM; CHELLY, 2015). Os estudos presentes na literatura indicam possível associação entre um parto sem intercorrências e menor incidência de DPP.

5 A ESCOLHA MATERNA DA FORMA DE NASCIMENTO

O sistema público de saúde brasileiro atualmente é caracterizado por um aparente excesso de modelos preventivos, o que seria associado, no caso do período pré-natal, a um aumento de cesarianas e, conseqüentemente, a aumento de morbidade de mães e bebês. Como já mencionado, as taxas de cesariana no Brasil são consideradas elevadas, cerca de 50% e chegando até mais de 80% em serviços privados (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

A cesariana e o parto normal são as formas de parto disponíveis e seria ideal que as gestantes pudessem avaliar os benefícios e desvantagens de cada modalidade, a fim de realizar a opção desejada. Constitui um dever dos profissionais de saúde prestar os devidos esclarecimentos sobre os riscos e as vantagens de cada um, permitindo que as mulheres participem ativamente das decisões (NASCIMENTO *et al.*, 2015). A via de parto natural é a mais escolhida pela maioria das mulheres e os motivos principais desta preferência se ligam ao fato de considerarem este processo como natural e uma forma de evitar a realização de intervenção cirúrgica (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Estudo recente verificou que as mulheres que têm uma grande preferência por parto transpélvico e que, por outros motivos, acabam por realizar a cesariana, poderiam ter risco aumentado para a incidência DPP no período inicial pós-parto (HOUSTON *et al.*, 2015). A preferência da mulher quando frustrada, portanto, poderia estar associada a alterações de humor e a sintomas depressivos.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre a escolha materna, forma de nascimento, percepção de trauma durante o parto e desenvolvimento de depressão pós-parto, em mulheres que foram acompanhadas durante o pré-natal de gestação de alto risco e risco habitual no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

6.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, propõe-se:

- a) Caracterizar a amostra populacional estudada em relação aos principais preditores de DPP e transtornos psiquiátricos;
- b) Verificar a incidência de parto traumático nas mulheres analisadas na amostra, correlacionar com a forma de nascimento realizada e a escolha materna sobre o mesmo e a prevalência de DPP;
- c) Analisar a prevalência de mulheres que escolheram o parto cesariana ou o parto transpélvico e verificar a incidência de DPP de acordo com a escolha do parto realizada e a divergência com o parto de fato realizado;
- d) Verificar a relação entre a forma de nascimento e DPP;
- e) Verificar a incidência de DPP em mulheres que tiveram parto traumático.

7 MATERIAIS E METODOLOGIA

7.1 Tipo de pesquisa, local e desenho do estudo

O presente estudo faz parte de um amplo estudo longitudinal, prospectivo e observacional. Trata-se de um recorte de estudo que vem sendo realizado em parceria entre os Departamentos de Saúde Mental e Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O atual estudo inclui as mulheres que foram atendidas entre janeiro/2012 até novembro/2017.

7.2 Seleção da amostra

As participantes do estudo foram recrutadas na unidade de pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em Belo Horizonte, Brasil, que inclui ambulatório de gestantes de alto risco e risco habitual. Para serem incluídas, as participantes tiveram que assinar um termo de consentimento informado (Apêndice A) após receberem explicações completas sobre o estudo.

Não houve restrição de idade neste estudo e, dessa forma, todas as mulheres em idade reprodutiva foram consideradas, entre 13 a 48 anos. Mulheres grávidas analfabetas e com déficit cognitivo que as incapacitem de ler os questionários ou entender o projeto de pesquisa foram excluídas. Quinhentos e setenta e uma mulheres foram entrevistadas em ambulatório de pré-natal Jeny Faria do Hospital das Clínicas da UFMG, no segundo trimestre de gestação (entre a 13^a e a 27^a semanas), e, dessas, 265 mulheres, ou seja, 46,4% compareceram para dar continuidade à pesquisa no pós-parto, no ambulatório Borges da Costa do Hospital das Clínicas da UFMG e preencheram todos os formulários, entre 30 dias e 6 meses após o parto. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, sob o protocolo n.º 227/05. Os autores não têm nenhum conflito de interesses.

7.3 Instrumentos

Em um primeiro momento, ainda no período pré-natal, as mulheres selecionadas responderam a um questionário que incluía informações sobre idade, número de filhos e de gestações pregressas, aborto prévio, escolaridade, religião, estado civil, planejamento da gravidez e relacionamento com o companheiro. A existência de doenças pregressas clínicas e

psiquiátricas e também o risco da gestação (alto ou habitual) também foram investigados, bem como a preferência da forma de nascimento (apêndice B).

Além do questionário semiestruturado de fatores biopsicossociais, os sintomas depressivos foram examinados com as versões brasileiras validadas da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987; SANTOS *et al.*, 2007) (anexo A). Tal instrumento é autoaplicável e contém 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), o que possibilita avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos na última semana (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Não há um consenso na literatura sobre o ponto de corte ideal do EPDS, mas a maioria dos estudos indica valores maiores ou iguais a 12 (ALDER *et al.*, 2011; BRANCAGLION, 2013), que foi o valor considerado neste trabalho para rastreio positivo da DPP. As respostas são cotadas em 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, e as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas de forma decrescente.

Psiquiatras treinados participantes do grupo de pesquisa entrevistaram cada paciente usando a versão *Mini Plus 5.0* (AMORIM, 2000) para triagem de transtornos psiquiátricos. O *Mini Plus* é uma breve entrevista diagnóstica estrutural que possui altos escores de validação e confiabilidade, dividida em módulos de transtornos psiquiátricos e é compatível com os critérios do DSM-IV-TR e da CID-10. O questionário foi aplicado duas vezes, durante o segundo trimestre da gravidez e após o parto.

Foi aplicado, também, o instrumento de avaliação Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA [ABEP], 2016) (anexo B), no período pré-natal. Trata-se de classificação realizada de acordo com a posse de bens e o poder de compra da população. Há uma pontuação específica para cada bem possuído e cada classe é definida pela soma dessa pontuação, em A1, A2, B1, B2, C, D e E. Para estrato socioeconômico A, a renda média é de A é de R\$20.888, estrato B1, R\$9254,00, estrato B2, R\$4852,00, C1, R\$2705,00, C2, R\$1625,00, D-E R\$768,00 (ABEP, 2016).

Por último, no período pós-parto, as mulheres responderam a outro questionário semiestruturado (apêndice C), que investigava a forma de nascimento realizada – parto transpélvico ou cesariana; a presença de parto traumático; se foi ou não hospitalizada durante a gestação; o local do parto; se houve dificuldades no cuidado com o bebê, além de também preencherem a escala EPDS e responderem ao questionário do *Mini Plus 5.0*.

7.4 Análise estatística

Uma análise descritiva foi realizada para a caracterização da amostra, calculando, para as variáveis contínuas, a média, o desvio padrão, a mediana e a distância interquartil (3º quartil – 1º quartil). A mediana foi a medida de localização de distribuição dos dados, utilizada nas variáveis idade, anos de estudo, filhos anteriores à gestação atual, para a caracterização da amostra. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências e proporções. Além disso, foi utilizado o modelo de regressão logística para estimar a magnitude das associações (Odds Ratio). As análises foram realizadas no software STATA (*Stata Corporation, College Station, Texas*), versão 12.0, considerando 5% de significância.

8 RESULTADOS

8.1 Das características gerais

As gestantes que participaram deste estudo possuem mediana de 29 anos de idade. Com relação à sua escolaridade, a mediana foi de 11 anos de estudo. 5,9% das mulheres tinham entre 0 e 4 anos de estudo; 20,5%, de 5 a 8 anos; 61,4%, entre 9 e 12 anos; e 12,2%, mais de 12 anos de estudo.

Sobre estado civil e relacionamento, 28,5% das mulheres se declararam solteiras; 42,5%, casadas; 0,6%, viúva; 1,4%, separada; 2,1%, divorciadas; e 24,4%, amasiadas. 89,7% das mulheres disseram estar com o companheiro. A mediana de filhos anteriores à gestação atual é de apenas um.

Quanto à ocupação, 50,5% delas estavam trabalhando, 18,1%, desempregadas, 15% não trabalhavam fora, 6,3% estavam afastadas, 9,7% eram estudantes e 0,4% tinha se aposentado. A maioria das mulheres, portanto, estava inserida no mercado de trabalho.

Para 61,8% das mulheres avaliadas, a gestação não foi planejada. 18,5% pensavam em abortar e 57,1% tinham preferência pelo parto natural.

Ao serem questionadas sobre possível histórico de doenças psiquiátricas, 55,9% afirmaram nunca ter desenvolvido depressão maior anteriormente, enquanto 8,2% disseram ter tido um quadro de DPP antes. 87,1% declararam nunca ter desenvolvido nenhum quadro psiquiátrico na vida.

De acordo com a classificação socioeconômica do Brasil, em nosso estudo, 6,4% das mulheres apresentavam critério CCEB A1; 30,8%, B1; 35,9%, B2; 20,2%, C1; 5,9%, C2; e 0,4%, D-E. A maior parte da amostra se encontrava na classe B2, em que a renda média familiar é de R\$ 4.852,00.

Em relação a preferência da forma de nascimento, a maioria das mulheres 65,4% escolheram a cesariana enquanto 34,6% o parto normal.

Conforme o instrumento *Mini Plus 5.0*, foi possível verificar a presença dos principais transtornos psiquiátricos durante a gestação e também no período pós-parto (tabela 1). As demais características analisadas estão disponíveis em Apêndice D.

Tabela 1 – Principais características do 2.º Trimestre e do Pós-Parto

Variáveis	2º Trimestre		Pós-parto	
	n	%	n	%
Depressão atual	57	24.4	60	23.2
Depressão prévio	85	36.3	100	38.5
Distímia atual	7	3.0	8	3.1
Distímia prévio	10	4.3	16	6.2
TDPM	57	24.6	62	24.2
Transtorno Ansioso Depressivo atual	2	0.9	3	1.3
Transtorno Ansioso Depressivo prévio	3	1.3	5	2.1
TEPT atual	4	1.7	5	1.9
TEPT prévio	14	6.1	19	7.4
TAG atual	55	13.1	31	12,9
TAG prévio	39	9,5	27	11,3

Fonte: Elaborado pela autora.

No período gestacional e pós-parto, a depressão se revelou como um dos transtornos mais prevalentes, com incidência de 24,4% (pré-natal) e 23,2% (pós-parto). Com prevalência semelhante, foram detectados o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) – 24,6% no período pré-natal e 24,2% no pós-parto – e a fobia específica, com incidência, respectivamente, de 26,6% e 26,2%. Mais de um terço das mulheres, em ambos os períodos, apresentaram histórico de depressão prévia.

8.2 Das análises descritivas do período pós-parto

Foi realizada uma análise descritiva sobre as variáveis investigadas no período pós-parto, a qual avaliava as possíveis intercorrências no parto e as dificuldades da mulher com relação ao cuidado com a criança (tabela 2).

Tabela 2 – Análise Descritiva das Variáveis do Pós-Parto

Variáveis	Pós-parto (n=244)	
	Freq.	%
Hospitalizada na gestação	53	21.7
Complicações no parto	50	20,4
Saíram juntos da maternidade	209	85,3
Dificuldade no cuidado	30	12,4
Dificuldade em amamentar	45	18,9
Recebe ajuda no cuidado	175	72,0%
Parto traumático	51	25,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria das mulheres (72%) informou receber ajuda no cuidado com a criança no período pós-parto. 12,4% das mulheres relataram dificuldades gerais no cuidado e 18,9%, dificuldades com a amamentação. Foram apontadas complicações no parto por 20,4% das entrevistadas. 85,3% delas saíram da maternidade junto de suas crianças. Já 25,5% avaliaram seu parto como um evento traumático.

8.3 Das análises dos preditores e fatores de risco para DPP

Foram associados os principais preditores de DPP, descritos na literatura, e a depressão pós-parto avaliada de acordo com o EPDS, na amostra. A prevalência de DPP em nossa amostra, mediante o uso do EPDS, foi de 26,4%.

Tabela 3: Avaliação do EPDS no período pós-parto com variáveis categóricas

Variáveis		EPDS Pós- parto						
		< 12		≥ 12		p	OR	IC 95%
		n	%	n	%			
Estado civil	Solteira	49	25	17	24.6	-	1.00	-
	Casada	92	47	26	37.7	0.56	0.81	0.40-1.64
	Separada	2	1.	3	4.3	0.12	4.32	0.66-
	Divorciada	1	0.	2	2.9	0.16	5.76	0.49-
	Amasiada	47	24	21	30.4	0.51	1.29	0.61-2.74
Satisfação	Completamente satisfeita	71	40	12	19.4	-	1.00	-
	Satisfeita	82	46	26	41.9	0.10	1.88	0.88-3.99
	Nem satisfeita, nem	18	10	12	19.4	0.00	3.94	1.52-
	Insatisfeita	2	1.	10	16.1	<0.	29.5	5.76-152.02
	Completamente insatisfeita	3	1.	2	3.2	0.15	3.94	0.60-26.13
Pai junto ao parto	Não	20	10	7	10.1	-	1.00	-
	Sim	173	89	62	89.9	0.95	1.02	0.41-2.54
Histórico DM	Não	120	62	27	39.7	-	1.00	-
	Sim	73	37	41	60.3	0.00	2.50	1.42-4.40
Histórico DPP	Não	180	93	58	85.3	-	1.00	-
	Sim	13	6.	10	14.7	0.05	2.39	0.99-5.73
HF psiquiátrica	Não	125	64	37	54.4	-	1.00	-
	Sim	68	35	31	45.6	0.13	1.54	0.88-2.70
Gestação risco	Não	82	42	21	30.9	-	1.00	-
	Sim	111	57	47	69.1	0.09	1.65	0.92-2.98
Nascimento	Cesariana	80	43	28	41.2	-	1.00	-
	Transpélvico	104	56	40	58.8	0.74	1.10	0.63-1.93
Planejamento	Não	102	52	49	71.0	-	1.00	-
	Sim	91	47	20	29.0	0.01	0.46	0.25-0.83
Ideia abortar	Não	166	86	51	73.9	-	1.00	-
	Sim	27	14	18	26.1	0.02	2.17	1.11-4.26
Aborto prévio	Não	141	73	43	62.3	-	1.00	-

Apoio pré-natal	Sim	52	26	26	37.7	0.09	1.64	0.92-2.93
	Não	9	4	7	10.3	-	1.00	-
Complicações	Sim	184	95	61	89.7	0.10	0.43	0.15-1.19
	Não	151	77	54	79.4	-	1.00	-
Risco	Sim	43	22	14	20.6	0.78	0.91	0.46-1.79
	Alto	125	64	52	76.5	-	1.00	-
	Baixo	68	35	16	23.5	0.07	0.57	0.30-1.07

* Odds Ratio significativa a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora.

Consta na tabela 3 a avaliação em relação ao EPDS. Observa-se que o índice *Completamente satisfeita* da categoria *Satisfação relacionamento* está relacionado à ausência de depressão, enquanto *Nem satisfeita*, *nem insatisfeita* e *Insatisfeita*, à presença de depressão ($p < 0,001$). Dessa forma, a indiferença e a insatisfação no que se refere ao relacionamento são consideradas fatores associados à depressão pós-parto. O histórico de DM aparece relacionado ao diagnóstico de depressão EPDS ($p = 0,001$), assim como a história prévia de DPP ($p = 0,046$). A ausência de planejamento da gestação se associa com a presença da depressão ($p = 0,009$) e da ideia de abortar ($p = 0,022$). Pacientes com trauma no parto apresentaram maior associação com depressão ($p = 0,002$).

Além disso, na tabela 3 observamos que mulheres que responderam categoria “Nem satisfeita, nem insatisfeita” de satisfação no relacionamento, ou seja, indiferentes, apresentam 3,94 vezes mais chances de terem mais depressão (EPDS positivo) do que mulheres que responderam satisfação na categoria “Completamente satisfeita” (OR=3,94 IC95%=152-10,23). Mulheres que responderam satisfação na categoria “Insatisfeita” apresentam 29,58 vezes mais chances de terem EPDS positivo do que mulheres na categoria “Completamente satisfeita” de satisfação (OR=29,58 IC95% 5,76-152,02). Mulheres com histórico de Depressão Maior positivo apresentam 2,50 vezes mais chances de terem EPDS positivo do que mulheres sem histórico (OR=2,50 IC95%=1,42-4,40). Mulheres que realizaram planejamento da gestação apresentam 0,46 vezes as chances de terem EPDS positivo do que as que não realizaram planejamento. Também pode ser interpretado como, mulheres que realizaram planejamento apresentam 54% menos chances de terem EPDS positivo do que mulheres que não tiveram planejamento da gestação. Mulheres que tiveram ideia de abortar apresentam 2,17 vezes mais chances de terem EPDS positivo do que mulheres que não tiveram ideia de abortar (OR=2,17 IC95%=1,11-4,26).

Na tabela 4 observamos que a cada um filho que a paciente tinha aumentava em 1,30 vezes as chances de terem EPDS positivo (OR=1,30 IC95%=1,01-1,67).

Tabela 4: Avaliação do EPDS com Outros Preditores

	EPDS pós-parto								p	OR	IC 95%
	< 12				≥ 12						
	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ			
Anos de estudo	10.1	2.7	11	2	9.7	2.8	10	3	0.236	0.94	0.85-1.04
Número filhos	0.8	1.0	0	1	1.1	1.1	1	2	0.038*	1.30	1.01-1.67
Tempo relacionamento	7.8	8.5	6	8	6.6	5.8	4	9	0.218	0.97	0.93-1.02

* Odds Ratio significativa a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora.

8.4 Das análises da DPP associada ao risco obstétrico

As participantes da pesquisa vinham de ambulatórios de pré-natal habitual e também de gestantes de risco. Dessa forma, boa parte delas apresentou risco obstétrico devido a alguma condição clínica, como hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas e doenças da tireoide. De acordo com os resultados obtidos, 67,8% das mulheres tinham alguma condição clínica que fazia com que a gestação fosse considerada como de alto risco.

Com relação ao risco na gravidez, não foi constatada associação significativa com EPDS maior ou igual a 12 a 5%.

Tabela 5 – Avaliação com Relação ao Risco na Gravidez

Variáveis		Risco na gravidez				P
		Alto		Baixo		
		n.	%	n.	%	
EPDS pós-parto	<12	125	70.6	68	81.0	0.076
	≥ 12	52	29.4	16	19.0	

Fonte: Elaborado pela autora.

8.5 Das análises da associação entre as formas de nascimento, o parto traumático e a DPP

Não houve associação entre a forma de nascimento e a depressão pós-parto, avaliada pelo EPDS, por valores maiores ou iguais a 12 (valor de p é de 0.743, ou seja, maior do que 0.05). O parto traumático, por outro lado, apresentou associação com a depressão pós-parto (valor $p=0.002$, ou seja, menor do que 0.05). Mulheres com trauma no parto apresentam 2,69

vezes mais chances de apresentarem EPDS positivo do que mulheres que não tiveram trauma (OR=2,69 IC95%=1,43-5,08).

Tabela 6 - Avaliação da DPP com o Tipo de Parto e o Parto Traumático

		EPDS pós				P	OR	IC95%
		<12		≥ 12				
		n.	%	n.	%			
Tipo de parto	Cesariana	80	43.5	28	41.2	-	1.00	0.63-1.93
	Normal	104	56.5	40	58.8	0.743	1,10	
Trauma parto	Não	123	78.8	36	58.1	-	1.00	1.43-5.08
	Sim	33	21.2	26	41.9	0.002	2.69	

* Teste de Qui Quadrado significativo a 5%.

Fonte: Elaborado pela autora.

8.6 Das análises da associação entre a frustração da escolha materna da forma de nascimento e a DPP

Em nossa amostra, as mulheres foram divididas em quatro grupos, conforme o modelo de parto desejado/realizado por elas, sendo estes: cesariana/normal, cesariana/cesariana, normal/cesariana e normal/normal, em que o primeiro, antes da barra, indica o parto desejado – informação colhida no período gestacional – e o segundo, após a barra, o parto realizado de fato, registrado no pós-parto. Não houve relação entre qualquer um dos grupos e a incidência de DPP, conforme apresentado na Tabela 7.

Abaixo temos as prevalências de depressão de acordo com a frustração do parto (forma de nascimento desejada e qual foi de fato realizado). Observamos que não há diferenças significativas entre as razões de chance observadas entre os grupos.

Tabela 7 - Distribuição de Depressão Pós-Parto de acordo com a forma de nascimento desejado e realizado

Parto desejado/Parto Realizado	EPDS Pós- parto						
	< 12		≥ 12		p	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Cesariana/Cesariana	31	18.0	10	16.4	-	1.00	-
Cesariana/Normal	18	10.5	8	13.1	0.567	1.38	0.46-4.12
Normal/Cesariana	43	25.0	15	24.6	0.868	1.08	0.43-2.72
Normal/Normal	80	46.5	28	45.9	0.848	1.09	0.47-2.49

Fonte: Elaborado pela autora.

8.7 Das análises da associação entre o parto traumático e o local em que foi realizado o parto

O Hospital das Clínicas, o Hospital Risoleta Neves e o Hospital Sofia Feldman foram os locais com maior predominância de partos em nosso estudo. Outros locais, menos presentes, foram agrupados na categoria *Outros*, sendo eles: Hospital Odilon Behrens, Casa de Saúde Caratinga, Hospital Belo Horizonte, Maternidade Municipal de Contagem, Hospital São Bento, Hospital São Judas Tadeu, Hospital de Três Pontas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Doutor Eugênio Gomes de Carvalho Pedro Leopoldo, Maternidade Odete Valadares, Santa Casa, Maternidade São José, Hospital Vila da Serra e Maternidade em Tarbes, na França.

Na amostra oriunda de mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal no Hospital das Clínicas da UFMG, 67,1% delas tiveram o parto no próprio hospital. Em seguida, o Hospital Sofia Feldman, foi o local de parto para 11,9%. 8,2% das mulheres deram à luz no Hospital Risoleta Neves, 2,9%, no Hospital Metropolitano Odilon Behrens e 9,9%, em outras maternidades.

Com relação ao local do parto e à presença de parto traumático, pôde-se perceber que não houve associação significativa a 5%. Isso significa que ter sofrido trauma no parto não está relacionado com o local do parto.

Tabela 8: Avaliação entre trauma e local de parto

Hospital em que foi realizado o parto		Trauma				p	OR	IC 95%
		Não		Sim				
		n	%	n	%			
Local	HC	112	70.9	38	65.5	-	1.000	-
	Risoleta Neves	9	5.7	1	1.7	0.817	1.105	0.47-2.59
	Sophia Feldman	13	8.2	10	17.2	0.297	0.327	0.04-2.67
	Outros	24	15.2	9	15.5	0.076	2.267	0.92-5.59

Fonte: Elaborado pela autora

9 DISCUSSÃO

A prevalência de depressão pós-parto pode sofrer variações, sendo estimada entre 10% e 20% (SÉJOURNÉ *et al.*, 2017). Em nossa amostra, o valor foi um pouco mais elevado: 26,4%. Em nosso estudo, a percentagem de gestantes de alto risco foi de 67,8%, o que inclui maior número de mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia, doenças da tireoide, diabetes gestacional e outras doenças crônicas. Há evidências que indicam uma maior relação entre sintomas clínicos e sintomas depressivos no período perinatal (BYN; PENCKOFER, 2014; YILMAZ *et al.*, 2016). Outros estudos demonstram que mulheres que apresentam complicações obstétricas no período pré-natal possuem maior vulnerabilidade à depressão perinatal (VERDOUX *et al.*, 2002). Dessa forma, o pequeno aumento da prevalência da DPP em nossa amostra é justificável.

A caracterização da amostra deste estudo está de acordo com a literatura, no que se refere aos principais preditores relacionados à DPP. Em nossa amostra, gravidez não planejada, história de DPP ($p=0,046$) e depressão maior ($p=0,001$) prévias, desejo de abortar e maior paridade foram associados à DPP. Em estudo recente, conduzido por Guintivano e outros (2018), verificou-se que fatores genéticos e hereditários estão envolvidos na forte associação entre histórico de DPP prévia e DM prévia e DPP atual, além de fatores ambientais. A epigenética pode explicar a metilação de DNA que regula a transcrição de certos genes envolvidos, e a adição de tais grupos metila possivelmente se relaciona ao estresse, ao uso de medicações e a hormônios reprodutivos. Embora a literatura sobre os estudos de epigenética e DPP ainda seja escassa, estes se revelam promissores, uma vez que biomarcadores essenciais podem ser desenvolvidos a partir deles.

A forma de nascimento, contudo, não apresentou associação com valores mais altos de EPDS no pós-parto ($p=0,743$), conforme já descrito anteriormente por Sword e outros (2011) e Borders (2006). A literatura apresenta, por outro lado, outros estudos que demonstram a associação entre DPP e um tipo específico de parto, como consta na pesquisa de Cantilino e outros (2010), em que o parto transpélvico foi mais associado à DPP, em uma análise realizada em instituições públicas do Recife. Também há uma conclusão oposta, como aponta a metanálise realizada por Xu e outros (2017), que associa a cesariana e a cesariana de emergência a maiores índices de DPP. Em nossa amostra, a incidência de cesarianas foi de 44,4%, taxa substancialmente maior do que a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, atualmente, é de 15%. Embora maior que a taxa mundial de incidência de cesarianas, trata-se de um valor coerente com os índices encontrados no Brasil – de 52 a 80%.

Maiores índices de cesariana estão associados com maior morbidade e maior período de internação das mulheres no pós-parto.

A interferência da família, do profissional de saúde e de informações obtidas por mídias sociais e meios eletrônicos, segundo Nascimento e outros (2015), são fatores que influenciam a escolha da forma de nascimento e o aumento das cesarianas. A decisão pela forma de nascimento muitas vezes é considerada angustiante para as gestantes, uma vez que envolve a participação da família, do companheiro, do obstetra assistente, da equipe do local em que está sendo acompanhada, além de suas próprias crenças e percepções. Muitas vezes a frustração dessa escolha, por causas clínicas, leva ao aumento do sentimento de culpa e à decepção com o momento do parto. Houston e outros (2014) demonstraram que as mulheres que apresentavam forte predileção por parto vaginal e acabavam realizando a cesariana tinham maior risco de DPP no período pós-parto inicial.

A mulher deve participar ativamente desta decisão, e ela necessita estar presente nas discussões que analisam os riscos e os benefícios do parto escolhido. Em nosso estudo, as mulheres avaliadas foram divididas em quatro grupos que mesclavam o parto desejado e o realizado, sendo eles: cesariana/normal, cesariana/cesariana, normal/cesariana e normal/normal. Não houve relação de nenhum dos grupos com a maior incidência de DPP. Para muitas mulheres, como articularam Sword e outros (2011), realizar uma cesariana se associa a sentimentos de fracasso, perda de controle, baixa autoestima e decepção. Isso poderia estar também relacionado com uma maior incidência de sintomas depressivos. No Brasil, a cesariana tem sido cada vez mais associada à modernidade e vista de forma positiva (SWORD *et al.*, 2011). Em nossa amostra a cesariana foi o parto preferido pela maioria das mulheres, 65,4%, o que é coerente com esse novo conceito de modernidade e facilidade associado a essa forma de nascimento. A literatura, ao contrário, indica a preferência da maioria das mulheres pelo parto normal (LEGUIZAMON *et al.*, 2013).

Características inerentes ao parto, entretanto, mostraram associação com a DPP, como a percepção de trauma em seu decorrer ($p=0,002$). Na amostra oriunda de mulheres que faziam acompanhamento pré-natal no Hospital das Clínicas da UFMG, a maioria delas (67,1%) teve o parto no próprio hospital. O local em que foi realizado o parto não foi associado ao fato de ser considerado traumático em nosso estudo, o que indica fortemente que a percepção de trauma pode ir além de complicações obstétricas ou traumas físicos e envolver fatores subjetivos e pessoais. Sword e outros (2011), na contramão de nossa pesquisa, verificaram, em um estudo canadense, uma possível interação entre o local de parto e um risco maior para DPP.

A organização da assistência obstétrica no Brasil torna restrita a escolha das mulheres em relação ao modo de nascimento. No Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), o Estado é responsável pelo financiamento os cuidados que são oferecidos por serviços de saúde públicos ou privados, as chamadas parcerias público privadas. No SUS, as mulheres geralmente são atendidas por diferentes profissionais no pré-natal e no parto, com equipes de saúde que se revezam. Em geral, a indicação para uma cesariana é tomada através do diagnóstico de complicações durante a gravidez, com possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher. Além do SUS, há a opção de serviço privado no Brasil e nesse sistema, o pré-natal e o parto normalmente são realizados por um médico escolhido pela mulher ou realizados em hospitais que trabalham com uma equipe médica em que os médicos usam apenas a estrutura do hospital, mas não mantêm o emprego no serviço. No setor privado, existe a possibilidade de agendar uma cesariana a pedido de uma mulher e / ou por indicação do obstetra (Domingues et al., 2014).

Os diferentes modelos assistenciais apresentados pelos três hospitais responsáveis pelas taxas de local do parto em nosso estudo poderiam estar associados a diferentes desfechos clínicos.

Na assistência obstétrica do modelo colaborativo há maior integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe. A enfermagem é responsável pela assistência das mulheres de risco habitual e trabalha de forma estreita com o médico obstetra, e sua participação pode favorecer a harmonia entre as intervenções necessárias e o processo do parto. (Vogt et al., 2014). Os modelos também poderiam estar divididos em uma maior centralização da assistência no obstetra e na própria paciente, na presença ou não de médicos residentes médicos e da equipe multiprofissional.

No presente trabalho, 27,1% das mulheres consideraram o seu parto traumático, enquanto 1,9% apresentaram critérios diagnósticos de TEPT no período pós-parto. A prevalência de TEPT encontrada está compatível com a demonstrada em diversos estudos, que apresentam valores entre 1,3% a 5,9% (ZAMBALDI *et al.*, 2009; CREEDY, 2000; OLDE *et al.*, 2005). A prevalência de parto traumático também é coerente com aquela verificada por Zambaldi e outros (2009), de 30% – o valor em nosso estudo é de 27,1%. Vale a pena ressaltar que a presença de situação traumática não é determinante para o desenvolvimento do TEPT ou outro transtorno psiquiátrico, uma vez que a resiliência, fatores socioeconômicos e características individuais irão influenciar seu desfecho, tornando alguns indivíduos mais suscetíveis do que outros no desenvolvimento de uma doença mental.

Diversos estudos avaliam ainda a associação da dor aguda no pós-parto com dor persistente e DPP. Wisner e outros (2014) descrevem o impacto da dor no estado emocional e a associação de processos cognitivos relacionados à percepção algica. As mulheres que possuem maior tendência a “catastrofizar”, como conceituam os autores, percebendo a dor como intolerável e incontrolável, apresentam sensações mais intensa, menores chances de recuperação e, conseqüentemente, maiores índices de DPP.

O período de duração da depressão pós-parto ainda não é um consenso na literatura. Os estudos demonstram cada vez mais que os sintomas depressivos, sem sintomas psicóticos, podem estar presentes até o primeiro ano pós-parto (SWORD *et al.*, 2011; BORDERS, 2006) e indicam a persistência dos sintomas depressivos, uma vez que muitos preditores psicossociais envolvidos permanecem após o nascimento da criança e seu primeiro ano. A recuperação e o tratamento do transtorno depressivo demandam tempo.

A cronicidade da depressão pós-parto é significativa, visto que os sintomas depressivos são fortemente associados a efeitos deletérios nas mulheres e em suas famílias, bem como na interação mãe-bebê (GOODMAN, 2004). Além disso, Goodman afirma que muitas mulheres apresentam o início dos sintomas depressivos somente alguns meses após o parto, apesar de que, para a maioria delas, o início dos sintomas depressivos ocorre nas primeiras semanas pós-parto. Essa cronicidade dos sintomas depressivos maternos, mesmo em níveis subclínicos, é um problema significativo, uma vez que a DPP traz conseqüências negativas para a mulher e para a prole em longo prazo.

A prevalência de DPP, segundo Borders (2006), pode variar de 7% a 30% no primeiro ano, dependendo de como foi definida, instrumentos e período em que foi avaliada. Borders reforça a necessidade de expansão do conceito de período pós-parto, uma vez que apesar da recuperação do sistema reprodutivo no período de cerca de 6 semanas, o foco nesse limite de tempo acaba por ignorar as mudanças psicológicas e possíveis transtornos psiquiátricos que possam estar presentes após o parto.

O EPDS, instrumento utilizado nesta pesquisa juntamente com o *Mini Plus* e a avaliação clínica, é a escala de autoavaliação mais popular para o rastreio da DPP. Trata-se de um instrumento simples, de fácil aplicação e entendimento e que foi traduzido e validado em diversos países. Os seus itens avaliam alterações de humor e sintomas depressivos, como sentimentos de tristeza, anedonia, preocupações excessivas, sintomas de pânico, alterações em ciclo sono-vigília e alterações da concentração e do comportamento. Aliado à avaliação clínica, este instrumento pode ter acurácia importante no diagnóstico da DPP. Nesse contexto, os psiquiatras, obstetras e médicos assistentes, além de outros profissionais de saúde que

assistem as pacientes no período gestacional, desempenham papel crucial na identificação dos sintomas depressivos e na conduta a ser tomada. A EPDS e outras escalas, portanto, não substituem uma avaliação clínica.

Dentre os inúmeros transtornos psiquiátricos avaliados nos períodos gestacional e pós-parto por meio do instrumento *Mini Plus 5.0*, a depressão se revelou como um dos transtornos mais prevalentes, com incidência de 24,4% (pré-natal) e 23,2% (pós-parto). Com prevalência semelhante, foram detectados o transtorno disfórico pré-menstrual, com incidência de 24,6% no período pré-natal e 24,2% no pós-parto, e a fobia específica, com incidência, respectivamente, de 26,6% e 26,2%. Há diversos estudos na literatura que demonstram a associação de TDPM com a DPP e a relação entre a flutuação hormonal e transtornos afetivos, como descreveram McEvoy e outros (2017), Young (1998) e Bernstein e Gabbe (1996). Cerca de vinte e nove por cento das mulheres diagnosticadas com desordem da fase lútea tardia e 43% das mulheres diagnosticadas com Transtorno Disfórico Pré Menstrual irão experimentar a DPP (FREEMAN, E.).

Os maiores valores de incidência de transtornos psiquiátricos no período pré-natal em relação ao pós-parto, de forma geral, podem indicar que muitos sintomas psiquiátricos se iniciam ainda na gestação e são subdiagnosticados. Sintomas de tristeza, angústia e anedonia são muitas vezes interpretados como alterações fisiológicas, e, infelizmente, pouca importância ainda é dada ao estado psicológico da mulher. Os profissionais de saúde devem estar conscientes do conceito de *blues puerperal* e se atentar às mudanças persistentes de humor e à anedonia que podem estar presentes.

A baixa assiduidade das mulheres em nosso estudo, em que somente 46,4% deram continuidade, comparecendo ao atendimento no pós-parto e preenchendo todos os formulários e escalas, é uma limitação e um alerta de que os índices de DPP poderiam ser ainda maiores entre as que não compareceram ao serviço. Wilcox e outros (2016) já demonstraram que as mulheres que não comparecem a consultas no período pós-parto e não são assíduas aos atendimentos são, geralmente, mulheres economicamente e socialmente vulneráveis.

Diversos são os fatores que levam à baixa adesão ao tratamento e ao acompanhamento psiquiátrico de gestantes e puérperas diagnosticadas com depressão, e o componente psicossocial está presente na maioria desses fatores de risco. Mulheres com maior nível socioeconômico e maior escolaridade parecem apresentar um menor risco, segundo a literatura científica (WILCOX, 2016). Torna-se condição essencial para um bom prognóstico e remissão dos sintomas a adesão das pacientes ao tratamento psiquiátrico. Consultas perdidas e ausência de seguimento limitam as possibilidades de monitoramento do real estado da

paciente, e aquelas que interrompem o tratamento precocemente e sem orientação médica são as que apresentam o pior prognóstico (GLYNGDAL *et al.*, 2001).

10 CONCLUSÃO

O trabalho realizado é parte de uma coorte que ainda está em andamento e vem sendo realizada em dois ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG: Jeny Faria, no caso das gestantes que realizaram o pré-natal, e Borges da Costa, para acompanhamento das puérperas no período pós-parto.

A saúde mental da mulher é uma área extensa e ainda nebulosa na psiquiatria. O subdiagnóstico dos transtornos psiquiátricos perinatais pode ocorrer por motivos pessoais das pacientes, que ainda escondem o sofrimento psíquico por estarem convencidas de que esse período deva ser de satisfação e não de tristeza na vida de uma mulher. Além disso, os transtornos são oriundos da falta de preparo dos profissionais envolvidos no acompanhamento desse processo. Distúrbios relacionados ao sono e diminuição da energia e da disposição muitas vezes são interpretados como alterações fisiológicas do período gestacional e pós-natal.

O atual modelo de saúde pública brasileiro ainda apresenta diversas falhas no que tange à realização de diagnósticos em saúde mental e limitações quanto à duração dos atendimentos. Soma-se a isso a questão da garantia da assiduidade dos profissionais e pacientes e do foco nas doenças físicas, além de pouca importância ser dada às questões psicológicas e de saúde mental.

A identificação dos fatores de risco e a atenção especial ao esclarecimento de dúvidas com relação ao momento do parto são essenciais, pois possibilitam a participação ativa das mulheres nas escolhas e decisões. A percepção de parto traumático entre as mulheres é comum e diversos fatores físicos e psicológicos estão relacionados ao sentimento de perda de controle, sentimento de horror, medo intenso e tristeza. Vale frisar que mesmo uma situação obstétrica sem perigo pode ser considerada um evento traumático.

O presente estudo é relevante porque a depressão perinatal, quando não tratada, possui impactos negativos não somente nas mulheres, mas no desenvolvimento da criança e na relação familiar. As mulheres deprimidas interagem menos com a criança, apresentam maiores dificuldades no cuidado e na amamentação e comparecem menos às consultas médicas do pré-natal e do pós-parto.

Embora não tenha sido encontrada associação entre a forma de nascimento e DPP neste estudo, futuras pesquisas serão essenciais para determinar se os fatores de risco para depressão pós-parto são diferenciados em mulheres que planejam a cesariana e as que têm uma cesariana de urgência. A relação entre frustração da escolha do tipo de parto e DPP,

ainda que não tenha sido também constatada em nossa pesquisa, já foi apurada em estudos anteriores, o que pode ser um achado fundamental para implementar as formas de apoio à mulher e aconselhamento, quando uma determinada forma de nascimento é recomendada pelo obstetra assistente. Os profissionais de saúde devem se prontificar a ajudar as mulheres a compreenderem que um parto vaginal planejado que termina em uma cesariana não é sinônimo de fracasso.

A detecção precoce, nesse sentido, deve ser o foco. Esta deve ser levada em conta nas consultas de pré-natal, uma vez que os riscos do desenvolvimento de depressão pós-parto e outros transtornos psiquiátricos se estendem ao desenvolvimento da criança que virá ao mundo. Além disso, uma discussão cuidadosa deve ser realizada pelo profissional obstetra com a mulher sobre a forma de nascimento e os procedimentos a serem realizados, mostrando evidências científicas e esclarecendo benefícios e riscos de cada procedimento. Os dois tipos de parto disponíveis - transpélvico e cesariana - possuem vantagens e desvantagens e ambos podem estar associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos no puerpério. À mulher deve ser dada a autonomia durante processo de escolha, quando não há risco para si ou para o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Website* oficial. **ABEP**, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 5 out. 2016.

ALDER, J. *et al.* Identification of antenatal depression in obstetric care. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 284, p. 1403-1409, 2011.

ALONSO, Bruna Dias *et al.* Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697922/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1980.

AMORIM, Patrícia. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.106-115, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ANDERSEN, Louise B. *et al.* Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 11, p.1261-1272, Aug. 2012. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AYERS, S. *et al.* Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. **Journal of Affective Disorders**, v. 119, n. 1-3, p. 200-204, Dec. 2009. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327\(09\)00092-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327(09)00092-5)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AYERS, S. *et al.* The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 6, p. 1121-1134, Feb. 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291715002706/type/journal_article>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AYERS, Susan. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 35, n. 5, p.427-430, Oct. 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2017.1386874>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BAILHAM, D; JOSEPH, S. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. **Psychology, Health & Medicine**, v. 8, n. 2, p. 159-168, May 2003. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354850031000087537>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BASTOS, Maria Helena *et al.* Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p.1-4, 10 abr. 2015. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD007194/DEPRESSN_debriefing-interventions-for-the-prevention-of-psychological-trauma-in-women-following-childbirth>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BECK, A. T. *et al.* An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1 jun. 1961. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BECK, Cheryl Tatano. Birth trauma: in the eye of the beholder. **Nursing Research**, v. 53, n. 1, p. 28-35, Feb. 2004. Disponível em: <<https://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/articleviewer.aspx?year=2004&issue=01000&article=00005&type=abstract>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BECK, Cheryl Tatano. Predictors of postpartum depression: an update. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p.275-285, Sept.-Oct. 2001. Disponível em: <<https://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/articleviewer.aspx?year=2001&issue=09000&article=00004&type=abstract>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BERNSTEIN, I.; GABBE, S. G. Intrauterine growth restriction. In: GABBE S. G. *et al.* (eds.). **Obstetrics: normal and problem pregnancy**. New York: Churchill Livingstone, 1996. p. 863-886.

BETRÁN, Ana Pilar *et al.* The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. **Plos One**, v. 11, n. 2, p.1-12, Feb. 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BONANNO, George A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? **American Psychologist**, v. 59, n. 1, p. 20-28, Jan. 2004. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2004-10043-003>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BORDERS, Noelle. After the Afterbirth: a Critical Review of Postpartum Health Relative to Method of Delivery. **Journal of Midwifery & Women's Health**, n. 51, p. 242-248, 2006.

BOYCE, Philip M.; TODD, Angela L. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarian section. **The Medical Journal of Australia**, v. 157, n. 3, p. 172-174, Aug. 1992. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/21519223>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRANCAGLION, Mayra Yara Martins. **Estudo sobre aspectos psicossociais, qualidade de vida e traços de personalidade associados à depressão gestacional**. 2013. 75 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9DUG3U/disserta__o_mayra_copy.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2018.

BURRELL-WARD, Heather *et al.* Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. **Archives of Women's Mental Health**, p.1-

8, May 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-018-0851-0>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BYRN, Mary; PENCKOFER, Sue. The Relationship Between Gestational Diabetes and Antenatal Depression. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, n. 44, p. 246-255, Dec. 2014.

BYRNE, Veronica *et al.* What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. **Midwifery**, v. 51, p. 1-11, Aug. 2017. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30309-1/references](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30309-1/references)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CANTILINO, Amaury *et al.* Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 jul. 2018.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 06, p. 782-786, June 1987. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

COUTO, T. C.; BRANCAGLION, M.Y.M.; SOARES, A. A.; MOREIRA, L.; GARCIA, F. D.; NICOLATO, R.; AGUIAR R. A. L. P.; LEITE, H. V.; CORREA, H. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 06, p. 782-786, June 1987. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CREEDY, D. K. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 104-111, 2000.

DIKMEN-YILDIZ, Pelin; AYERS, Susan; PHILLIPS, Louise. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. **Journal of Affective Disorders**, v. 229, p. 377-385, Mar. 2018. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327\(17\)31439-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327(17)31439-8)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DINDO, Lilian *et al.* The comorbidity of Axis I disorders in depressed pregnant women. **Archives of Women's Mental Health**, v. 20, n. 6, p. 757-764, Aug. 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0769-y>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DING, Ting *et al.* Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. **Anesthesia & Analgesia**, v. 119, n. 2, p.383-392, Aug. 2014. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24797120>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DOMINGUES RMSM *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

FEDOCK, Gina L.; ALVAREZ, Carmen. Differences in Screening and Treatment for Antepartum Versus Postpartum Patients: Are Providers Implementing the Guidelines of Care for Perinatal Depression?. **Journal of Women's Health**, [ahead of print], p.1-10, May 2018. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2017.6765>>. Acesso em: 10 jul. 2018

FELIX, Giselle Maria Araujo; GOMES, Ana Paula Ribeiro; FRANÇA, Paulo Sérgio. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/Vol19_1art06.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FREEMAN, Ellen W. Treatment of depression associated with the menstrual cycle: premenstrual dysphoria, postpartum depression, and the perimenopause.. **Dialogues Clin Neurosci**;4(2):177-91. Jun 2002.

GLYNGDAL, P. *et al.* Non-compliance in community psychiatry: failed appointments in the referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*, n. 56, p. 151-156, 2002.

GOMES, Ana Rita Martins *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p.23-27, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GOODMAN, J. H. Postpartum depression beyond the early postpartum period. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 33, n. 4, p. 410-420, Jul./Aug. 2004.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p.453-457. Apr. 1996.

GUINTIVANO, Jerry; MANUCK, Tracy; MELTZER-BRODY, Samantha. Predictors of Postpartum Depression. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [ahead of print], p.1-13, mar. 2018. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29596076>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GRUSSU, P.; QUATRARO, R. M. Maternity Blues in Italian Primipara Women: Symptoms and Mood States in the First Fifteen Days After Childbirth. **Health Care for Women International**, v. 34, n. 7, p. 556-576, 2012.

HEATHCOTE, Katharine; WULLSCHLEGER, Martin; SUN, Jing. The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. **Disability and Rehabilitation**, p.1-16, June 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2018.1479780>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

HORN, Sarah R.; FEDER, Adriana. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 26, n. 3, p.158-174, May-June 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2018/05000/Understanding_Resilience_and_Preventing_and.6.aspx>. Acesso em: 10 jul. 2018.

HOUSTON, Kathryn A. *et al.* Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 212, n. 2, p.1-7, Feb. 2015. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00921-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00921-1/fulltext)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

IBIAPINA, Flávio Lúcio Pontes *et al.* Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 3, mar 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a008.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

KENDELL, R. E. *et al.* Moodchanges in the first three weeks after childbirth. **Journal of Affective Disorders**, n. 3, p. 317-326, 1981.

KLEIM, B.; KALISCH, R.. Wer bleibt gesund? Zum Problem der Vorhersage von Resilienz. **Der Nervenarzt**, v. 89, n. 7, p.754-758, June. 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-018-0551-z>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

KUDLER, Harold. The concept and treatment of psychological trauma. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 5, n. 1, p.1-1, Dec. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265134/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

KWOK, S. *et al.* Childbirth pain and postpartum depression. **Trends in Anaesthesia and Critical Care**, v. 5, n. 4, p.95-100, Aug. 2015. Disponível em: <[https://www.trendsanaesthesiacriticalcare.com/article/S2210-8440\(14\)20060-8/abstract](https://www.trendsanaesthesiacriticalcare.com/article/S2210-8440(14)20060-8/abstract)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p.509-517, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2018.

LIM, Grace; CHELLY, Jacques E. More Research Is Required to Demonstrate a Relationship Between Intrapartum Pain Management and Postpartum Mood Disorders. **Anesthesia & Analgesia**, v. 121, n. 2, p.575, Aug. 2015. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26197379>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

LOVISI, Giovanni Marcos *et al.* Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. **Psychological Medicine**, v. 35, n. 10, p.1485-1492, June 2005. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291705005362/type/journal_article>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MANIKKAM, Liane; BURNS, Jonathan K. Antenatal depression and its risk factors: An urban prevalence study in KwaZulu-Natal. **South African Medical Journal**, v. 102, n. 12, p.940-944, Oct. 2012. Disponível em: <<http://sci-hub.tw/http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/6009/4639>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

Miller, L. J; RUKSTALIS, M. Beyond the “blues”: hypotheses about postpartum reactivity. In: MILLER, L. J. (ed.) **Postpartum mood disorders**. Washington: American Psychiatry Press., 1999, p. 3-19.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p.119-126, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500119>. Acesso em: 10 jul. 2018.

NICOL-HARPER, Rosemary; HARVEY, Allison G.; STEIN, Alan. Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. **Infant Behavior and Development**, v. 30, n. 1, p.161-167, Feb. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791845/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

NORRIS, Fran H.; TRACY, Melissa; GALEA, Sandro. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 12, p.2190-2198, June. 2009. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536\(09\)00181-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536(09)00181-6)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

OH, Wonjung *et al.* Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. **Journal of Affective Disorders**, v. 200, p.133-141, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4887316/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

O’HARA, M. W. *et al.* Prospective study of postpartum blues. **Archives of General Psychiatry**, n. 48, p. 801–806, 1991.

OKUN, Michele L. *et al.* Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. **Journal of Affective Disorders**, v. 130, n. 3, p.378-384, May 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006083/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

OLDE, E. *et al.* Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 6, n. 3, p. 125-142, 2005.

POP, V. J. *et al.* A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? **Journal of Affective Disorders**, v. 15, n. 177, p. 74-79, May 2015.

SADAT, Zohreh *et al.* Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 40, n. 1, p.172-177, 19 set. 2013. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.12150>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo, GUALDA, Dulce Maria Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 516-524, set. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p.2577-2588, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/04.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SBARDELLOTO, Gabriela *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p.67-73, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SCHYTT, Erica; HILDINGSSON, Ingegerd. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 2, n. 2, p.57-64, abr. 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575611000024?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SÉJOURNÉ, N. *et al.* Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. **Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie**, p.1-6, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.em-consulte.com/article/1222791/etude-des-relations-entre-la-douleur-de-l-accouche>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

VERDOUX, H. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the Matquit cohort. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 106, p. 212-219, 2002.

WISNER, Katherine L.; STIKA, Catherine Susan; CLARK, Crystal T.. Double Duty: Does Epidural Labor Analgesia Reduce Both Pain and Postpartum Depression? **Anesthesia & Analgesia**, v. 119, n. 2, p.219-221, Aug. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476630/>>. Acesso em: 10 jul. 2018

WILCOX, Annemieke; LEVI, Erika E; GARRETT, Joanne M. Predictors of Non-Attendance to the Postpartum Follow-up Visit. *Matern Child Health J* (2016) 20:S22–S27
DOI 10.1007/s10995-016-2184-9.

XU, Hui *et al.* Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 97, p.118-126, jun. 2017. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999\(17\)30052-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999(17)30052-1)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

YILMAZ, Elif *et al.* Nausea and Vomiting in Early Pregnancy of Adolescents: Relationship with Depressive Symptoms. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 29, n. 1, p. 65-68, Feb. 2016.

YOUNG, H. *et al.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertralina during the luteal phase, a randomized double blind, placebo controlled, crossover trial. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, n. 2, p. 76-80, 1998.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. **Archives of Women's Mental Health**, v. 14, n. 5, p.435-439, July. 2011. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-011-0224-4>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ZHAO, Yanjun *et al.* Increases in Caesarean Delivery Rates and Change of Perinatal Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Hospital-Level Analysis of Two WHO Surveys. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 31, n. 4, p.251-262, May 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppe.12363>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: A relação entre o tipo de parto, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a depressão pós-parto.

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa longitudinal para avaliar a incidência da depressão pós-parto em gestantes de alto risco, durante a gestação e no pós-parto, e possíveis impactos desse transtorno psiquiátrico no desenvolvimento infantil. O grupo no qual está inserida será comparado a gestantes de risco habitual, assistidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. A depressão maior é altamente comum na gestação e é a doença mais comum após o parto, com taxa média de prevalência entre 10-15. Dentre gestantes de alto risco a prevalência de depressão na gestação e no pós-parto é, possivelmente, ainda mais elevada. Os impactos da depressão no pós-parto são mais bem estudados e sabemos que leva a prejuízos significativos tanto para a saúde da mãe quanto para o desenvolvimento da criança, entretanto menos é conhecido sobre o impacto da depressão na gestação. As informações abaixo servirão para lhe informar sobre o estudo e esclarecer suas dúvidas. Você poderá participar ou não dessa pesquisa como voluntária, sendo que não é prevista remuneração para os participantes. Se a Sra. optar por participar, deverá, inicialmente, assinar este termo, no qual não estará abrindo mão dos seus direitos legais. Em seguida, participará de uma entrevista com objetivo coletar informações sobre o seu histórico médico e psicológico, após a qual será coletado 5 ml de sangue, para análise genética. Responderá alguns questionários e testes durante o último semestre de sua gestação e será novamente contatada após o parto. O tempo despendido para as entrevistas será, em média, de uma hora. Os atendimentos pós-natais realizados pelo pediatra seguirão a rotina do mesmo, além da livre demanda dos pais-crianças, sem nenhuma interferência no mesmo. Durante esses atendimentos serão realizadas mensuração de peso, comprimento e diâmetro cefálico e atendimento rotineiro por pediatra com orientações específicas quanto às demandas das mães e as necessidades alimentares, vacinais e de estimulação e controle ambiental para evitar acidentes para cada idade específica, além da identificação de intercorrências e hospitalizações que as crianças passaram no período de intervalo entre os atendimentos. Durante esses atendimentos, seu filho pode ser selecionado para ser avaliado. O desenvolvimento da criança será avaliado por meio da Escala de Bayley aos seis meses de vida, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 36 meses e 48 meses. Sendo que os pesquisadores responsáveis (Dr. Humberto, Dr. Rodrigo e Dr. Leandro) assumem o compromisso de guardar

sigilo sobre os dados coletados. Os procedimentos previstos no estudo são considerados de baixo risco, entretanto é possível que alguns pacientes se sintam desconfortáveis ao tomar conhecimento acerca de determinadas informações a respeito da depressão pós-parto. Caso ocorra algum incômodo decorrente das entrevistas, os pesquisadores envolvidos no estudo, todos os pesquisadores, estarão disponíveis para prestar esclarecimentos. A recusa em participar desse estudo não implicará em prejuízo de relacionamento profissional ou pessoal. Em qualquer etapa da pesquisa a Sra. terá acesso aos profissionais responsáveis pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os profissionais responsáveis, Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho, Dra. Mayra Yara Martins Brancaglioni, Dra. Christiane Carvalho Ribeiro podem ser contactados por telefone a qualquer momento no Departamento de Saúde Mental de UFMG (31 3409-9785).

Comitê de Ética em pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade administrativa II – 2º andar – sala 2005. CEP: 31270-901 – BH-MG telefax (031) 3409-4592. O nome da Sra. e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultantes desse estudo. O participante deve ter ciência que a qualquer momento ele pode retirar o seu consentimento de participação, sem que isso implique em perda de direitos pré-existentes ou prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento de sua patologia. Confirmando que fui devidamente esclarecida sobre os propósitos e os procedimentos desse estudo e livremente aceito participar desta pesquisa.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Declaro que pessoalmente expliquei ao participante os propósitos e procedimentos do estudo.

Christiane Carvalho Ribeiro

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO I

PROJETO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE – Número do Prontuário:		
Nome:		Data de nascimento:
Anos de estudo:	Escolaridade: -1 - fund. Incompl. 0 – fund. compl. 1 – médio incompl. 2 – médio compl. 3 - superior incompl. 4 – superior 5 – pós-graduada	
Ocupação atual: 0 – trabalhando 1 – desempregada 2 – aposentada 3 –afastada 4 – do lar 5 – estudante	Profissão:	
Estado civil: 0 – solteira 1 – casada 2 – viúva 3 –separada 4 – divorciada 5 – amasiada		
Religião:		
Número de filhos:	Etnia: 0 – branca 1 – negra 2 - amarela 3 – parda/mulata 999 - outra	
Anos de estudo do parceiro:	Escolaridade do parceiro: -1 – fund. Incompl. 0 – fund. Comple. 1 – médio incompl. 2 – médio completo 3 – superior incompl. 4 – superior 5 – pós-graduado 6 – curso técnico	
Classificação sócio-econômica: 0 – A1 1 – A2 2 – B1 3 – B2 4 – C1 5 – C2 6 – D 7 – E		
Informações de contato:		
Rua:	Nº:	Compl:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefone residencial:	Celular:	Trabalho:
DADOS DO PRIMEIRO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL		
Período da gestação (semanas):		
Data de hoje:		

- 1 - Você trabalha fora de casa?
 - Sim Quantas horas? _____
 - Não
- 2 – Você gosta do seu trabalho?
 - Sim
 - Não
- 3 – Você considera o seu trabalho estressante?
 - Sim Pouco estressante
 - Estressante
 - Muito estressante
 - Não
- 4 – A sua gestação foi planejada?
 - Sim Você conhece métodos contraceptivos? _____
 - Não Quais? _____
- 5 – Nesse momento, como você se sente com a idéia de ser mãe?
 - Completamente satisfeita
 - Satisfeita
 - Nem satisfeita, nem insatisfeita
 - Insatisfeita
 - Completamente insatisfeita
- 6 – Você tem recebido apoio de alguém durante o pré-natal?
 - Sim De quem? _____
 - Não
- 7 – Em algum momento você pensou em não prosseguir com a gestação?
 - Sim
 - Não
- 8 – Você já passou por um aborto anteriormente?
 - Sim Foi espontâneo? _____
 - Não Quantos abortos? _____
- 9 – Você e o pai da criança estão juntos?

- Sim
 Não
- 10 – Quanto tempo tem o relacionamento de vocês? _____anos_____meses
- 11 – No relacionamento de vocês existem desentendimentos e brigas freqüentes:
- Sim Com qual a freqüência elas ocorrem? _____
 Não
- 12 – Você alguma vez foi verbalmente ofendida por seu companheiro?
- Sim Com qual freqüência esses episódios acontecem? _____
 Não
- 13 – Alguma vez você foi agredida fisicamente pelo seu companheiro?
- Sim Com qual freqüência esses episódios acontecem? _____
 Não
- 14 – Como você está com relação ao seu relacionamento?
- Completamente satisfeita
 Satisfeita
 Nem satisfeita, nem insatisfeita
 Insatisfeita
 Completamente insatisfeita
- 15 – Em algum momento da sua vida você passou por uma situação que considera traumática?
- Sim Qual? _____
 Não Quantos anos possuía na época? _____
- 16 – Em algum momento da sua vida você apresentou quadro de depressão?
- Sim Quando? _____
 Não Foi diagnosticada por médico? _____
- 17 – Em algum momento de sua vida você desenvolveu algum outro quadro psiquiátrico?
- Sim Qual? _____
 Não
- 18 – Você já apresentou depressão pós-parto em gestações anteriores?
- Sim Quando / Quantas vezes? _____
 Não
- 19 – Alguém da sua família possui algum quadro psiquiátrico?
- Sim Quem? Qual quadro? _____
 Não
- 20 – A sua gestação é considerada de risco?
- Sim Qual é o risco? _____
 Não
- 21 – Você faz ou fez uso de alguma medicação durante o pré-natal?
- Sim Quais medicamentos utilizou? _____
 Não
- 22 – Preciso de Sulfato Ferroso ou Ácido Fólico? Qual? _____
- 23 – Você gostaria que seu parto fosse:
- Parto normal
 Cesariana
- 24 – Alguém vai te acompanhar durante o parto?
- Sim Quem? _____
 Não

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO II

DADOS DO ATENDIMENTO PÓS-NATAL		
Data de hoje:	Nome da criança:	
Data do Parto:	Idade da criança:	Tipo de parto:
Peso/altura ao nascer:		
Local do parto:	Tempo de gestação:	
Apgar 1º minuto:	Apgar 5º minuto:	

- 1 – Foi hospitalizada durante a gravidez?
 - Sim O que houve? _____
 - Não
- 2 – Você utilizou alguma medicação durante a gestação?
 - Sim Qual? _____
 - Não
- 3 – Houve alguma complicação durante o parto?
 - Sim O que houve? _____
 - Não
- 4 – Você e o bebê saíram juntos da maternidade?
 - Sim
 - Não Por que não? _____
- 5 – Foi necessário algum tratamento para você ou para o bebê após o parto?
 - Sim Qual tratamento? _____
 - Não
- 6 – Você está tendo alguma dificuldade no cuidado com o seu(sua) filho(a)?
 - Sim Qual dificuldade? _____
 - Não
- 7 – Você está tendo alguma dificuldade em amamentar seu filho?
 - Sim Qual dificuldade? _____
 - Não
- 8 – Você tem recebido ajuda de alguém no cuidado da criança?
 - Sim Quem a ajuda? _____
 - Não
- 9 – Você tem notado alguma mudança em seu humor após o parto?
 - Sim Descreva a mudança _____
 - Não
- 10 - Você considera que seu parto foi traumático?
 - Sim
 - Não
- 11 – Nesse momento, como você se sente com o fato de ser mãe?
 - Completamente satisfeita
 - Satisfeita
 - Nem satisfeita, nem insatisfeita
 - Insatisfeita
 - Completamente insatisfeita

APÊNDICE D – MAIS CARACTERÍSTICAS DO 2.º TRIMESTRE E DO PÓS-PARTO

Variáveis	2º Trimestre		Pós-parto	
	n	%	n	%
Hipomania atual	2	0.9	8	3.1
Hipomania prévio	16	6.8	13	5.0
Pânico atual	6	2.6	8	3.1
Pânico prévio	8	3.4	15	5.8
Agorafobia atual	17	7.3	29	11.2
Agorafobia prévio	15	6.5	28	10.9
Fobia específica	62	26.6	68	26.2
TOC atual	13	5.6	19	7.3
TOC prévio	10	4.4	13	5.0
Álcool dep. Atual	2	0.9	0	0.0
Álcool dep. Prévia	4	1.7	2	0.8
Álcool abuso atual	1	0.4	0	0.0
Álcool abuso prévio	9	3.9	9	3.5
SPA abuso atual	3	1.3	7	2.7
SPA abuso prévio	13	5.6	23	8.9
SPA dependência atual	19	8.2	11	4.3
SPA dependência prévio	28	12.1	20	7.8
Psicótico atual	1	0.4	2	0.8
Psicótico prévio	9	3.9	5	1.9
Anorexia atual	1	0.4	0	0.0
Anorexia prévio	2	0.9	7	2.7
Bulimia atual	3	1.3	8	3.1
Bulimia prévio	7	3.1	10	3.9
TP dissociado	2	0.9	1	0.4
Somatização atual	1	0.4	1	0.4
Somatização vida	2	0.9	4	1.6
Hipocondria	1	0.4	2	0.8
TDC	3	1.3	16	6.1
TDAH atual	5	2.2	8	3.2
TDAH prévio	13	5.6	14	5.6
Ajustamento	16	7.0	16	6.7
TAG atual	55	13.1	31	12,9
TAG prévio	39	9,5	27	11,3

Fonte: Elaborado pela autora.

ANEXO A – ESCALA DE EDIMBURGO

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- Sim, todo o tempo.
- Sim, na maior parte do tempo.
- Não, nem sempre.
- Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo", na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do **mesmo modo**.

Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- Como eu sempre fiz.
- Não tanto quanto antes.
- Sem dúvida menos que antes.
- De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti.
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, muitas vezes.

- Não muitas vezes.
- Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado:

- Sim, quase todo o tempo.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes nos últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

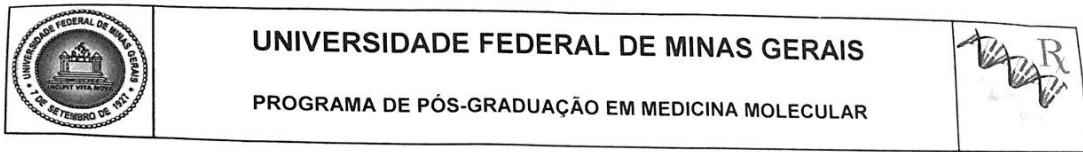
Grau de instrução do chefe da família

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo / Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio Completo / Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior completo	8

Resultados:

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	45 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PELA BANCA EXAMINADORA



FOLHA DE APROVAÇÃO

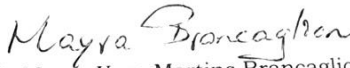
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: DA RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE PARTO, A PERCEPÇÃO DE TRAUMA DURANTE O PARTO E A ESCOLHA MATERNA

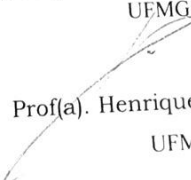
CHRISTIANE CARVALHO RIBEIRO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA MOLECULAR, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICINA MOLECULAR, área de concentração MEDICINA MOLECULAR.

Aprovada em 23 de agosto de 2018, pela banca constituída pelos membros:


 Prof(a). Humberto Corrêa da Silva Filho - Orientador
 UFMG


 Prof(a). Mayra Yara Martins Brancaglion
 UFMG


 Prof(a). Henrique Vitor Leite
 UFMG

Belo Horizonte, 23 de agosto de 2018.

