

Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério
Quality of life and indicative symptoms of puerperium depression
Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio

Recebido: 01/11/2019

Aprovado: 15/05/2020

Publicado: 01/07/2020

Sarah Gazarra Ferreira Silva¹
Paulo César Condeles²
Bibiane Dias Miranda Parreira³
André Luiz Moreno⁴
Marina Carvalho Paschoini⁵
Mariana Torreglosa Ruiz⁶

Estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em 2017 com 103 puérperas, que teve por objetivo analisar e mensurar a qualidade de vida de puérperas, identificar a prevalência de sinais indicativos de depressão pós-parto e associar escores de qualidade de vida com sintomas depressivos. Aplicou-se instrumentos sobre condições sociodemográficas, de saúde e obstétricas, “Índice de Qualidade de Vida” e o Inventário de Beck para Depressão. O escore de qualidade de vida total obteve média de 24,77. Os domínios com menor e maior escore foram Socioeconômico e, Família. A média de pontos obtida no Inventário de Beck foi de 9,42, porém 82,5% não possuíam sinais indicativos de depressão. Observou-se que presença de sinais indicativos alterou todos os escores de qualidade de vida e seus domínios. As puérperas obtiveram altos escores de qualidade de vida, contudo, sinais indicativos de depressão influenciaram negativamente a qualidade de vida em todos os seus domínios.

Descritores: Período pós-parto; Qualidade de vida; Adaptação psicológica; Depressão pós-parto; Enfermagem obstétrica.

This is a quantitative, cross-sectional study. It was carried out in 2017 with 103 mothers, and it aimed to analyze and measures the quality of life of puerperal women, and it identify the prevalence of indicative signs of postpartum depression and it associates quality of life scores with depressive symptoms. We applied socio-demographic conditions, health and obstetrics tools, the “Quality of Life Index” and the Beck Depression Inventory. The average total quality of life score was 24.77. The aspects with the smallest and largest scores were Socioeconomic and Family. The average of points on the Beck Inventory was 9.42, but 82.5% did not have indicative signs of depression. We noticed that the presence of indicative signs changed all quality of lives scores. The puerpereal women obtained high scores on quality of life, but indicative signs of depression influenced negatively the quality of life in all of its aspects.

Descriptors: Postpartum period; Quality of life; Adaptation, Psychological; Depression, Postpartum; Obstetric nursing.

Estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em 2017 com 103 puérperas, que teve por objetivo analisar e mensurar a qualidade de vida de puérperas, identificar a prevalência de sinais indicativos de depressão pós-parto e associar escores de qualidade de vida com sintomas depressivos. Aplicou-se instrumentos sobre condições sociodemográficas, de saúde e obstétricas, “Índice de Qualidade de Vida” e o Inventário de Beck para Depressão. O escore de qualidade de vida total obteve média de 24,77. Os domínios com menor e maior escore foram Socioeconômico e, Família. A média de pontos obtida no Inventário de Beck foi de 9,42, porém 82,5% não possuíam sinais indicativos de depressão. Observou-se que presença de sinais indicativos alterou todos os escores de qualidade de vida e seus domínios. As puérperas obtiveram altos escores de qualidade de vida, contudo, sinais indicativos de depressão influenciaram negativamente a qualidade de vida em todos os seus domínios

Descritores: Período posparto; Calidad de vida; Adaptación psicológica; Depresión posparto; Enfermería obstétrica.

1. Enfermeira. Especializanda em Enfermagem e Saúde da Mulher pela Faculdade Dom Alberto. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2733-5666 E-mail: sarahg_ferreira@hotmail.com

2. Enfermeiro. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-5100-2733 E-mail: paulocondesles@yahoo.com.br

3. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestre em Atenção à Saúde. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7369-5745 E-mail: bibianedias@yahoo.com.br

4. Psicólogo. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Mestre em Psicologia. Doutor em Saúde Mental. Supervisor Clínico de Psicoterapia da UNIMED-Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8217-3567 E-mail: moreno.andreluiz@gmail.com

5. Médica Obstetra. Mestre e Doutora em Medicina Tocoginecológica. Professora Adjunta do curso de graduação em Medicina da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2218-4747 E-mail: marinacp@terra.com.br

6. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5199-7328 E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de Qualidade de Vida (QV) como a “*percepção do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”¹.

Este conceito engloba: saúde física, estado psicológico e emocional, nível de independência, relacionamentos sociais, dimensões espirituais e ambientais, afetando substancialmente a saúde dos indivíduos¹. Entretanto, trata-se de um termo subjetivo, influenciado pelo meio e que reflete o momento atual vivenciado pelo indivíduo².

Puerpério ou pós-parto corresponde ao período de alterações físicas, psíquicas e sociais originadas pela gravidez e parto na mulher, que tendem a voltar à normalidade da situação não gravídica³. Inicia-se após o descolamento da placenta, mas seu término é indeterminado e individualmente variável, estendendo até um ano após o nascimento^{3,4}.

Neste período, as mulheres vivenciam intensas transformações⁵, a começar pela diminuição das horas do sono ou sua privação, até a perda de sua autonomia, já que seu cotidiano passa a ser controlado pelos horários do bebê⁶. Diante da labilidade emocional própria do período, um estudo apontou que as mulheres encontram-se inseguras, preocupadas, com medo, irritadas e culpadas devido a mudança de hábitos, o nascimento do filho, além da perda de liberdade imposta pela maternidade⁷.

Assim, o puerpério é caracterizado por ser um período de vulnerabilidade na vida da mulher, visto que alterações físicas e psíquicas podem provocar modificações na saúde e no bem estar-emocional, elevando o risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos⁸.

Estudos com diferentes populações e amostras apontam que, quanto maiores os índices de depressão e/ou ansiedade neste período, menores os escores de QV, ou seja, os sintomas podem afetar negativamente a vida das pessoas^{9,10}; principalmente nos domínios psicológicos e percepção do estado geral de saúde.

Entre os transtornos mentais, a depressão é o de maior destaque, em função da elevada e crescente prevalência (acomete entre 8 a 18% das puérperas) e também pela incapacidade laboral e social relacionada a esse transtorno¹¹. O diagnóstico de depressão no período puerperal apresenta características especiais e, por isso, é codificado com o especificador de depressão pós-parto^{12,13}.

A depressão pós-parto apresenta causas multifatoriais, especialmente a partir de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos¹⁴. Humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou ideação suicida, são sintomas clínicos relacionados a depressão pós-parto¹⁵. Estas características, no caso da depressão pós-parto, são coincidentes com o nascimento da criança para a caracterização do diagnóstico. Contudo, evidencia-se ainda que mulheres que apresentaram sintomas de depressão durante a gestação são mais vulneráveis a sintomas de depressão pós-parto¹⁶.

De forma que é preciso explorar mais a experiência da mulher durante este período, tal como valores, sentimentos e necessidades¹⁷ e elementos gerais que interferem na adaptação à maternidade, com o propósito de que os profissionais da saúde planejem intervenções que colaborem para melhorar a QV das puérperas⁶.

No entanto, observa-se que, apesar de existir produções sobre QV, escassos são os estudos que abordem o impacto na saúde (física e mental) da mulher e, mais especificamente, que a avaliam durante o puerpério e seu impacto no bem-estar materno e infantil. Assim, este estudo teve por objetivo analisar e mensurar a qualidade de vida de puérperas, identificar a prevalência de sinais indicativos de depressão pós-parto e associar escores de qualidade de vida com sintomas depressivos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em 2017 num hospital de ensino situado na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais. O hospital é referência para resolução de gestações de alto risco, moléstias infecciosas no ciclo gravídico-puerperal, pré-natal patológico das cidades do Triângulo Sul de Minas Gerais (27 cidades), de gestações normais de residentes do Distrito I de Uberaba (cerca de 150.000 habitantes) e de todas as cidades do Triângulo Sul que não possuem hospital.

Para a determinação do tamanho amostral, utilizou-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*) versão 15, em que nele foram introduzidos os seguintes valores e informações: coeficiente de determinação apriorístico $R^2=0,13$, tendo como nível de significância $\alpha=0,05$. A amostra foi não probabilística por conveniência e os dados foram coletados no período de março a dezembro de 2017.

Foram incluídas no estudo mulheres que estavam vivenciando o puerpério (na primeira semana ou até 90 dias após o parto), que tiveram retorno de puerpério e/ou do neonato agendados na instituição; que sabiam ler e escrever; que estivessem em condições para responder o questionário e que consentiram em participar do estudo, independentemente da idade (puérperas com idade inferior a 18 anos tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais e/ou responsáveis legais e assentiram seu consentimento). Foram excluídas puérperas que tiveram como desfecho da gestação aborto, óbito fetal, natimorto ou óbito neonatal; assim como puérperas contrarreferenciadas para retorno puerperal em UBS ou ESF onde realizaram consultas pré-natais e mulheres que tiveram o parto assistido em outras instituições.

As puérperas foram convidadas a responder o questionário que abordava dados sociodemográficos, condições de saúde, história obstétrica, dados do nascimento e do Recém Nascido (RN). Esse questionário foi elaborado pelos próprios pesquisadores, baseado nas informações que constam nos prontuários institucionais e testado mediante estudo-piloto, mostrando-se adequado para responder as variáveis de interesse do estudo. Os dados foram obtidos através de entrevista com as puérperas e/ou extraídos dos prontuários das puérperas.

Para mensurar os escores de Qualidade de Vida (QV), foi utilizada a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida — IQV, desenvolvido pelas pesquisadoras Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers, da Universidade de Chicago e Illinois – EUA, em 1984, para mensuração da QV quanto à satisfação com a vida. O instrumento possui duas partes: a primeira associa-se a satisfação e a segunda reflete a importância atribuída aos seus itens^{18,19}. O IQV é um instrumento validado, traduzido para o português do Brasil e disponível para uso livre e gratuito, assim como a sua sintaxe. O instrumento que mensura a QV em geral subdivide seus itens em quatro domínios, para o quais gera as respectivas pontuações do escore: Saúde e Funcionamento; Psicológico e Espiritual; Família e Socioeconômico. A pontuação varia na faixa de 0-30, para todas as versões, sendo que quanto maior o escore, melhor a QV^{18,19}.

Observou-se que não há instrumento qualificado para avaliar a QV no puerpério. O IQV de Ferrans & Powers^{18,19}, apresentou-se adequado para responder os objetivos, já que possibilita a mensuração da QV em pessoas sadias e, tendo em vista que o puerpério não é um estado de morbidade⁶, justificando o seu emprego.

Para identificar sinais indicativos de depressão, utilizou-se o Inventário de Beck para Depressão (BDI) que foi desenvolvido em 1961 por Beck e colaboradores para avaliar e detectar sintomas depressivos. Foi traduzido e validado para o português do Brasil em 1982 e é capaz de diferenciar indivíduos 'normais' ou com sintomas de ansiedade e/ou depressão, bem como é aplicável em diferentes faixas etárias (incluindo idosos e adolescentes) e em diferentes contextos²⁰.

O BDI é composto por 21 questões que abordam sintomas e atitudes e apresenta alta confiabilidade, consistência interna e validade. Através das questões estruturadas é possível avaliar: humor, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa,

sentimentos de punição, autodepreciação, autoacusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, perda da libido e preocupação. Todos os sintomas são avaliados com base na última semana até o dia presente. Cada uma das questões possui quatro alternativas de resposta com pontuação que varia de zero a três pontos, sendo zero ausência e três, a presença de sintomas intensos²⁰.

A partir da totalização dos pontos, é possível classificar em: zero a nove – ausência de sintomas depressivos; 10 a 18 pontos – depressão leve; 19 a 29 pontos – depressão moderada e, de 30 a 63 pontos – depressão grave²⁰.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Excel*®, com técnica de dupla digitação e realizada a validação do banco. Depois, foram importados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 23), analisados por estatística descritiva simples e, para determinar a correlação entre os sinais indicativos de depressão e os escores de QV, utilizou-se a correlação de Pearson (para duas variáveis quantitativas). Para avaliar a correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais, utilizou-se o Teste t de Student (para variáveis qualitativas e escores quantitativos) e a correlação de Pearson.

Foram analisadas as seguintes variáveis relativas às puérperas: adolescentes e idosas (idade > 35 anos); de cor parda e brancas; que tinham companheiro ou não; que concluíram ou não o ensino médio; católicas ou sem religião; com renda inferior ou superior a dois salários mínimos; com ou sem casa própria; tabagistas; etilistas; que possuíam patologias prévias à gestação; primíparas; que tiveram RN prematuros, pequenos ou grandes para idade gestacional; de acordo com o tipo de parto e sexo do RN; que tiveram intercorrências na gestação ou parto; que estavam em aleitamento no momento da entrevista, se o mesmo era exclusivo e se presença de trauma mamilar; e se notaram melhora ou piora da sua saúde e da saúde do RN após a alta hospitalar. Foram consideradas significantes as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer número 1.774.885 de 14 de outubro de 2016 e, todo o seu desenvolvimento foi guiado e pautado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12/CNS/MS.

RESULTADOS

Obteve-se um tamanho de amostra (n) com no mínimo 99 e máximo de até 124 sujeitos, com a participação de 103 puérperas. A média de idade foi de 25,81 anos, variando de 14 a 42 anos, 9,7% eram adolescentes e 10,7% tinham mais que 35 anos; 41,8% se declarava de cor parda; 38,8% tinham completado o ensino médio; 48,5% eram católicas. A maioria era casada (65%), não exercia atividades remuneradas (55,3%); tinha renda de até dois salários mínimos (59,2%), morava em casa própria (57,3%) e era procedente do próprio município (68%).

Quanto às condições de saúde e hábitos, 8,7% relatou fazer uso de bebidas alcoólicas, 5,7% declarou ser tabagista e apenas uma puérpera referiu fazer uso de drogas ilícitas. 30,1% das mulheres possuíam patologias prévias a gestação, sendo mais frequentes a hipertensão arterial (25,8%) e o hipotireoidismo (22,6%); entretanto, 70,9% das puérperas relataram que a gestação cursou com alguma patologia, sendo mais frequentes: hipotireoidismo (18,4%), síndromes hipertensivas (15,5%), diabetes gestacional (8,7%), anemia e sífilis (ambos com percentual de 3,9%) e depressão (2%). Com relação ao uso de medicamentos durante a gestação, 98,1% declarou fazer uso, sendo mais utilizados o sulfato ferroso (89,3%) e ácido fólico (37,9%); 2,9% declararam fazer uso de antidepressivos durante a gestação.

Quanto aos dados obstétricos, o número médio de gestações foi de $2,46 \pm 1,54$, e o número de partos foi de $2,23 \pm 1,41$; o número médio de consultas pré-natal foi de $8,14 \pm 2,45$ consultas e

a idade gestacional média no momento do nascimento foi de $38,54 \pm 1,53$ semanas, variando de 33 a 42 semanas.

Com relação ao tipo de parto, 47,6% foram cesáreas, e desses, 40,8% foi indicado por alteração da vitalidade fetal; 22,4% por descompensação de patologia materna e 22,4% por iteratividade. Já o parto normal com episiotomia correspondeu a 28,2% e o parto normal sem intervenções a 24,3%, que somados, totalizaram a maioria das vias de parto (52,5%).

O peso ao nascimento teve média de 3090 ± 637 gramas, sendo que 81,9% estavam com peso adequado para idade, 13,3% com baixo peso e 4,8% tinha peso superior a 4000 gramas. Houve discreto predomínio de RN do sexo masculino (51,5%).

Quando questionadas sobre o aleitamento, 90,3% estavam amamentando, 70,9 % em aleitamento exclusivo; 64,1% considerou o ato de amamentar ótimo; 24,2% relatou ocorrência de trauma mamilar, sendo mais frequentes a escoriação (15,5%) e a fissura (8,7%).

O retorno da puérpera na instituição variou de oito a 90 dias, com média de retorno em $36,1 \pm 18,7$ dias pós-parto.

Entre as entrevistadas, a média do escore geral do índice de QV, considerando todos os domínios avaliados, foi de 24,77 pontos, com variação de 16,11 pontos entre o menor e o maior valor atribuídos. A avaliação por domínios da qualidade de vida indicou que os aspectos mais afetados foram os socioeconômicos, enquanto relações familiares apresentaram maiores escores. O domínio psicológico/espiritual foi o que apresentou maior variação de escores nas respostas (Tabela 1).

Tabela 1. Índice de Qualidade de Vida (IQV) Total e por domínios de puérperas. Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| IQV | Média | DP | Mínimo | Máximo |
|------------------------|--------------|-----------|---------------|---------------|
| Total | 24,77 | 3,21 | 13,98 | 30 |
| Saúde e funcionamento | 24,51 | 4,00 | 12,79 | 30 |
| Socioeconômico | 22,33 | 4,46 | 10,38 | 30 |
| Psicológico/espiritual | 25,80 | 4,25 | 4,64 | 30 |
| Família | 27,55 | 2,40 | 20,40 | 30 |

A média de pontos obtida no BDI foi de $9,42 \pm 7,97$, variando de 0 a 49 pontos. A partir da classificação da pontuação, 17,4% das entrevistadas possuíam sinais indicativos de depressão no momento da entrevista, 8,7% apresentavam sinais leves; 6,8% moderados e 1,9% sinais de depressão grave.

A presença de sinais indicativos de depressão alterou todos os escores de QV e todos os seus domínios (Tabela 2). Embora seja considerada fraca a associação entre QV e seus domínios e depressão, observam-se correlações negativas entre QV e depressão, ou seja, quanto maior a pontuação obtida no BDI (sinais de depressão), pior a QV geral e todos os seus domínios das puérperas (Tabela 2).

Tabela 2. Associação dos escores do Índice de Qualidade de Vida (IQV) total e por domínios e pontuação média obtida a partir do Inventário de Beck para Depressão em puerperas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| IQV | r | p |
|------------------------|----------|----------|
| Total | -0,605 | <0,001 |
| Saúde e funcionamento | -0,517 | <0,001 |
| Socioeconômico | -0,488 | <0,001 |
| Psicológico/espiritual | -0,585 | <0,001 |
| Família | -0,230 | 0,019 |

Apenas três puérperas (2,9%) apresentavam diagnóstico de depressão durante a gestação e fazia uso de antidepressivos, e destas, apenas uma apresentava sinais indicativos de depressão mensurados pelo BDI. Quando realizados testes estatísticos, não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre IQV e seus domínios e ter diagnóstico de

depressão, assim como, ter depressão prévia e apresentar sinais indicativos no momento da entrevista. Entretanto, devido ao reduzido número de casos, não foi possível verificar relações causais entre estas variáveis, pela limitação da amostra.

Ao analisar a possível influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais nas médias obtidas no BDI, observou-se associação estatisticamente significativa apenas para a variável residir em casa própria (Tabela 3). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas com outras variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais e a pontuação obtida no BDI (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais e pontuação obtida no Inventário de Beck para Depressão das 103 puérperas entrevistadas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| Variável | n | Media | p |
|---|----|-------|-------|
| Adolescentes | 10 | 7,10 | 0,335 |
| Não adolescentes | 93 | 9,67 | |
| Idade materna superior a 35 anos | 10 | 7,80 | 0,502 |
| Idade inferior a 35 anos | 93 | 9,59 | |
| Branças | 33 | 8,36 | 0,348 |
| Não brancas | 70 | 9,91 | |
| União estável | 67 | 9,51 | 0,877 |
| Sem união estável | 36 | 9,25 | |
| Escolaridade superior a ensino médio completo | 48 | 8,73 | 0,415 |
| Escolaridade inferior a ensino médio incompleto | 55 | 10,02 | |
| Exerce ocupação remunerada | 47 | 8,62 | 0,353 |
| Não exerce ocupação remunerada | 56 | 10,09 | |
| Religião | 94 | 9,30 | 0,994 |
| Sem religião | 9 | 10,67 | 0,994 |
| Renda superior a 2 salários mínimos* | 61 | 10,21 | 0,160 |
| Renda inferior a 2 salários | 37 | 7,86 | |
| Mora em casa própria | 60 | 10,63 | 0,048 |
| Mora em casa alugada ou cedida (casa compartilhada) | 43 | 7,72 | |
| Tabagistas | 6 | 8,50 | 0,773 |
| Não tabagistas | 97 | 9,47 | |
| Etilistas | 9 | 11,78 | 0,355 |
| Não etilistas | 94 | 9,19 | |
| Possui patologia prévia | 31 | 11,23 | 0,131 |
| Sem patologia | 72 | 8,64 | |
| Primigesta | 33 | 10,09 | 0,558 |
| Multigesta | 70 | 9,10 | |
| Parto normal | 54 | 9,20 | 0,776 |
| Cesárea | 49 | 9,65 | |
| RN prematuro* | 11 | 7,82 | 0,698 |
| RN a termo | 69 | 8,72 | |
| RN pequeno para idade gestacional (PIG) | 13 | 11,46 | 0,325 |
| RN com peso adequado | 90 | 9,12 | |
| RN grande para idade gestacional (GIG) | 5 | 8,80 | 0,860 |
| RN com peso adequado | 98 | 9,45 | |
| Intercorrências maternas na gestação e/ou parto | 25 | 10,88 | 0,294 |
| Sem intercorrências | 78 | 8,95 | |
| Problemas de saúde do RN | 8 | 11,63 | 0,417 |
| RN saudável | 95 | 9,23 | |
| Puerpéras em aleitamento | 93 | 9,35 | 0,909 |
| Aleitamento interrompido | 10 | 10,00 | |
| Aleitamento materno exclusivo | 73 | 9,04 | 0,481 |
| Aleitamento misto ou artificial | 20 | 10,50 | |
| Presença de trauma mamilar | 27 | 9,37 | 0,972 |
| Sem trauma mamilar | 76 | 9,43 | |

* Apenas 98 puérperas informaram a renda e a idade gestacional estava descrita em apenas 80 prontuários.

Tabela 4. Correlação de variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais e pontuação obtida no Inventário de Beck para Depressão das 103 puérperas entrevistadas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| Variável | R | p |
|--------------------------------------|--------|-------|
| Número de gestações | 0,057 | 0,567 |
| Número de moradores na residência | 0,056 | 0,576 |
| Número de filhos | 0,011 | 0,995 |
| Idade gestacional | 0,580 | 0,056 |
| Número de consultas pré-natal | 0,089 | 0,498 |
| Índice de Apgar no 1º minuto de vida | -0,111 | 0,271 |
| Índice de Apgar no 5º minuto de vida | 0,051 | 0,610 |
| Peso do recém-nascido | 0,000 | 0,999 |
| Dias de retorno puerperal | 0,039 | 0,697 |

DISCUSSÃO

As puérperas apresentaram altos escores de QV. Os domínios mais afetados foram o socioeconômico, que obteve menores escores, e o domínio familiar, que obteve maiores escores. Quando comparados a estudos que utilizaram o mesmo instrumento para mensurar o IQV, se observa que houve variação entre os escores gerais, sendo que em um estudo com adolescentes foi obtida média de 21,48¹⁹ e já entre puérperas, em geral, obteve-se escore médio de 25,82⁶. No entanto, em ambos os estudos, o domínio socioeconômico obteve a menor e o domínio família obteve maior pontuação^{6,19}.

Escore de qualidade de vida foi avaliado em três períodos puerperais distintos, entre zero a 60 dias. Os piores escores de QV foram relativos a componentes físicos – capacidade funcional, aspectos físicos e dor associados ao puerpério imediato. O componente mental – vitalidade e aspectos sociais, apresentou importantes diferenças entre o puerpério imediato e remoto, com melhora dos escores no puerpério remoto (acima de 40 dias). Todos os escores apresentaram tendência crescente ao longo do período puerperal¹⁷.

De modo semelhante, um estudo realizado com 224 puerpéras na Índia, em três momentos distintos, entre zero e 30 dias após o parto apontou que os escores de QV melhoraram para todas as entrevistadas ao longo do tempo²¹, indicando a capacidade de adaptação da puérpera à maternidade e suas adversidades. No entanto, quando avaliado sinais indicativos de depressão, não houve diferenças estatisticamente significantes associadas ao período puerperal que se encontrava a mulher.

Em pesquisas, índices de sinais indicativos de depressão no puerpério variaram de 4,7 a 53,3% das mulheres²²⁻²⁶. Houve variação de 0,7 a 4,7% dos casos classificados como sinais severos de depressão^{22,23}. A média obtida no BDI em estudo semelhante foi de 10,78²³. E outro estudo sobre ocorrência de depressão pós-parto indicou que 2,7% das puérperas já fazia uso de antidepressivos antes da gestação²⁴. Esses dados apontam que a amostra de estudo apresentou-se dentro das médias verificadas, uma vez que 17,4% apresentavam sinais indicativos de depressão, sendo 1,9% considerados severos; a média obtida no BDI foi de 9,42 e 2,9% fazia uso de antidepressivos na gravidez.

Na presente investigação, encontrou-se associação entre residir em casa própria e maiores médias obtidas no BDI. Esta variável pode estar associada ao fato de que mulheres que residem em casa própria podem apresentar preocupações com pagamento de financiamento e este ser um fator comprometido no puerpério, devido as dificuldades ocupacionais e financeiras impostas pela maternidade. Outra possível explicação seria o fato de que não possuir casa própria pode estar associado a morar em residências cedidas, ou seja, compartilhada com outras pessoas, o que pode fortalecer o apoio/suporte neste período de adaptação. Ter auxílio de familiares no puerpério é visto como importante e positivo²⁷ e, geralmente, familiares e a comunidade se mobilizam para ajudar e acolher a puérperas em suas demandas²⁸.

Entretanto, na busca de fatores associados a sinais indicativos de depressão, aponta-se: tabagismo; insatisfação com a relação conjugal; história de violência durante a gestação; parto cesáreo; uso de antidepressivos na gestação; falta de apoio do companheiro durante o puerpério e má qualidade do sono^{23,24}, que apresentaram diferenças estatisticamente significantes apontando a influência destes fatores na ocorrência de sinais depressivos.

Os resultados apontaram que mulheres que apresentavam sinais indicativos de depressão apresentavam menores escores de QV em todos os seus domínios, demonstrando a influência negativa da doença no período puerperal. Em estudos semelhantes, com baixos escores de QV em geral, destacou-se principalmente alterações nos domínios: físico, principalmente relacionado a dor e saúde geral; vitalidade, com menores médias nos aspectos emocional e saúde mental e relações (afinidade/família/amigos)^{22,25,29,30}. No entanto, foi encontrada associação positiva entre os escores de QV no domínio mental e maior capacidade para o autocuidado materno²⁸.

É possível que dificuldades de origens diversas influenciem, tais como: adaptação à maternidade; horas reduzidas de sono; choro constante do RN; afazeres domésticos; cuidados com outros filhos; conselhos e palpites de sogras, mães e/ou vizinhos causem desgaste e cansaço para as mães. Estes aspectos negativos podem repercutir direta ou indiretamente na saúde materno-infantil, uma vez que durante o puerpério existe uma indissociabilidade entre mãe e bebê³¹.

CONCLUSÃO

As puérperas apresentaram altos escores de qualidade de vida. Contudo, o domínio socioeconômico foi o mais comprometido e o domínio familiar foi aquele que apresentou melhores escores, indicando importância e satisfação diante do nascimento e da configuração familiar.

A média obtida no BDI foi de 9,42, e a prevalência de sinais indicativos de depressão encontrada foi de 17,4%, sendo classificados como: sinais leves (8,7%); moderados (6,8%) e severos (1,9%). Apenas 2,9% das mulheres já faziam uso de antidepressivos durante a gestação.

Todos os domínios do IQV (geral; saúde e funcionamento; socioeconômico, psicológico/espiritual e, família) foram afetados negativamente pela presença de sinais indicativos de depressão entre as puérperas, e foi encontrada associação estatística entre maior pontuação no BDI e possuir residência própria.

As limitações do estudo foram quanto ao método utilizado, por se tratar de estudo com desenho descritivo e transversal e no que tange a validade externa, uma vez que os dados não podem ser generalizados para outras realidades e não podem ser estabelecidas relações causais, por sua vez, esta pesquisa contribui para o entendimento desta relação e enfatiza a importância de uma visão individualizada e integral para que a assistência prestada seja efetiva, humanizada e contínua após o nascimento da criança, para assegurar melhor QV para mãe e bebê.

Faz-se necessário repensar a atenção no puerpério, dado que é um período de intensas transformações, visto que o conceito de QV é complexo, multifatorial e influenciado por diversos fatores, sendo que sinais indicativos de depressão apresentaram relação direta com baixos escores de QV em todos os seus domínios. Assim, detectar precocemente e intervir nos sinais indicativos de depressão podem aumentar a QV da mulher neste período. Além disso, há de se ressaltar a indissociabilidade entre mãe e bebê, sendo que tanto as condições maternas quanto as neonatais afetaram a QV de ambos.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud – Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
2. Pereira EF, Teixeira CS, Santos AD. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev

- Bras Educ Fís Esp. [Internet]. 2012 [citado em 31 out 2019]; 26(2):241-50. DOI: 10.1590/S1807-55092012000200007
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 02 abr 2020]. (Cadernos de Atenção Básica; n. 32. Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
4. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2010 [citado em 31 out 2019]; 14 (1):83-9. DOI: 10.1590/S1414-81452010000100013
5. Spindola T, Penna LHG, Lapa AT, Calvacanti ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. Enferm Foco [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2019]; 8(1):42-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2017
6. Lima-Lara AC, Fernandes RAQ. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. Online Braz J Nurs. (Online) [Internet]. 2010 [citado em 31 out 2019]; 9(1). DOI: 10.5935/1676-4285.20102815
7. Teixeira RC, Mandu ENT, Correa ACP, Marcon SS. Health needs of women in the postpartum. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2015 [citado em 31 out 2019]; 19(4):621-8. DOI: 10.5935/1414-8145.20150083
8. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MMD, Varela M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2016 [citado em 31 out 2019]; 29(6):664-70. DOI: 10.1590/1982-0194201600093
9. Ferreira AH, Godoy PBG, Oliveira NRCD, Diniz RAS, Diniz REAS, Padovani RC, et al. Investigação da ansiedade, depressão, e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite de joelho: um estudo comparativo. Rev Bras Reumatol. [Internet]. 2015 [citado em 31 out 2019]; 55(5):434-8. DOI: 10.1016/j.rbr.2015.03.001
10. Otavianni AC, Betoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Associação entre ansiedade e depressão e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [citado em 31 out 2019]; 25(3):1-8. DOI: 10.1590/0104-07072016000650015
11. World Health Organization. Depression and other common disorders. Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=FD18DE3CECF6F6A83771F4464856795E?sequence=1>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5ed. Whashington, DC: APA; 2013.
13. Moraes GPA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? Trends Psychiatr Psycoter. [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2019]; 39(1):54-61. DOI: 10.1590/2237-6089-2016-0034
14. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2019]; 33(9):1-10. DOI: 10.1590/0102-311x00094016
15. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Junior J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev Psiq Clín. [Internet]. 2010 [citado em 31 out 2019]; 37(6):288-94. DOI: 10.1590/S0101-60832010000600006
16. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2019]; 33(6):1-16. DOI: 10.1590/0102-311x00032016
17. Soler DR, Zanon Ponce MA, Soler ZASG, Wysocki AD. Qualidade de vida no puerpério: avaliação no pós-parto imediato, tardio e remoto. Rev Enferm UFPE Online [Internet]. 2015

- [citado em 31 out 2019]; 12(9):1093-101. DOI: 10.5935/1414-8145.20150025
18. Ferrans CE, Powers M. Quality of Life Index [Internet]. Chicago, IL: University of Illinois; [c1984][citado em 31 out 2019]. Disponível em: <http://qli.org.uic.edu/index.htm>
19. Ferreira FM, Haas VJ, Pedrosa LAK. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2013 [citado em 31 out 2019]; 26(3):245-9. DOI: 10.1590/S0103-21002013000300007
20. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* [Internet]. 1996 [citado em 31 out 2019]; 29(4):453-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>
21. Kohler S, Annerstedt KS, Diwan V, Lindholm L, Randive B, Vra K, et al. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-SD-SL descriptive system. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2019]; 18(1):427. DOI: 10.1186/s12884-018-2038-0
22. Bodhare TN, Sethi P, Bele SD, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal quality of life, depressive symptoms and social support among women in Southern India. *Women Health* [Internet]. 2015 [citado em 31 out 2019]; 55(3):353-65. DOI: 10.1080/03630242.2014.996722
23. Lee JY, Hwang JY. A study on postpartum symptoms and their related factors in Korea. *Taiwan J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2015 [citado em 31 out 2019]; 54(4):355-65. DOI: 10.1016/j.jtog.2014.04.030
24. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2019]; 31 (4):351-8. DOI:10.1590/1982-01494201800050
25. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2019]; 17(1):115. DOI: 10.1186/s12905-017-0473-0
26. Kalayasire R, Supcharoen W, Oujjanukoon P. Association between secondhand smoke exposure and quality of life in pregnant women and postpartum women and the consequences on the newborns. *Qual Life Res.* [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2019]; 27(4):905-12. DOI: 10.1007/s11136-018-1783-x
27. Xiao X, Ngai F, Zhu S, Loke AY. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado em 02 abr 2020]; 20:5. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2686-8>
28. Van der Sand IC, Ressel LB, Monticelli M, Souza IEO, Schrimmer J. "A 'dieta' é tempo de cuidados": práticas de autoatenção no puerpério no cenário rural. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2018 [citado em 02 abr 2020]; 8(4):794-811. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29045>
29. Van der Woude DA, Pijnenborg JMA, Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet]. 2015 [citado em 31 de out 2019]; 185:45-52. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.041
30. Ozdemir F, Ozturk A, Karabulutlu O, Tezel A. Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. *J Pak Med Assoc.* [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2019]; 68(2): 210-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29479095>
31. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2015 [citado em 31 out 2019]; 19(1):181-6. DOI: 10.5935/1414-8145.20150025

CONTRIBUIÇÕES

Sarah Gazarra Ferreira da Silva, Paulo César Condeles, André Luiz Moreno e Mariana Torreglosa Ruiz contribuíram com a concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão. **André Luiz, Bibiane Dias Miranda Parreira e Marina Carvalho Paschoini** participaram na redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silva SGF, Condeles PC, Parreira BDM, Moreno AL, Paschoini MC, Torreglosa Ruiz M. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(3):416-426. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, S. G. F.; CONDELES, P. C.; PARREIRA, B. D. M.; MORENO, A. L.; PASCHOINI, M. C.; TORREGLOSA RUIZ, M. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 416-426, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Silva, S.G.F., Condeles, P.C., Parreira, B.D.M., Moreno, A.L., Paschoini, M.C., & Torreglosa Ruiz M. (2020). Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. REFACS, 8(X), 416-426. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.