



# Brazilian Journal of ANESTHESIOLOGY



## ESTUDO CLÍNICO

### Associação entre depressão pós-parto e analgesia peridural em mulheres durante o trabalho de parto: um estudo observacional

Ipek S. Edipoglu<sup>1\*</sup>, Duygu Demiroz Aslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Pain Medicine, Faculty of Medicine, Marmara University, Istanbul, Turquia

<sup>2</sup> Department of Anesthesiology, Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Turquia

\*Autor correspondente: Ipek Saadet Edipoglu ([dripeks@yahoo.com](mailto:dripeks@yahoo.com))

#### Resumo

**Introdução e objetivos:** A depressão pós-parto afeta mulheres, manifestando-se com humor deprimido, insônia, retardo psicomotor e ideação suicida. Nosso estudo examinou se existe associação entre o uso da analgesia peridural e depressão pós-parto.

**Métodos:** As pacientes foram divididas em dois grupos. Um grupo recebeu analgesia peridural durante o trabalho de parto enquanto que o segundo grupo não. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) foi administrada a pacientes antes do nascimento e 6 semanas após o parto. A intensidade da dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA) durante o trabalho de parto e 24 horas após o parto.

**Resultados:** Das 92 pacientes analisadas, 47,8% (n = 44) receberam analgesia peridural. Detectamos um escore EVA significativamente mais alto durante o trabalho de parto (p = 0,007) e 24 horas após o parto (p = 0,0001) no grupo sem analgesia peridural. Seis semanas após o parto, uma diferença significativa foi observada entre os escores EPDS dos dois grupos (p = 0,0001). A análise de regressão revelou escores de depressão mais altos em pacientes com níveis mais altos de dor durante o trabalho de parto (OR = 0,572, p = 0,039). A analgesia peridural tem uma forte correlação com escores mais baixos de depressão (OR = 0,29, p = 0,0001).

**Conclusão:** O grupo que recebeu analgesia peridural teve escores de dor mais baixos. Foi encontrada alta correlação entre analgesia peridural e níveis de depressão mais baixos. As gestantes que tiveram parto vaginal e altos escores de dor puderam reduzir os escores de depressão pós-natal através do uso da analgesia peridural durante o trabalho de parto. Gestantes devem poder optar pela analgesia peridural durante o trabalho de parto para reduzir os níveis de depressão pós-parto.

**Descritores:** Depressão pós-parto; Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo; Analgesia peridural; Escala Visual Analógica; Parto vaginal.

## Introdução

Atualmente, as crescentes taxas de parto vaginal são foco de atenção porque o parto vaginal é um dos mais importantes fatores associados tanto à saúde materna como à saúde infantil.<sup>1,2</sup> Infelizmente, o parto vaginal não está completamente livre de complicações, como sua associação à depressão pós-parto.<sup>3</sup> A depressão pós-parto, que se manifesta como humor deprimido, insônia ou sonolência, perda de peso significativa, retardo psicomotor, rebaixamento da autoestima e autovalor e ideação suicida, é um transtorno que acomete puérperas.<sup>3,4</sup> A incidência de depressão pós-parto pode ser de até uma em cada dez puérperas nos países desenvolvidos.<sup>5</sup> A depressão pós-parto pode causar problemas comportamentais e de desenvolvimento na mãe e também no bebê e tais problemas podem se prolongar pela infância e adolescência.<sup>6</sup>

Entre as mulheres que tem parto vaginal, várias preferem receber analgesia peridural durante parto enquanto outras não. A analgesia peridural é comumente usada para o alívio da dor durante o trabalho de parto e é bem tolerada tanto pela mãe quanto pelo bebê. Vários estudos e meta-análises demonstraram que a analgesia peridural é um método eficaz para reduzir a intensidade da dor durante o parto vaginal normal.<sup>7</sup> Entretanto, há apenas poucos estudos na literatura investigando o efeito da analgesia peridural durante o trabalho de parto sobre a depressão pós-parto que relatem uma redução no risco de depressão pós-parto com analgesia peridural no trabalho de parto.<sup>4</sup>

No presente estudo, nossa hipótese primária era que mulheres que recebem analgesia peridural no trabalho de parto têm escores de gravidade de depressão mais baixos 6 semanas após o parto. Nossa segunda hipótese era que essas pacientes teriam escores mais baixos na Escala Visual Analógica (EVA) aplicada durante o trabalho de parto e 24 horas após o parto caso tivessem recebido analgesia peridural.

## Métodos

Nosso trabalho é um estudo observacional prospectivo ao longo de um período de 6 meses. O comitê de ética institucional do Departamento de Anestesiologia do Hospital de Educação e Pesquisa de Istanbul aprovou o estudo. Este estudo foi cadastrado no registro ISRCTN sob o código ID ISRCTN84174861 (data de início do recrutamento em 25 de março de 2018 e data de término do recrutamento de 25 de outubro de 2018). Foram incluídas no estudo mulheres com idades de 18 a 45 anos, que planejavam de modo eletivo dar à luz por via normal vaginal com ou sem analgesia peridural, com escores ASA I-III e que deram consentimento para participar. Foram excluídas as pacientes que tinham histórico de esquizofrenia, transtorno bipolar ou obsessivo-compulsivo no período pré-natal, as que tinham algum problema hematológico que contraindicasse o uso de anestesia regional e aquelas com infecções de pele na área lombar ou vitalidade fetal inadequada. Também foram excluídas as pacientes cujo parto fosse convertido para cesariano ou se tivessem depressão pré-natal (Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo  $\geq 10$ ).

No momento da admissão em nosso hospital, quando as pacientes atendiam aos critérios de inclusão, era aplicado o consentimento informado em cada paciente na sala de espera e elas eram alocadas em um dos dois grupos. Inicialmente usamos a “preferência da paciente” para a técnica escolhida. Porém para as pacientes com contraindicações para anestesia regional, informávamos e sugeríamos à paciente a abordagem indicada (infecção no sítio da intervenção, sangramento, patologias e transtornos intracranianos eram nossas contraindicações para analgesia peridural). Um grupo consistia de mulheres que davam à luz sem analgesia peridural e o segundo grupo era formado por mulheres que davam à luz com analgesia peridural. O segundo

grupo recebeu um cateter peridural, colocado no espaço intervertebral entre L3-L4 ou L4-L5, quando a dilatação cervical atingia 3-5 cm, ao passo que o outro grupo não recebeu nenhuma intervenção para seu trabalho de parto. As pacientes no grupo de analgesia peridural receberam bolus de bupivacaína a 0,125% + 100  $\mu\text{g}$  de fentanil através do cateter peridural. A isso seguia-se analgesia controlada pela paciente (PCA) com bupivacaína a 0,125% + 2  $\mu\text{g}/\text{ml}$  de fentanil com 6 ml/h de infusão contínua e 6 ml de dose sob PCA, com intervalos de bloqueio de 10 minutos. Antes do nascimento e 6 semanas após o parto, a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) foi administrada aos dois grupos de pacientes. A EPDS é uma escala de 10 itens comumente usada e validada para nossa população de estudo. O escore  $\geq 10$  era o ponto de corte para depressão pós-parto. Caso a paciente respondesse positivamente ao item 10 do EPDS (a ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça), ela era avaliada para depressão explícita independente de sua pontuação total e isso era notificado ao departamento de psiquiatria de nosso hospital. A EPDS era aplicada pelo mesmo anestesiológista experiente. Os dois grupos receberam analgesia pós-parto. Um grupo recebeu PCA peridural com uma dose que havia sido iniciada anteriormente (0,125% bupivacaína + 2  $\mu\text{g}/\text{ml}$  fentanil com 6 ml/h em infusão contínua e 6 ml de dose por demanda de PCA com intervalos de bloqueio de 10 minutos) até a alta. O segundo grupo recebeu 1 mg/kg de tramadol intravenoso (IV) duas vezes ao dia e 15 mg/kg de paracetamol três vezes ao dia, assim como uma dose resgate de tramadol de 1 mg/kg se necessário, até a alta. A intensidade da dor da paciente era avaliada pela escala EVA durante o parto e 24 horas após o parto. O escore mais baixo da EVA é 0 (nenhuma dor) e o mais alto é 10 (pior dor imaginável). O objetivo era manter a paciente com uma pontuação abaixo de 4 na EVA. Registramos os parâmetros demográficos, idade gestacional, número de gestações, scores EVA e escores EPDS.

## Análise estatística

O software SPSS 21,0 foi usado para a análise estatística. Os dados do estudo foram resumidos com métodos de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e taxa). O teste U de Mann-Whitney foi usado para comparações inter-grupo de dados quantitativos que não obedecessem à distribuição normal. A correlação entre o uso de analgesia peridural no trabalho de parto, escore EVA e ocorrência de depressão pós-parto foi avaliada com análise de regressão logística multivariada. O teste de Hosmer-Lemeshow foi usado para o modelo de regressão logística. Os dados quantitativos foram comparados com o teste t de Student. Os resultados foram avaliados dentro do intervalo de confiança de 95 % e nível de significância de  $p < 0,05$ . O programa *Power and Sample Size* (versão PS 3.1.2) foi usado para a análise numérica de pacientes. Partindo do pressuposto de que a alteração na EPDS fosse no mínimo 20%,<sup>4</sup> o menor número de pacientes a ser incluído no estudo deveria ser 88 para atingir  $\alpha = 0,05$  e potência = 0,80. Portanto, supondo que haveria um alto número de desistências no estudo, planejamos incluir 127 pacientes no início.

## Resultados

Das 198 pacientes cuja elegibilidade foi analisada, 166 foram consideradas elegíveis segundo os critérios de exclusão / inclusão. Dessas 166 pacientes elegíveis, 129 pacientes deram consentimento e participaram do estudo. Após excluir as pacientes perdidas durante o seguimento e com conversão de parto, 92 pacientes foram analisadas na avaliação final (Figura 1). Dessas 92 pacientes, 47,8% (n = 44) preferiram parto com analgesia

peridural. As outras pacientes não receberam analgesia peridural. A idade média das pacientes era  $29,81 \pm 7,19$  anos. Os dados demográficos das pacientes do estudo estão apresentados na Tabela 1.

Não foi detectada nenhuma diferença estatisticamente significativa nos dados demográficos das pacientes entre o grupo que recebeu analgesia peridural no trabalho de parto e o grupo que não recebeu analgesia peridural ( $p > 0,05$ ). Esses dados são apresentados na Tabela 2.

No grupo de mulheres que tiveram parto sem analgesia peridural, detectamos diferenças significantes nos escores EVA durante o trabalho de parto ( $p = 0,0001$ ) e também 24 horas após parto ( $p = 0,007$ ). De modo geral, observamos que mulheres que deram à luz com analgesia peridural sentiram níveis de dor significativamente mais baixos (Tabela 3). Não houve diferença significativa nos escores EPDS entre os grupos no período pré-parto ( $p = 0,191$ ); entretanto, detectamos grande diferença significativa nos escores EPDS 6 semanas após o parto entre os dois grupos ( $p = 0,0001$ ). Assim, os escores de depressão pós-parto eram mais baixos entre as mulheres que receberam analgesia peridural (Tabela 3).

A análise de regressão múltipla (Tabela 4) revelou que os escores da EPDS estavam correlacionados à aplicação de analgesia peridural durante o trabalho de parto e aos escores EVA durante o parto. Foram encontrados escores mais altos de depressão nas pacientes que sentiram níveis mais altos de dor durante o trabalho de parto (OR = 0,572,  $p = 0,039$ ). Tal achado não foi detectado nos escores EVA 24 horas após o parto. Além disso, as mulheres que receberam analgesia peridural tiveram escores mais baixos de depressão (OR = 0,29,  $p = 0,0001$ ) (Tabela 4).

## Discussão

O presente estudo investigou a relação entre analgesia peridural e escores de depressão em mulheres que tiveram parto vaginal. A EPDS, que é amplamente usada e validada, foi escolhida para avaliar a probabilidade de depressão nas mulheres incluídas neste estudo.<sup>8,9</sup> Essa escala também foi validada para a população de pacientes gestantes em nosso país.<sup>10</sup> Observamos que a intensidade da dor foi significativamente mais alta nas mulheres que preferiram não receber analgesia peridural durante o trabalho de parto, com escores EVA significativamente mais altos nos períodos de pré-parto e pós-parto. A análise de regressão logística identificou que o escore EVA no trabalho de parto esteve correlacionado ao desenvolvimento de depressão puerperal (OR = 0,572,  $p = 0,039$ ). Encontramos correlação muito alta entre o uso de analgesia peridural e níveis mais baixos de depressão pós-parto (OR = 0,29,  $p = 0,0001$ ).

Em recente estudo, Lim et al analisaram um total de 201 pacientes retrospectivamente e relataram que a redução na dor do trabalho de parto com analgesia peridural resultou em redução na intensidade dos sintomas da depressão.<sup>6</sup> Encontramos resultados semelhantes neste estudo observacional e prospectivo.

Novamente, de modo semelhante a nossos resultados, Ding et al encontraram uma associação entre analgesia peridural e menor intensidade da depressão em um estudo com 200 pessoas.<sup>4</sup> Além disso avaliamos os níveis de depressão das pacientes antes do trabalho de parto e também no período pós-parto. Nosso estudo não encontrou diferença nos níveis de depressão entre os dois grupos antes do trabalho de parto, entretanto, encontramos diferença significativa nos escores EPDS 6 semanas após o parto ( $p = 0,0001$ ). A análise de regressão demonstrou efetivamente correlação entre a analgesia peridural e depressão. Um estudo realizado por Badou et al com 43 pacientes foi o primeiro a demonstrar uma associação entre a intensidade da

dor no trabalho de parto e depressão.<sup>11</sup> Em contraste, alguns estudos não conseguiram detectar relação entre depressão e intensidade da dor no trabalho de parto. Nosso estudo está alinhado ao de Badou et al. Acreditamos que a discrepância nos desfechos se deva a dados insuficientes sobre os escores de dor.<sup>4</sup>

Há uma ampla variedade de estudos na literatura investigando os desfechos da depressão pós-parto na mãe e no bebê. Um estudo investigou pacientes que se submeteram a parto cesariana e outras que tiveram parto vaginal e sugeriu uma relação significativa entre dor intensa e depressão pós-parto.<sup>12</sup> Também observaram que a depressão pós-parto pode ser responsável por 17% dos óbitos maternos tardios.<sup>12</sup> Além desses trabalhos, vários estudos na literatura relatam efeito adverso da depressão pós-parto na amamentação do lactente.<sup>14,15</sup> Em um estudo com 2.729 pacientes, Verbeek et al relataram que a depressão pós-parto teve efeito prejudicial na infância. Ademais, acrescentaram que esses efeitos podem se prolongar tanto que têm influência negativa no período da adolescência.<sup>16</sup> Tais achados levaram à conclusão de que a depressão pós-parto é a principal causa de morbidade em mulheres e são necessários esforços para reduzir sua incidência.

No presente estudo, relatamos que o escore EVA 6 semanas após o parto estava correlacionado com o desenvolvimento de depressão pós-parto. Vários estudos disponíveis na literatura relatam resultados semelhantes aos de nosso estudo no qual a administração de analgesia peridural resultou em redução significativa dos escores EVA.<sup>17-19</sup> Acreditamos que a analgesia peridural é o principal determinante para redução da dor e escores mais baixos na EVA. Também pressupomos que tal redução na dor foi um dos fatores mais importantes para a criação de correlação entre analgesia peridural e taxas menores de depressão pós-parto.

Por outro lado, outros estudos relatam que a analgesia peridural em gestantes leva a resultados desfavoráveis ou contraditórios. Em uma meta-análise com 9.658 pacientes, Anim et al relataram resultados diferentes daqueles resumidos acima.<sup>7</sup> Eles observaram que mulheres que receberam o modo de administração peridural tiveram mais hipotensão comparadas às mulheres que não tiveram peridural.<sup>7,20-22</sup> Outros estudos também relatam que modos de administração peridural causaram atraso na segunda fase do trabalho de parto.<sup>7,23-24</sup> Apesar de a analgesia peridural permitir melhor controle da dor, os autores não puderam demonstrar diferenças significativas nos níveis de satisfação materna, relatando que houve alguns achados contraditórios.<sup>7</sup>

Uma limitação de nosso estudo é o baixo número de gestantes incluídas. Um maior número de pacientes talvez pudesse melhorar o valor de nossos achados. Outra limitação é que os escores EVA são medidas subjetivas da avaliação da dor. Entretanto, não há disponibilidade de um sistema de pontuação mais efetivo de avaliação da dor. Portanto, a EVA é frequentemente usada na literatura. Um dos melhores modos de avaliar dor pós-operatória é através do consumo de opioides pelo paciente; porém não podíamos usar tal abordagem por causa dos diferentes métodos de analgesia para o período pós-parto. Há também outros fatores de confusão que podem influenciar a chance de depressão pós-parto, como a classe socioeconômica da paciente e IMC pós-parto no momento da segunda avaliação, mas não estudamos essas variáveis, que constituem outra limitação de nosso estudo.

## Conclusão

Em conclusão, nosso estudo encontrou uma associação entre escores EVA favoráveis e menor intensidade da depressão 6 semanas após o parto em mulheres que receberam analgesia peridural para parto vaginal. Além disso, relatamos que maiores escores de dor no trabalho de parto apresentaram correlação

com escores de depressão pós-parto e houve correlação muito forte entre o uso de analgesia peridural e níveis mais baixos de depressão. Em face de tais resultados, sugerimos que gestantes dando à luz pela via vaginal devam usar analgesia.

## Financiamento

Este trabalho não recebeu nenhum meio de apoio financeiro.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse.

## Referências

1. World Health Organization. *Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2009.WHO;
2. Bayrampour H, Salmon C, Vinturache A, Tough S. Effect of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on risk of obstetric interventions. *J. Obstet Gynaecol Res.* 2015 July; 41(7):1040-1048;
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition; Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000;
4. Ding T, Wang DX, Qu Y, Chen Q, Zhu SN. Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. *Anesth Analg.* 2014 Aug;119(2):383-392;
5. Orbach-Zinger S, Landau R, Harousch AB, et al. The Relationship Between Women's Intention to Request a Labor Epidural Analgesia, Actually Delivering With Labor Epidural Analgesia, and Postpartum Depression at 6 Weeks: A Prospective Observational Study. *Anesth Analg.* 2018 May;126(5):1590-1597;
6. Lim G, Farrell LM, Facco FL, Gold MS, Wasan AD. Labor Analgesia as a Predictor for Reduced Postpartum Depression Scores: A Retrospective Observational Study. *Anesth Analg.* 2018 May;126(5):1598-1605;
7. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labor. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec; 7 (12):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3;
8. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 Jun;137(3): 277-281;
9. Matthey S, Souter K, Mortimer K, Stephens C, Sheridan-Magro A. Routine antenatal maternal screening for current mental health: evaluation of a change in the use of the Edinburgh Depression Scale in clinical practice. *Arch Womens Ment Health* 2016 Apr;19(2):367-372;
10. Aksu S, Varol FG, Hotun Sahin N. Long-term postpartum health problems in Turkish women: prevalence and associations with self-rated health. *Contemporary Nurse* 53(2):167-181;
11. Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale* 2007; 33:805-810;
12. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008; 140:87-89;
13. Gissler M, eux-Tharaux C, Alexander S, et al. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999-2000: characterization of unreported deaths. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 133:179-185;
14. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Affect Disord.* 2015 Jan 15; 171:142-154;
15. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breast feeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol.Med* 2014; 43:1-10;
16. Verbeek T, Bockting CL, van Pampus MG, et al. Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. *J Affect Disord* 2012; 136:948-954;
17. Pugliese PL, Cinnella G, Raimondo P, et al. Implementation of epidural analgesia for labor: is the standard of effective analgesia reachable in all women? An audit of two years. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013 May;17(9):1262-1268;
18. Sikdar I, Singh S, Setlur R, Mohan CV, Datta R, Patrikar SR. A prospective review of the labor analgesia programme in a teaching hospital. *Med J Armed Forces India* 2013 Oct;69(4):361-365;
19. Sweed N, Sabry N, Azab T, Nour S. Regional versus IV analgesics in labor. *Minerva Med.* 2011 Oct;102(5):353-361;
20. El-Kerdawy H, Farouk A. Labor analgesia in preeclampsia: remifentanyl patient controlled intravenous analgesia versus epidural analgesia. *Middle East Journal of Anesthesiology* 2010;20(4):539-545;
21. Head B, Owen J, Vincent R, Shih G, Chestnut D, Hauth J. A randomized trial of intrapartum analgesia in women with severe preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99: 452-457;
22. Gambling DR, Sharma SK, Ramin SM, et al. A randomized study of combined spinal epidural analgesia versus intravenous meperidine during labor: impact on cesarean delivery rate. *Anesthesiology* 1998; 89:1336-1344;
23. Lian Q, Ye X. The effects of neuraxial analgesia of combination of ropivacaine and fentanyl on uterine contraction. *Anesthesiology* 2008;109: A1332;
24. Long J, Yue Y. Patient controlled intravenous analgesia with tramadol for pain relief. *Chinese Medical Journal* 2003;116 (11):1752-1755.

Figura 1. Fluxograma

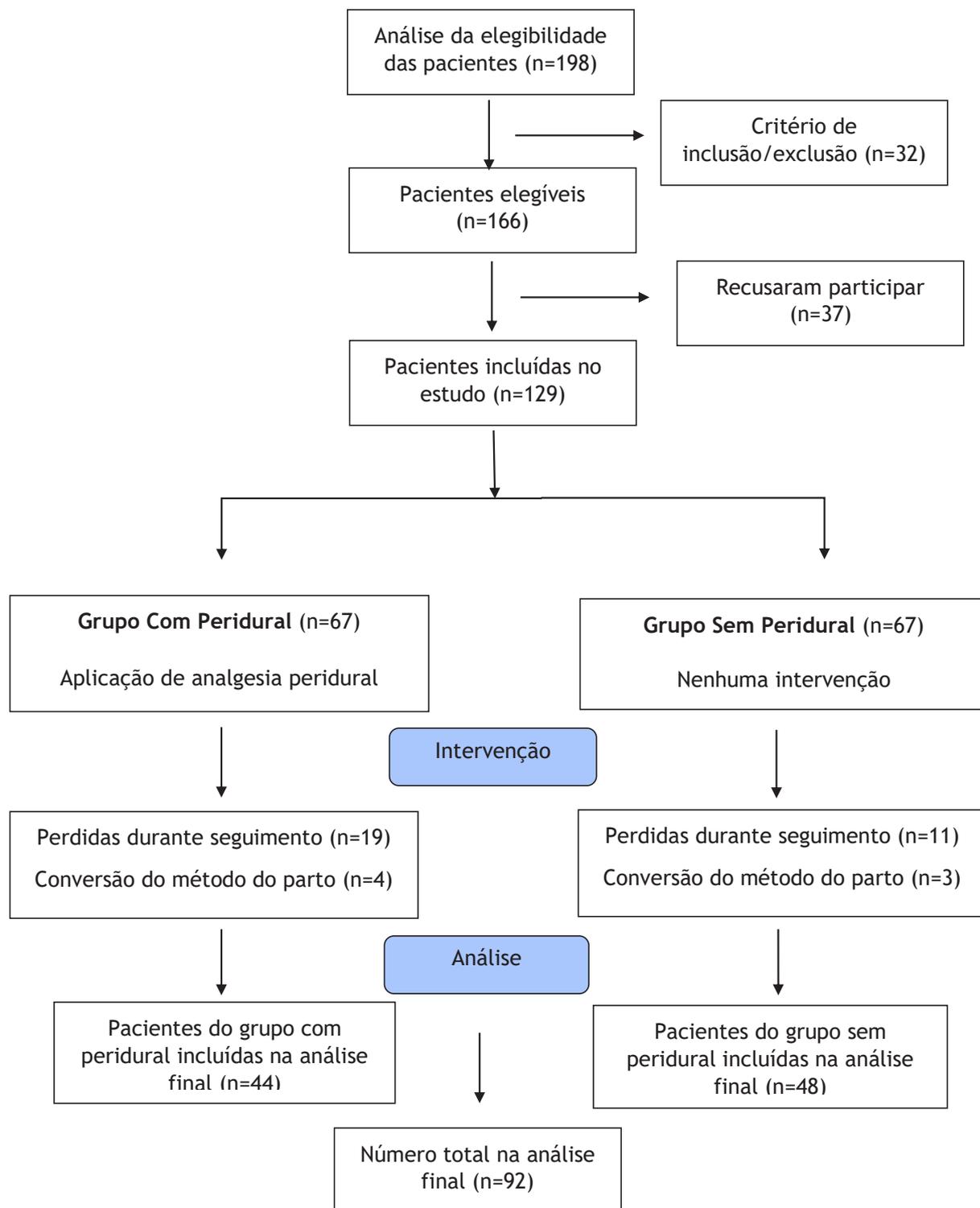


Tabela 1

### Dados demográficos das pacientes

Grupo de analgesia peridural	47,8% (n = 44)
Idade (anos)	29,81 ± 7,19
Índice de Massa Corporal (IMC)	28,24 ± 4,39
Gestação (semanas)	38,47 ± 0,79
Número de gestações	1,88 ± 1,16
Escore EVA durante o trabalho de parto	5,58 ± 2,52
EVA 24 horas após o parto	4,17 ± 2,18
Escore EPDS pré-parto	8,32 ± 4,66
Escore EPDS 6 semanas após o parto	6,08 ± 4,58
ASA	
II	60 (64,5%)
III	32 (34,4%)

EVA, Escala Visual Analógica; EPDS, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo; ASA, American Society of Anesthesiologists

Tabela 2

### Comparação dos dados demográficos entre os dois grupos

	Analgesia peridural (n = 44)	Zero analgesia peridural (n = 48)	valor p
Idade (anos)	28,88 ± 6,81	30,64 ± 7,49	0,243
Índice de Massa Corporal (IMC)	28,07 ± 4,12	28,4 ± 4,65	0,723
Idade gestacional (semanas)	38,43 ± 0,72	38,52 ± 0,85	0,593
Número de gestações	1,28 ± 0,48	2,31 ± 1,33	0,076
ASA			0,894
II	29 (65,9%)	31 (64,5%)	
III	15 (34,1%)	17 (35,5%)	

p < 0,05 foi determinado como estatisticamente significativo. ASA, American Society of Anesthesiologists. Foram usados teste U de

Tabela 3

Comparação dos escores EVA e EPDS entre os grupos			
	Analgesia peridural (n=44)	Zero analgesia peridural (n=48)	valor p
Escore EVA durante o trabalho de parto	3,28 ± 0,95	7,21 ± 1,93	0,0001*
Escore EVA 24 horas após o parto	2,71 ± 0,82	5,30 ± 2,26	0,007*
Escore EPDS pré-parto	7,63 ± 4,72	8,91 ± 4,58	0,191
Escore EPDS 6 semanas após o parto	3,89 ± 3,43	8,08 ± 4,61	0,0001*

\*p < 0,05 foi determinado como estatisticamente significativo. EVA, Escala Visual Analógica; EPDS, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo; ASA: American Society of Anesthesiologists. Foram usados teste U de Mann-Whitney e teste t de Student.

Tabela 4

Análise de regressão múltipla dos escores na EPDS.		
	Razão de Chances (OR)	valor p
Escore EVA 24 horas após o parto	0,288	0,117
Escore EVA no trabalho de parto	0,572	0,039*
Analgesia peridural	0,290	0,0001*

\*p < 0,05 foi determinado como estatisticamente significativo. EVA, Escala Visual Analógica; EPDS, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo; ASA: American Society of Anesthesiologists. Foram usados teste U de Mann-Whitney e teste t de Student.