



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

YRIS LUANA RODRIGUES DA SILVA

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS):
A percepção de puérperas da Atenção Básica

CAMPINA GRANDE-PB
2013

YRIS LUANA RODRIGUES DA SILVA

**ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS):
A percepção de puérperas da Atenção Básica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE-PB
2013

S586e

Silva, Yris Luana Rodrigues da Silva.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)
[manuscrito] : A percepção de puérperas da Atenção
Básica / Yris Luana Rodrigues da Silva. – 2013

34 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo
Silveira, Departamento de Enfermagem”.

1. Depressão pós-parto. 2. EPDS. 3. Enfermagem
Materno-infantil. 4. Escalas de graduação
psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 618.76

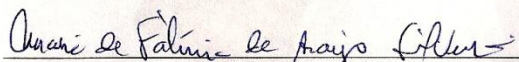
YRIS LUANA RODRIGUES DA SILVA


**ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS):
A percepção de puérperas da Atenção Básica**

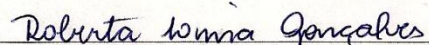
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau de
Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Orientador (a): Dra. Maria de Fátima de Araújo
Silveira

Aprovado em 02 de julho de 2013.


Prof.^a Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira / UEPB
Orientadora


Prof.^a Dra. Mércia Maria Parva Galdêncio / UEPB
Examinadora


Prof.^a Me. Roberta Lima Gonçalves / UFCG
Examinadora

A Deus, “Razão de tudo o que somos e fazemos”,
a minha família, alicerce e refúgio nos momentos difíceis e
a todos que me incentivaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas bênçãos recebidas ao longo de minha vida e pela perseverança e fé que sempre Ele plantou em mim, me fazendo um ser capaz de superar todos os meus limites.

Aos meus irmãos (Gabriela Moura e Orlando Jr.), que me ensinaram, desde muito cedo, os sentidos das palavras: partilha, amor e cumplicidade. Gabriela, minha grande amiga e conselheira de todas as horas, contigo meu sorriso sempre foi expressando da maneira mais simples e pura.

Aos meus amados pais (Ione e Orlando), com vocês, aprendi a maior das lições: o respeito ao próximo. Esse e os demais ensinamentos eu levarei pelo resto de minha vida pessoal e profissional. Mainha, tua sensibilidade e amor, foi sempre para mim um farol, principalmente, nos dias de tristeza e saudade. Painho, obrigada por sempre me incentivar e acreditar em mim, serás sempre meu herói.

Ao meu querido noivo e futuro marido Alex José, pela compreensão, amizade, amor e respeito sempre a mim dedicados durante essa caminhada de cinco anos. Contigo, aprendi a perseverar e zelar pelos presentes que a vida nos proporciona, você é um desses presentes especiais.

As minhas avós (Inês e Sebastiana), mulheres de fibra que já experimentaram os diversos sabores da vida. Vocês me ensinam constantemente o valor da família e do amor incondicional

A minha estimada orientadora Fátima Silveira pelos ensinamentos recebidos ao longo desses anos de convivência, mais do que conhecimentos teóricos, com a senhora aprendi o real significado da palavra humanização. Levarei para minha vida profissional seu exemplo de mulher forte, porém de sensibilidade a florada. É um orgulho ter sido sua aluna e orientanda.

As minhas amigas de universidade Raísa Barbosa, Elaine Araújo, Carla Carolina e Priscila Lopes, pela amizade e parceria acadêmica nesses cinco anos, vocês estarão sempre em meu coração. Levarei a amizade de vocês pra minha vida.

A república Cinco Corações, que através de suas integrantes (Mônica, Alessandra, Jandilma e Gabriela) me presentearam com uma nova família, me fazendo sentir um aconchego e um carinho maravilhoso. Com vocês tive momentos de muita alegria. Quero tê-las sempre comigo.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho e me ajudaram nessa caminhada... Muito obrigada!

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 APRESENTAÇÃO..... | 08 |
| 2 ARTIGO: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS):A percepção de puerperas da Atenção Básica..... | 09 |
| 3 APÊNDICES | |
| 4 ANEXOS | |

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi oriundo de um recorte do banco de dados construído a partir da realização do projeto “Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado”. A discente desenvolveu o Plano de Trabalho - “A percepção das mulheres sobre a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo”, no âmbito da Iniciação Científica, tendo sido bolsista do CNPq/UEPB na cota 2011/2012. Este trabalho é apresentado na modalidade de artigo, conforme a Resolução UEPB/CONSEPE/032/2009.

2 ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS): A percepção de puérperas da Atenção Básica

RESUMO

O puerpério é considerado um período de grandes modificações para a mulher, e vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos, sendo a depressão Pós-Parto (DPP) o principal deles. A DPP tem início geralmente depois da quarta semana do pós-parto, podendo se estender por até um ano. Por não haver parâmetros fisiológicos exclusivos, o diagnóstico da DPP pode ser negligenciado ou ocorrer tardiamente. Diante dessa perspectiva, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) consiste num instrumento mais utilizado para o rastreamento dos sintomas depressivos que se manifestam após o parto. Estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no município de Campina Grande, em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no período de dezembro de 2011 a maio de 2012. A amostra foi constituída por 16 mulheres que responderam à EPDS durante a consulta de puericultura de seus filhos. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. O estudo teve por objetivo de compreender a experiência de mulheres no pós-parto ao responderem a EPDS. Os resultados encontrados mostram que o uso da escala possibilitou às mulheres uma reflexão emocional e ainda pôde atuar na sinalização dos sintomas da DPP possibilitando diagnóstico e intervenção precoce do enfermeiro da Atenção Básica. Conclui-se que no contexto em que foi aplicada, a escala atuou como um instrumento válido, por ser de aplicação rápida e ter um baixo custo, podendo ser implantada na rede de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Pós-Parto. Enfermagem Materno-Infantil. Escalas de Graduação Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais influenciam de modo intenso e decisivo na vida social, familiar e profissional dos indivíduos acometidos e por isso necessitam de um tratamento específico. É observado que muitas pessoas sofrem em silêncio, devido a ausência de assistência e falta de diagnóstico correto, o que leva, muitas vezes, a um tratamento inadequado (ALVES et al., 2011). No Brasil, a depressão é considerada um sério problema de saúde pública, atingindo de 2 a 5% da população em geral, havendo predomínio do sexo feminino, geralmente precedida por eventos marcantes durante a vida, como a gestação, o parto e o período pós-parto (RUSCHI, et al., 2007).

Cerca de 1/5 das mulheres no período gestacional e no puerpério apresentam algum tipo de transtorno mental. É verificado que um dos maiores desafios consiste na insuficiência de diagnósticos precisos ou diagnósticos tardios, focando-se durante a assistência no puerpério, a saúde da criança, (PEREIRA; LOVISI, 2008).

A imagem idealizada e o papel da boa mãe é ditada pela cultura e para assumi-lo, desde a infância as meninas são constantemente treinadas. Porém, na ocasião do nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimenta sentimentos contraditórios e inconciliáveis com o que é imposto socialmente e culturalmente. Tal conflito, entre o esperado e o vivenciado pode desencadear um sofrimento psíquico que pode se configurar como uma base para a depressão após o parto (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Embora não completamente conhecida, a Depressão Pós-Parto (DPP) tem etiologia multifatorial. Aspectos socioeconômicos, presença de transtornos psiquiátricos anteriores à gestação e pré-disposição genética são considerados alguns dos possíveis fatores que podem atuar na contribuição para o surgimento da DPP. Sua incidência é variável, estando entre 10 e 15% (SILVA; BOTTI, 2005; FIGUEIRA et al., 2009).

Os sintomas presentes incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de incapacidade de lidar com novas situações, além de queixas psicossomáticas (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). O tratamento da DPP baseia-se, na maioria dos casos, na utilização da terapia medicamentosa com antidepressivos, psicoterapia e terapia hormonal através do uso de estrógeno (IBIAPINA et al., 2010).

O quadro de depressão pós-parto é pouco identificado pelos profissionais de saúde e, intervenções básicas, principalmente no que diz respeito à atenção primária a saúde, são necessárias e capazes de melhorar a qualidade de vida das mulheres e de seus filhos (ALVES et al., 2011).

Diante dessa perspectiva, é de suma importância o papel prioritário das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para minimização da vulnerabilidade das mulheres no puerpério, através de ações de saúde como o acompanhamento precoce e sistemático das puérperas, consultas individuais no puerpério, acolhimento, escuta e valorização de suas demandas. Assim, o profissional pode garantir um suporte necessário para que tais mulheres possam superar as dificuldades inerentes à fase do puerpério com mais saúde (CABRAL; OLIVEIRA, 2008).

O enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para acolhimento e direcionamento

adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Observa-se que os enfermeiros reiteram ter pouco conhecimento e experiência com a DPP. Devido a tal limitação, delegam a outros profissionais as ações terapêuticas para reabilitação dessas mulheres (SILVA et al., 2010).

Devido a essa dificuldade para se diagnosticar a DPP, por ainda não haver parâmetros fisiológicos exclusivos, foram criadas escalas para mensurar e caracterizar os sintomas. Uma das escalas mais utilizadas a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, traduzida para vinte e quatro idiomas, com estudos de validação na maioria dos países, inclusive no Brasil (RUSCHI, et al., 2007)

A EPDS é considerada um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande acessibilidade e simplicidade para incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na atenção primária em saúde, inclusive pelo enfermeiro, durante os momentos em que entra em contato com a mulher, particularmente, nas consultas puerperais (SANTOS et al., 2007).

O instrumento é de autopreenchimento que tem por finalidade a identificação e avaliar a intensidade dos sintomas de depressão pós-parto. É composto por dez itens, que recebem pontuação de zero a três, de acordo com a intensidade relatada do sintoma depressivo (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira (RUSHI et al., 2007).

Diante do analisado até o momento, a grande maioria dos estudos que tem como temática principal a DPP vem adotando abordagens quantitativas, sobretudo com enfoque e listagem dos fatores de risco/ou eventos estressantes (SILVA et al., 2010). Isso demonstra que novas investigações são necessárias para a melhor compreensão do fenômeno multifacetado como a DPP e visando, também, à identificação de subsídios para as condutas relativos aos cuidados de enfermagem para com a mulher acometida por esse sofrimento psíquico e o seu filho.

Posto ao citado, o presente estudo foi conduzido com objetivo de compreender a experiência de mulheres no pós-parto ao responderem a EPDS.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, onde a pesquisa quantitativa tem por objetivo descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características (LAKATOS; MARCONI 2003). Enquanto que a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador compreender a forma como os participantes do estudo encaram o fenômeno focado (MINAYO, 1999), adequando-se aos objetivos da investigação.

A tipologia é exploratório-descritiva e transversal.

Local e período da coleta

A coleta dos dados ocorreu no município de Campina Grande, situado no estado da Paraíba, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no período de dezembro de 2011 a maio de 2012.

Atualmente, as UBSF estão distribuídas em seis distritos sanitários, sendo cinco destes contemplados para a realização da coleta. Não foi possível a coleta em um distrito, devido a questões não inerentes aos pesquisadores. Dessa forma, fizeram parte do estudo cinco UBSF, correspondendo a nove equipes de saúde da família. O método de escolha das unidades participantes do estudo ocorreu de forma aleatória. Os números das unidades e das respectivas equipes não são coincidentes, pois em algumas situações mais de uma equipe ocupa o mesmo espaço físico.

População e Amostra

A população foi composta por 16 mulheres que faziam parte da área adstrita da UBSF. Estas se disponibilizaram a responder a EPDS na consulta de puericultura de seus filhos que tiveram como critérios de inclusão: participante inserida na área de abrangência da UBSF, está no primeiro ano de pós-parto e aceitar a responder a EPDS; os critérios de exclusão constituíram: ser menor de idade, estar no momento da entrevista sob o uso de drogas lícitas ou ilícitas que comprometesse as respostas, e ser portadora de algum transtorno mental em surto ou tratamento. A definição do número da amostra foi adotada pelo critério de saturação das informações, ou seja, quando os dados coletados começarem a se repetir, evidenciando a finalização da coleta (MORSE, 1995)

Métodos e procedimentos de coleta de dados

As informações foram coletadas através da observação participante, entrevista semiestruturada e fichas que correspondem aos perfis das mulheres. A entrevista consistiu o meio principal de coleta de dados, sendo a observação participante utilizada como recurso complementar para analisar a vivência dos pesquisadores no ambiente de estudo. O roteiro para entrevista continha uma questão central “Como foi à sua experiência de responder a EPDS durante a consulta da puericultura?” e respondida uma ficha que correspondia ao perfil da mulher, esta era composta por variáveis socioeconômicas e clínico-obstétricas.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a mulher respondia a escala na sala da enfermeira durante a consulta de puericultura. Posteriormente, após à realização de todas as consultas da puericultura eram realizadas entrevistas gravadas.

Análise dos dados

Os dados referentes ao perfil das mulheres foram organizados em tabelas, todas as entrevistas foram transcritas para serem submetidas à leitura e análise de conteúdo, foram suprimidos os vícios de linguagem de forma cautelosa para não prejudicar o discurso dos sujeitos. As participantes foram identificadas com a letra “M”, seguido de algarismo arábico, que determina a ordem em que as mulheres foram entrevistadas e o sigilo em relação aos seus nomes.

Para o tratamento dos dados qualitativos, procedeu à análise de conteúdo, do tipo análise temática proposta por Bardin (2006) cujo conteúdo final foi agrupado por similaridade temática, resultando em categorias. Os resultados foram discutidos, a partir de inferências de outros autores do estudo, incluindo a interpretação do tipo hermenêutica, como fase de conclusão da análise de conteúdo. A discussão foi balizada pela literatura pertinente à temática. As categorias analíticas foram ilustradas com recortes das falas dos participantes. A partir da análise dos discursos coletados foram identificadas duas categorias, sendo a primeira: **A aplicação da escala é momento de encontro: “Pode acontecer dela tá se sentindo mal e não ter ninguém pra desabafar e acontecer coisas piores”**. E a segunda: **A escala proporciona a sinalização de sintomas, diagnóstico precoce e norteia a demanda de condutas do profissional: “Tem como diagnosticar e tratar, encaminhar para algum profissional”**.

Aspectos éticos

Neste estudo foram preservados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde e a coleta dos dados só ocorreu após autorização da Secretária de Saúde de Campina Grande e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba protocolado sob o número 0532.0.133.000-11. As informações da pesquisa foram repassadas as participantes, com a assinatura, em seguida, do TCLE em duas vias, onde atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem perdas ou danos pessoais, profissionais ou financeiros. Foi assegurado às participantes o anonimato quando da publicação dos resultados e o sigilo de dados confidenciais.

REFERENCIAL TEÓRICO

O parto é considerado um momento desencadeador de uma série de alterações intra e interpessoais. Com o nascimento da criança, estas mudanças se processam num ritmo acelerado e em todos os âmbitos na família e na mulher (SILVA; BOTTI, 2005).

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Esse período é considerado crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto e com duração variável. A complexidade do puerpério é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, sócio-culturais, econômicas e por questões de gênero (CANTILINO et al.,2010;OLIVEIRA et al.,2008).

A maternidade é compreendida como um papel inato das mulheres, havendo uma expectativa social de que elas exerçam tal papel de forma natural e tranqüila. A depressão pós-parto é um tipo de transtorno que, possivelmente, é resultado da inadequada adaptação psicológica, social e cultural da mulher frente ao fenômeno da maternidade. Sabe-se que sua etiologia não se determina por fatores isolados, mas por uma combinação multifatorial envolvendo aspectos psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (SANTOS JUNIOR, 2013; SILVA et al., 2010).

Os antecedentes familiares e pessoais de depressão ou mesmo um episódio de depressão puerperal, são considerados fatores de análise para o risco da DPP. Além de outros aspectos como: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e puerpério com algum comprometimento clínico (SILVA; BOTTI, 2005)

Dados epidemiológicos reportam que a depressão, considerando o gênero, é a quinta doença que mais gera custos na saúde da mulher. Nesse grupo, a depressão pós-parto atinge entre 18 a 29,4% das puérperas, configurando-se, portanto, um importante problema para a saúde pública mundial (GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007).

Em estudo realizado por Ruschi et al. (2007), foi encontrado que 39,4% das mulheres foram consideradas deprimidas, com rastreio com a EPDS, em uma amostra de 292 mulheres. Essa variação nas prevalências deve-se, provavelmente, a fatores metodológicos e contextuais (FONSECA; SILVA ;OTTA, 2010). Assim, sugeriu-se a necessidade de realização de estudos em outras regiões brasileiras para possibilitar uma melhor compreensão da aplicabilidade da EPDS na atenção primária à saúde (SANTOS, et al., 2007).

Devido ao impacto negativo que a DPP trás consigo, não somente para a família e para a mulher, mas para o recém-nascido, há um prejuízo na interação mãe-filho, além de potencializar dificuldades de desenvolvimento neurológico e psicológico da criança nas primeiras fases da sua vida (FIGUEIRA et al., 2009).

Apesar da sua importância clínica e epidemiológica, o Ministério da Saúde brasileiro não dispõe de uma política pública de saúde que direcione diretrizes para assistência a saúde mental da mulher no período pós-parto (SANTOS JUNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2009).

Há grande dificuldade por parte dos profissionais, incluindo aqueles que atuam na ESF, de diagnosticar a DPP. Essa dificuldade ocorre devido a DPP se tratar de um fenômeno complexo, de ordem subjetiva e não havendo assim parâmetros fisiológicos exclusivos, o que leva a um subdiagnóstico (CABRAL; OLIVEIRA, 2008; RUSCHI et al., 2007).

Em estudo realizado por Santos Junior (2013), com 15 mulheres diagnosticadas com DPP e 9 familiares que foram importantes para elas durante a enfermidade, observou-se que durante o pós-parto a identidade da mulher encontrou-se em segundo plano devido a importância sociocultural dada à maternidade. Assim, mesmo com os sintomas depressivos evidenciados, afetando a capacidade individual das mulheres e percepções sobre si próprias, a depressão e a necessidade de assistência só foi percebida quando houve falha no cuidado com o filho.

Portando, mesmo apesar da gravidade e do impacto para a mulher e a criança, esse transtorno é frequentemente negligenciado devido, possivelmente, às características socioculturais associadas à maternidade, o que dificulta a percepção dos sintomas depressivos por parte da mulher e de seus familiares (FIGUEIRA et al., 2009).

Dentre as tentativas de se desenvolverem instrumentos de triagem para facilitação nesse processo de identificação e tratamento dos quadros de DPP, um dos instrumentos mais

utilizados é a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo – EPDS (FIGUEIRA et al., 2009). Sendo a mais utilizada para rastreamento dos sintomas depressivos que se manifestam após o parto (RUSCHI et al., 2007). A EPDS consiste em instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Os itens abordam sintomas psíquicos como humor depressivo, sintomas fisiológicos e alterações do comportamento (RUSHI et al., 2007).

Em nosso país, estes instrumentos de rastreio ainda são limitados à pesquisa e seu uso ainda não está incorporado aos serviços de saúde, isto pode ser explicado por diversos motivos, entre eles a falta de conhecimento dos profissionais para sua utilização (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

O Sistema Único de Saúde é considerado um grande avanço, pois através da ESF estabeleceu atenção primária à saúde em nosso país, fornecendo acesso gratuito à população. Além disso, são responsáveis por prestar assistência a saúde da mulher que vai desde o planejamento da gravidez até o pós-parto. (SANTOS JUNIOR, 2013). Nesse contexto, a EPDS se caracteriza como um bom instrumento de triagem da depressão pós-parto e seu uso disseminado no SUS poderia repercutir positivamente com aumento na taxa de reconhecimento e tratamento da DPP (FIGUEIRA et al., 2009).

RESULTADOS

A partir da análise dos resultados dos perfis sócio econômico e clínico-obstétricos das participantes do estudo, foram obtidos os dados que estão expostos nas tabelas 1 e 2:

Tabelas 1: Caracterização socioeconômicas

| Variáveis | n (%) | Variáveis | n (%) |
|-------------------------|-----------------|---|-----------------|
| Idade | | Escolaridade | |
| 19-24 | 11 (68,7) | Fundamental Incompleto | 5 (31) |
| 25-30 | 3 (18,7) | Fundamental Completo | 1 (6) |
| 31-37 | 2 (12,6) | Médio Incompleto | 2 (13) |
| Total | 16 (100) | Médio Completo | 5 (31) |
| | | Superior Incompleto | 3 (19) |
| Estado Civil | | Total | 16 (100) |
| Casada/União Consensual | 11 (69) | | |
| Solteira | 5 (31) | Renda Familiar (Salários- Mínimos) | |
| Total | 16 (100) | Até 1 | 6 (37,5) |
| | | De 1 a 2 | 7 (43,8) |
| Ocupação | | Mais de 2 | 3 (18,7) |
| Dona de Casa | 11 (69) | Total | 16 (100) |
| Outras | 5 (31) | | |
| Total | 16 (100) | | |

A amostra foi composta por 16 mulheres que tinham entre 19 e 37 anos de idade, todas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde inseridas no território adstrito. Em relação à escolaridade, 5 mulheres tinham o Ensino Fundamental Incompleto e 5 haviam concluído o Ensino Médio. Referente à cobertura da ESF no município estudado, é observado que as unidades estão instaladas em áreas centrais e periféricas da cidade, o que leva ao cadastramento de famílias de vários estratos sociais e diferentes níveis de escolaridade, isso pode interferir na compreensão da Escala de Edimburgo.

No grupo entrevistado, 11 mulheres eram donas de casa e as demais estudantes ou exerciam ocupações remuneradas. Com relação à renda familiar, identificou-se que apenas 3 relataram ter renda superior a 2 salários mínimos. De acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), as participantes da amostra se enquadram na classe social E. Neste contexto, Beck (2002) aponta que a baixa condição socioeconômica é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da DPP.

Das mulheres entrevistadas 11 eram casadas ou apresentavam união consensual. Entre as participantes, 13 referiram receber apoio do pai da criança, representando um número significativo. A qualidade do relacionamento com o companheiro, assim como a ausência de suporte emocional por parte dele têm se mostrado uma forte associação em casos de depressão materna (SILVA; PICCININI, 2009).

Entretanto, no estudo realizado com mulheres diagnosticadas com DPP, foi verificado que a maioria das participantes relatou que o marido foi visto como uma pessoa incapaz de ajudá-las diante da situação desta enfermidade (SANTOS JUNIOR, 2013).

Tabela 2: Caracterização clínico-obstétricas

| Variáveis | n (%) | Variáveis | n (%) |
|---------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| Nº de Gestações | | Planejamento da Gestação | |
| 1 | 8 (50) | Planejada | 6 (37,5) |
| 2 | 3 (19) | Não Planejada | 10 (62,5) |
| 3 ou mais | 5 (31) | Total | 16 (100) |
| Total | 16 (100) | | |
| Nº de Partos | | | |
| 1 | 9 (56) | | |
| 2 | 4 (25) | | |
| 3 ou mais | 3 (19) | | |
| Total | 16 (100) | | |
| História de Aborto | | | |
| Sim | 4 (25) | | |
| Não | 12 (75) | | |
| Total | 16 (100) | | |

Fonte: Dados da Pesquisa. 2011-2012.

Das entrevistadas, 9 eram primíparas e 10 relataram o não planejamento da gestação. Das participantes do estudo, 12 não apresentavam história de aborto. Esse mesmo número não apresentou intercorrências durante a gestação. Nesse sentido, estudos demonstram (MORAES et al., 2006; IBIAPINA et al., 2010) que mulheres com histórico de doença psiquiátrica, abortamento e que apresentam uma gravidez não planejada apresentam condições de risco para a DPP.

4.3 A aplicação da escala é momento de encontro: “*Pode acontecer dela tá se sentindo mal e não ter ninguém pra desabafar e acontecer coisas piores*”.

A análise dos resultados permitiu identificar que durante o contato entre o profissional de saúde e a mulher, no período do pós-parto, a aplicação da EPDS atuou como um instrumento norteador, enfocando a situação emocional vivenciada pela mulher e proporcionando-lhe um momento de reflexão e encontro consigo mesma:

“Eu acho que posso pensar um pouco mais, refletir um pouco mais sobre essas questões, até porque nunca parei pra pensar nisso [nas questões]” (M15).

“Foi interessante... porque realmente no dia-a-dia que a gente passa acontece cada coisa, que a gente passa e esquece” (M1).

Isso foi possível, devido ao contato das participantes com questões que não são, de maneira geral, abordadas nas consultas e contatos com os profissionais dos serviços de saúde. Percebeu-se, assim, que a leitura e respostas à escala propiciaram uma reflexão sobre como elas se localizam emocionalmente naquele momento.

Dentre os resultados obtidos, foi observado que algumas mulheres compartilhavam a existência de um possível sentimento de não aceitação da gestação. Tal fato pode ser demonstrado pela utilização de um terceiro personagem em seus discursos para se referirem à situação:

“Tem mulher que geralmente não quer ter filho, tem porque é obrigada, aí fica sofrendo depois” (M6).

“Principalmente essas mulher que não quer ter o filho, eu acho que seria mais importante, pra ter a consciência ou não” (M10).

Nosso estudo apontou que 10 mulheres relataram o não planejamento da gestação atual. Isso pode refletir nos seus discursos que expressaram sentimentos negativos em relação à maternidade ou ao filho. Como se pode evidenciar pelos depoimentos a seguir:

“Porque a maioria das vezes quando a pessoa tá grávida pensa em matar o menino, tirar, tenta às vezes se matar mesmo” (M4).

“Porque tem várias mães que não sabem lidar com a situação. Quando descobrem, quando não querem a gravidez” (M12).

Em estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, com 410 puérperas, constatou-se uma forte relação entre o desejo de não ter o filho e o aumento da ocorrência de depressão pós-parto (MORAES et. al., 2006).

Portanto, observa-se por meio das falas que para algumas mulheres a gestação representa um grande impacto negativo em suas vidas, pois não conseguem lidar com as mudanças e adaptações nessa nova fase.

As pesquisadas relataram a exacerbação do fator emocional no período gestacional e no pós-parto, entretanto, sem estabelecer uma relação com as alterações fisiológicas próprias da gestação e do pós-parto, as quais podem levar a mudanças emocionais esperadas nesse período:

“Porque na gravidez você se sente mais... como é que se diz... mais sensível” (M16).

“É interessante. Porque a grávida fica mais sensível” (M11).

Outros estudos confirmam tais resultados. Em uma pesquisa realizada no CAPS de Quixadá-CE, de abordagem qualitativa, Silva et. al.(2010) encontraram como principais mudanças emocionais no puerpério, o nervosismo, a tristeza e o choro fácil.

Ainda segundo esse estudo, a maternidade, para algumas mulheres, pode trazer algumas perdas, como a da liberdade, da realização dos seus sonhos, ou ainda a falta de tempo para cuidar de si mesma.

“Se sente muito triste, ficam mal, às vezes deixa o filho de lado pra poder tentar viver a vida que tinha antes, tem essa questão” (M12).

Com a maternidade, a mulher passa a assumir mais um papel em seu cotidiano, e que somado às demais responsabilidades que já possuía, na ausência de um suporte por parte do parceiro, familiares e amigos, pode levá-la a uma condição de sobrecarga de atividades. Os discursos abaixo ratificam essa situação:

“Pela sobrecarga do dia a dia, as atividades domésticas, o cuidado dele, atenção com o marido, tem que ser mãe, mulher, amiga e esposa. É uma sobrecarga muito grande, às vezes o marido não entende, os familiares não entende (M5).

“A gente se sente muito sobrecarregada. É... aumenta muito, assim, as tarefas, o cansaço” (M11).

Estes depoimentos reforçam que o fenômeno da maternidade proporciona à mulher uma nova organização de sua vida; concomitantemente, há uma desorganização interna que pode ser justificada pelo fato da dinâmica do seu papel materno, de esposa, administradora do lar e em seu ambiente de trabalho (MORAES et. al., 2006).

4.4 A escala proporciona a sinalização de sintomas, diagnóstico precoce e norteia a demanda de condutas do profissional: *“Tem como diagnosticar e tratar, encaminhar para algum profissional”.*

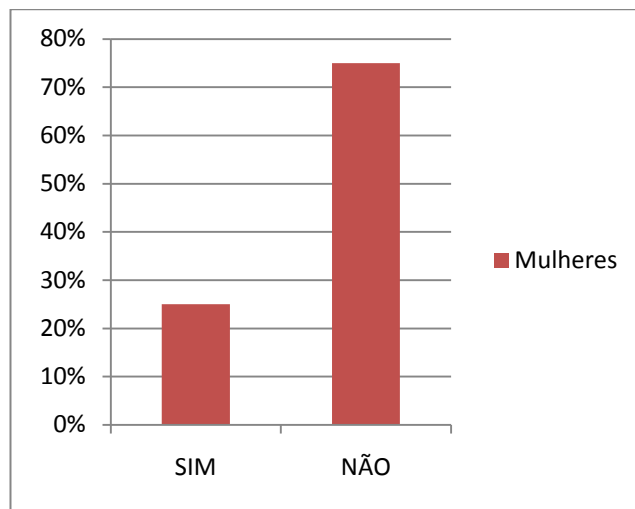
A consulta de pré-natal consiste em momento oportuno para o enfermeiro ou o médico avaliar a autoestima e suporte social das mulheres. Assim como promover a compreensão das mudanças físicas e emocionais esperados no processo de gestação.

Esse é um momento de grande relevância na assistência à gestante, o profissional de saúde deve garantir uma assistência integral à mulher. Portanto, a Escala de Edimburgo consiste em um instrumento importante no rastreamento da depressão, o que pode subsidiar tratamento e cuidados.

O grande desafio é observado com relação aos programas, principalmente com relação à mulher grávida na saúde mental, pois estes não ocupam lugar nos sistemas de informações. Há uma assistência inadequada na sua promoção e prevenção, sem mecanismos para detecção precoce através das escalas de rastreio (LUZ, 2012).

As participantes foram indagadas sobre a assistência recebida durante as consultas de pré-natal e, ainda, se houve alguma abordagem no âmbito emocional. Os resultados obtidos estão expostos no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Abordagem da Situação Emocional da Gestante nas Consultas de Pré-natal na Atenção Básica



Observa-se no gráfico que 75% das entrevistadas relataram que nunca houve um enfoque voltado para o seu aspecto emocional durante as consultas de pré-natal. Alguns profissionais apontam falha no acolhimento à gestante, pois referem possuir pouco tempo para as consultas devido a uma grande demanda de usuárias (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Assim, as consultas de pré-natal não envolvem o aspecto emocional das mulheres e geralmente são direcionadas somente para as condições clínicas:

“Não teve um pré-natal bem feito (a mulher), não tem experiência quando a criança nasce” (M8).

“Eu acho tudo importante essas perguntas, que era pra ter perguntado” (M13).

Para êxito do rastreamento da DPP através da EPDS, é necessário que os profissionais de saúde tenham um conhecimento sobre depressão gestacional e no pós-parto, além de saber manusear o instrumento proposto.

Na percepção das entrevistadas, a escala pode identificar fatores de riscos emocionais, que, quando não observados pelos profissionais durante a consulta, podem ser questionados e esclarecidos a partir das questões norteadoras do instrumento. Tais percepções são exemplificadas nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que é importante para diagnosticar algum problema que a gestante esteja passando” (M7).

“Porque assim ele fica sabendo um pouco se a pessoa tá com alguma coisa, sentindo algo” (M14).

Nosso estudo apresenta resultados convergentes com a literatura, que referem a viabilidade da EPDS na rede pública de saúde, devido às diversas vantagens na sua aplicabilidade, como a facilidade de compreensão, rapidez e baixo custo. O uso desse instrumento na rotina da assistência à mulher pode favorecer um maior número de diagnósticos e consequente antecipação no tratamento da depressão, reduzindo, assim, as possíveis complicações na saúde materna e do filho (FIGUEIRA et. al., 2009).

Os resultados demonstram que mesmo sendo aplicada por profissionais que desconheciam a escala, foi possível utilizá-la, o tempo dispendido é curto e as mulheres se dispuseram a responder, demonstrando interesse e participação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao fato da maternidade ser encarado socialmente e culturalmente um momento "sublime" para a mulher, muitas vezes, suas emoções e alterações de comportamento tornam-se invisíveis diante de seus familiares, que dispensam atenção total ao bebê. Nesse contexto, o profissional de saúde deve atuar na identificação precoce da DPP, encaminhamento e acompanhamento adequados. Além disso, deve ser dispensada à mulher um suporte emocional, mostrando os desafios da maternidade e proporcionando uma escuta qualificada. Além disso, os familiares devem ser orientados quanto às dificuldades emocionais que podem ser vivenciadas no período pós-parto.

O presente estudo demonstrou que a aplicação de um instrumento como a EPDS proporcionou às participantes uma reflexão sobre os acontecimentos emocionais do seu cotidiano, que muitas vezes, não são abordadas pelo profissional de saúde durante a assistência. A escala atua como um instrumento válido e confiável para mensurar os sintomas de uma Depressão Pós-Parto, podendo ser implantada na rede de saúde pública, pois sua aplicação é rápida, além de ter um baixo custo.

Durante a aplicação da EPDS, foi observado na investigação que há diversas lacunas na assistência à Saúde Mental da Mulher na Atenção Básica, principalmente durante a gestação e o puerpério. É necessário que os profissionais deste nível de atenção garantam a assistência da saúde da mulher não somente no âmbito clínico, mas que possam ser capazes de detectar precocemente possíveis alterações emocionais desde as consultas de pré-natal, e dando continuidade no período de pós-parto. Dessa forma, podem ser evitadas diversas complicações provenientes desse transtorno psíquico: dificuldade de vínculo entre mãe e filho além do risco à integridade física de ambos.

ANEXOS E APÊNDICES

3 APÊNDICES

Apêndice A - Perfil da Mulher

Nome:

Idade:

Raça:

Ocupação:

Renda mensal familiar:

Escolaridade:

Estado Civil:

Nº de gestação:

Nº de parto:

Nº de aborto:

Gestação foi planejada:

Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da pesquisa: Saúde mental da mulher: *a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado*

Pesquisadoras: Raísa Barbosa de Andrade, Yris Luana Rodrigues da Silva e Priscila Lopes Araújo (Alunas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba)

Orientadores: *Dra. Maria de Fátima A. Silveira* (Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba) e *Dr^{do} Hudson Pires O. Santos Júnior* (Doutorando na Universidade de São Paulo).

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender a experiência da mulher ao responder a esta escala de depressão pós-parto de Edimburgo. As informações serão coletadas por meio de entrevista que pode ser realizada em local de sua escolha. A entrevista será gravada por aparelho mp3. Sempre que eu for gravar, vou lhe pedir antes e só gravarei se você deixar. Você só responde às perguntas se quiser e pode parar a qualquer hora;

Você terá liberdade para falar o que desejar, pois só irei utilizar nessa pesquisa o que você permitir, o restante será descartado. Os dados desta pesquisa serão divulgados apenas em meios científicos. Nessas divulgações nunca irá aparecer seu nome, pois utilizaremos um nome fictício;

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, sua contribuição pode trazer informações importantes a respeito da assistência à saúde da mulher;

Você terá liberdade de se recusar a participar e ainda desistir em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato poderá ser feito através dos e-mails dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB e pelos telefones (83)33153312 - 33153316.

Após estes esclarecimentos, solicitamos a sua participação nesta pesquisa. Caso concorde, solicitamos que preencha o espaço a seguir:

Tendo sido explicado os itens acima descritos, Eu, _____, declaro, que aceito participar da pesquisa Saúde mental da mulher: *a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado*

Assinatura do pesquisador



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

Assinatura do Participante

Contatos dos Pesquisadores:

Raísa Barbosa de Andrade: e-mail: raisabarbosa1@hotmail.com

Priscila Lopes Araújo: e-mail – priscila_lopes30@hotmail.com

Yris Luana Rodrigues da Silva: e-mail – yrisluana@hotmail.com

Dra. Maria de Fátima: fatimasilveir@uol.com.br

Dr.^{do} Hudson Pires O. Santos Junior. E-mail: HUDSONJR@USP.BR

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa

cep@uepb.edu.br

Apêndice C - Roteiro de Entrevista

1. Você realizou o pré-natal? (questionar: nessa gravidez? em outras? Quantas? aqui nessa UBSF ou em outras...)
2. Em algum momento das consultas de pré-natal o enfermeiro e/ou o médico perguntou sobre a sua situação emocional (ou sobre seus sentimentos durante a gravidez....)
3. Nessa consulta de agora (puericultura), você respondeu a várias perguntas numa escala, não foi? O que você acha de se perguntar sobre esses assuntos no pré-natal ? E nas primeiras consultas do seu filho?
4. Para você, qual foi a pergunta mais difícil de responder?
5. Na sua opinião, qual é a pergunta da escala que você considerou mais importante?
6. No que você acha que responder a essas questões podem lhe ajudar?

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido 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 tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

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

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada 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 eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

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

¹Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., et. al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cad Saude Publica, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.

Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

Sim, a maior parte do tempo

Sim, muitas vezes

Só de vez em quando

Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

Sim, muitas vezes

Às vezes

Raramente

Nunca

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE: 0532.0.133.000-11

PARECER

- APROVADO
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO: Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado

PESQUISADOR: Maria de Fátima de Araújo Silveira

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Encontra-se em sua segunda apreciação ética tendo atendido as solicitações anteriores. Diante do exposto, o parecer é projeto APROVADO, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 31/10/ 2011



Relator: 15

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof.ª Dra. Doralice Pedross de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo C – Comprovante SISNEP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP**

 **Andamento do projeto - CAAE - 0532.0.133.000-11** 

Título do Projeto de Pesquisa

Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado

| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
|-----------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Aprovado no CEP | 16/09/2011 10:18:26 | 31/10/2011 13:58:33 | | |

| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
|--|------------------------|----------------|-------------------|-------------|
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 29/08/2011 15:54:42 | Folha de Rosto | FR458410 | Pesquisador |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 16/09/2011 10:18:26 | Folha de Rosto | 0532.0.133.000-11 | CEP |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 31/10/2011 13:58:33 | Folha de Rosto | 0532.0.133.000-11 | CEP |

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo D – Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 09 de setembro de 2011

Estamos autorizando as alunas: Raisa Barbosa de Andrade, Yris Luana Rodrigues da Silva e Priscila Lopes Araújo do Curso de Enfermagem da UEPB, para realizar pesquisa sobre o título: Saúde Mental da Mulher: a Depressão pós-parto e os Dispositivos de Cuidado sob a orientação da pesquisadora Maria de Fátima de Araújo Silveira. A pesquisa será realizada nas UBSFs desta cidade e só poderá ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética. Certo da importância da parceria ensino-serviço, solicitamos e agradecemos o acolhimento.

OBS: Ficarão as alunas e a pesquisadora responsáveis pra enviar cópia do produto da pesquisa.

Atenciosamente,

Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na Saúde
Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na saúde

REFERÊNCIAS

- ALVES, E.P et al., *Conhecimento dos enfermeiros da Saúde da Família sobre os Transtornos Psíquicos no Período Puerperal*. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**., v.13, n.3, p.529-36, 2011.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. *O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto*. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n.2, p.269-276, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução L. de A. Rego & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BECK, C. T. *Revision of the post partum depression predictors inventory*. **Journal Obstetric Gynecology Neonatal**, v. 31, n. 4, p. 394-402, 2002.
- CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de. **A Invisibilidade da Depressão Pós-Parto no Contexto de Equipes de Saúde da Família**. In: SIMPÓSIO FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8, 2008, Santa Catarina-SC. Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/st58.html>>. Acesso em: 01 jun. 2013.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 37, n.6, p. 288-294, 2010.
- CRUZ, E. B. da Silva et al. *Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família*. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 27, n.4. p. 181-188, 2005.
- FIGUEIRA, P. et al. *Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh para triagem no sistema público de saúde*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 43, n. 1, p. 79-84, 2009.
- FONSECA, V. R. J. R. M; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 4, p. 738-746, 2010.
- GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. *(DES) motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru*. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 28, n.1, p. 11-20, 2007.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 28 de jun 2012.
- IBIAPINA, F. L. P. et al. *Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências*. **FEMIN.**, v. 38, n. 3, 2010.
- MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M.. *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2003.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORAES, I. G. S. et al. *Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados*. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1. p. 65-70, 2006.

MORSE, J. M. The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, v. 5, n. 2, p. 147-149, 1995.

OLIVEIRA, G. O. A. L. *Prevalência da sintomatologia depressiva no período gestacional: comparação entre um grupo de mulheres grávidas portadoras de diabetes e outro de mulheres grávidas sem diabetes*. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco / Universidade Estadual da Paraíba, Recife, 2013.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M.. *Prevalência da depressão gestacional e fatores associados*. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 4, p. 53-144, 2008.

RUSCHI, G. E. C. et al. *Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira*. **Rev. Psiquiatria**, Rio Grande do Sul. v.29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R.; SILVEIRA, M. F. A. *Depressão pós-parto: um problema latente*. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 516-524, 2009.

SANTOS JÚNIOR, H.P.O. A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto: o desafio de (re) montar o quebra-cabeça. 2013. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, I. S et al. *Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004. Pelotas Birth Cohort Study*. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2577-2588, 2007.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. *Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática*. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.1, p. 159-166, 2011.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. *O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê*. **Estud. Psicol.**, v.8, n.3. p. 403-411, 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. *Depressão puerperal - uma revisão de literatura*. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 02, p. 231- 238, ago., 2005.

SILVA, F. C. S. et al. *Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família*. **Acta. Paul. Enferm.**, v.23, n. 3, 2010.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. *Paternalidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura*. **Estud. Psicol.** (Natal) [online]. 2009, v.14, n.1. p. 5-12.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. *Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal*. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 129-139, 2010.