

DEPRESSÃO PÓS-PARTO, CAUSAS, SINTOMATOLOGIA E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NESSE CONTEXTO, ANALISADOS EM REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NO PERÍODO DE 2002 A 2012.

Ana Paula Rodrigues de Carvalho¹
Liliana da Silva Guerra¹
Edna Aparecida Moraes da Silva²

RESUMO

Introdução: Depressão é um dos transtornos mentais mais comuns após o parto (puerpério), por se tratar de um período que ocorre varias mudanças na vida da mulher. O objetivo deste trabalho foi explicitar através de revisões bibliográficas, causas, sintomas e atuação da enfermagem nos casos de depressão pós-parto uns dos transtornos do humor.

Metodologia: Estudo realizado por meio de revisão bibliográfica sistematizada de obras (artigos científicos), as pesquisas foram realizadas nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico no idioma português.**Resultados e discussão:** As estimativas sobre a prevalência da Depressão pós-natal variaram entre 12,4% (COSTA; PACHECO; FIGUEREDO, 2007) e 49,2% (BAPTISTA 2004). Aspectos relativos às amostras, como os dados socioeconômicos e obstétricos (idade, paridade, tipo de parto, estado civil, escolaridade, gravidez planejada ou não, intercorrências que podem acontecer durante a gravidez, violência domestica, entre outros). Tais fatores são mostrados como fatores de risco para progressão da doença.**Conclusão:** A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo dos profissionais da saúde em especial da enfermagem estratégias de prevenção e tratamento mais eficaz.

Palavra – Chave: gestação, fecundação, puérperio, depressão pós-parto e cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most common mental disorders after childbirth (postpartum), because it is a period that occurs several changes in women's lives. The aim of this study was to clarify through literature reviews, causes, symptoms and nursing performance in cases of postpartum depression each mood disorders.**Methodology:** A study by means of systematic review of works (papers); surveys were conducted in SciELO databases and Google Scholar in Portuguese.**Results and discussion:** Estimates of the prevalence of postnatal depression ranged from 12.4% (COSTA; PACHECO; FIGUEREDO, 2007) and 49.2% (BAPTIST 2004). Aspects ace samples, such as socioeconomic data and obstetric (age, parity, type of birth, marital status, education, pregnancy planned or unplanned events that can happen during pregnancy, domestic violence, among others). These factors are shown as risk factors for disease progression.**Conclusion:** The high prevalence of postpartum depression found reinforces its significance as a public health problem, requiring health professionals' especially nursing strategies for prevention and more effective treatment.

Key - Word: pregnancy, conception, postpartum, postpartum depression and nursing care.

¹ Acadêmicas do curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes. E-mail:WWW.fug.edu.br

² Orientadora: Professora Esp. da Faculdade União de Goyazes

INTRODUÇÃO

Compreende-se por gestação o desenvolvimento fetal desde a fecundação até o nascimento. A fecundação é a junção de um espermatozóide com um ovulo, formando assim um ovo, que se multiplica gradativamente em várias células. O ovo encaminha-se a procura de um local para fixação com vascularização suficiente para oferecer oxigenação e alimentação, formando assim um novo tecido, a placenta, que é responsável pela fixação do ovo a parede do útero. No período da gravidez, o organismo das mulheres passa por profundas transformações, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não harmoniosas com comportamentos habituais (FERREIRA, 2011)

Muitas vezes, a gestante poderá passar por mudanças físicas como também psicológicas, verificando-se sintomas comuns no primeiro trimestre, que são o aumento de cansaço, irritabilidade, mudanças de apetite, prazer diminuído e distúrbios do sono (FERREIRA, 2011) Outras características comuns são: sintomas de mal estar, vômitos e náuseas, podendo haver um aumento de varizes devido ao volume da circulação sanguínea, o aparecimento da linha escura no ventre, aumento de apetite, micção mais frequente, sentimento de ciúmes e medo de ser traída por se sentir feia, dentre outras. (BAPTISTA; FURQUIM, 2003)

Durante a gestação ocorrem mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, sendo assim observa-se nesse período, aumento de sintomatologia e até mesmo desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Um dos transtornos que podem ocorrer é a depressão, algo que influencia de maneira negativa na gestação já que os sintomas interferem na atuação das gestantes quanto aos autocuidados e adesão ao tratamento. Percebe-se que constantemente são exigidos das gestantes, comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com a gestação, é nesse momento que as mulheres podem apresentar sintomas depressivos, pois sentem-se culpadas por não corresponderem a todas essas expectativas. O importante nesse momento é avaliar de forma adequada para distinguir sintomas e sentimentos conflituosos presentes durante o período gestacional (BAPTISTA; FURQUIM, 2003)

Às vezes esses sintomas depressivos podem surgir no puerpério (pós-parto), que é uma fase peculiar na vida da mulher, pois durante este período as atenções estão focadas no recém-nascido (RN) e existem, por parte dos familiares, também expectativas de mudanças e alegrias. É importante destacar que, para a mãe, os cuidados e as necessidades da criança requerem tempo e trabalho, acompanhados, na maioria das vezes, de distúrbios do sono cansaço e agitação. Essa sobrecarga física e as responsabilidades dos cuidados com o RN podem causar angústias estresse, ansiedade surgindo assim o quadro depressivo. (MATTAR et al., 2007)

A depressão é um transtorno psiquiátrico que apresenta uma prevalência em torno de 5% da população geral. Por ser um transtorno multifatorial observa-se que as diversas são as variáveis que podem desencadear ou manter a sintomatologia depressiva, bem como diversos fatores de risco estão implicados neste transtorno, tais como gênero, aspecto neuroendocrinológico, indicadores familiares e sociais, estratégias de enfrentamento, dentre outros (BAPTISTA, 2004)

Depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes após parto (puerpério), é considerado um atual problema de saúde pública pela sua alta prevalência e pelo impacto negativo que exerce na estrutura dinâmica e familiar. Somente em 1994 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconheceu a depressão pós-parto como um grupo específico de transtorno do humor, incluindo – a no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)” e definindo-a como a depressão que tem início nas quatro primeiras semanas após o término da gestação, com duração de pelo menos duas semanas e que apresenta no mínimo cinco seguintes sintomas: humor deprimido, anedonia, mudanças do apetite e do peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, capacidade diminuída de concentração, raciocínio ou decisão, e pensamentos recorrentes de morte (RUSCHI et al., 2009)

A depressão pós-parto pode ainda levar a pensamentos obsessivos, desenvolvendo violência contra a criança, fazendo com que a mãe falte com suas responsabilidades no cuidado infantil, inclusive diminuição do período da amamentação, provoca sentimentos negativos, culpa e desinteresse pela criança obtendo-se resultados decepcionantes na interação mãe-filho, podendo acarretar impacto negativo no desenvolvimento do RN, tanto imediato como em longo prazo. (MATTAR, et al., 2007)

Segundo Saraiva e Coutinho, 2007 depressão pós-parto consiste em padecer, expressar a dor humana e, de acordo com dados epidemiológicos, apesar de, a gestação ser tipicamente considerada um período de bem estar emocional e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento de felicidade na vida da mulher, esta doença acomete um número expressivo de mulheres em todo mundo. Sendo associadas à ocorrência de eventos estressantes acompanhadas de sintomas biopsicossociais. Também conhecida como depressão puerperal, maternal ou pós-natal esse transtorno depressivo pode apresentar uma grande série de sintomas que podem variar na medida da sua gravidade e é investigado como um tipo de depressão reativa. Já que se trata de uma reação a estímulos externos ao indivíduo.

Por isso, é fundamental que os enfermeiros assimilem as características do estresse e os fatores culturais que interferem no bem estar emocional das mães após o parto. Esse conhecimento não só qualifica o cuidado de enfermagem dedicado, como também pode auxiliar na intervenção de situações culturais próprias do pós-parto de primíparas e multíparas. O enfermeiro deve adquirir conhecimento sobre Depressão pós-parto, em especial, por fazer parte do serviço da estratégia da saúde da família (ESF) onde é considerada porta de acolhimento e direcionamento adequado das gestantes e puérperas no que diz respeito à prevenção e a terapêutica deste transtorno mental. O importante é que o cuidado de enfermagem integral comece no pré-natal com avaliação do estado emocional, da satisfação da gravidez, de situações socioeconômicas e culturais. Além disso, a enfermagem deve possuir habilidades como visão aguda, percepção e empatia ao direcionar seu cuidado, vencendo as barreiras relacionadas à depressão pós-parto. (SILVA et al, 2010)

O presente trabalho teve como objetivo explicitar, através de revisão bibliográfica, quais são as causas, fatores determinantes mais comuns e sintomas que a puérperas possa manifestar. Essa pesquisa então ofereceu melhor compreensão da assistência de enfermagem frente à parturiente com depressão pós-parto, contribuindo para a identificação da trajetória do seu desenvolvimento profissional e a maneira como age prestando, desse modo, uma assistência eficaz de enfermagem, suavizando o sofrimento interior vivenciado por estas mulheres.

METODOLOGIAS

Este estudo foi realizado por meio de revisão bibliográfica sistematizada de obras (artigos científicos), com a proposta de identificar e discutir a respeito da depressão pós-parto, no que diz respeito às causas, sintomatologia e atuação de enfermagem nesse contexto. As pesquisas de artigos científicos foram realizadas nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico no idioma português, utilizando os descritores gestação, fecundação, puerpério, depressão pós-parto e cuidados de enfermagem. A busca eletrônica inicial identificou 34 estudos nas bases Scielo e Google acadêmico. Porém, apenas 22 artigos originais apresentavam títulos ou resumos que sugerissem a presença, no texto completo, de dados sobre as causas, sintomatologias, frequência da Depressão pós-parto, e atuação da enfermagem. Foram incluídos na busca artigos com delineamento de casos clínicos, estudos de revisão bibliográfica, estudo de coorte, estudo observacionais transversais, descritivos, longitudinais e qualitativos de caráter exploratório no idioma português. Os estudos incluídos foram realizados entre 2002 e 2012, sendo realizado no Brasil, porém com uma predominância na região Nordeste.

RESULTADOS E DISCURSÃO

A tabela 1 irá sintetizar os principais achados referentes aos estudos selecionados. As estimativas sobre a prevalência da Depressão pos-natal variaram entre 12,4% (COSTA; PACHECO; FIGUEREDO, 2007) e 49,2% (BAPTISTA, 2004) No que diz respeito ao período de publicação, houve um predomínio de estudos publicados nos últimos cinco anos 82%, e apenas quatro 18% são referentes a 2003 e 2004. O período pós-natal em que os sintomas depressivos maternos foram avaliados variam entre os artigos selecionados. Embora os estudos tenham se restringido aos seis primeiros meses após o parto, a maior parte enfocou algum período compreendido entre 6 e 14 semanas puerperais. Uma pequena parte das

publicações incluiu a avaliação da saúde mental ainda no segundo trimestre de gestação 28%, a maioria focalizou as avaliações da saúde mental após o quarto mês pós-natal 63,6%, e o restante dos estudos 8,4% avaliaram logo no primeiro mês pós-parto.

As escalas de rastreamento utilizadas nos estudos foram aplicadas por profissionais da área da saúde (médicos obstetras e psiquiatras, enfermeiros e psicólogos). O contato profissional com o paciente variou entre os estudos, todavia a maioria realizou entrevista pessoalmente durante a internação obstétrica, consultas puerperais ou dos bebês ou em visitas domiciliares. (SCHARDOSIM; HELDT, 2011)

Por meio da leitura desses artigos na íntegra, foi possível observar outros aspectos relativos às amostras, como os dados socioeconômicos e obstétricos (idade, paridade, tipo de parto, estado civil, escolaridade, gravidez planejada ou não, intercorrências que podem acontecer durante a gravidez, entre outros). Tais fatores são mostrados como fatores de risco para progressão da Depressão pós-parto embora os estudos tenham sido diversificados. Quanto às características sociodemográficas dos estudos, a média de idade dos pacientes variou de 14 a 40 anos, com prevalência de puérperas casadas (união estável com parceiro), variando de 50 a 85%. O grau de escolaridade predominante foi secundária variando de 35% a 48%. O restante das amostras incluía analfabetos funcionais, educação fundamental superior, sendo que as de nível superior era uma minoria, variando de 8% a 21%. A ocupação mais comum foi atividade do lar e a renda familiar prevalente, quando apresentado nos estudos foi de baixa renda. O tipo de parto mais frequente foi parto vaginal, variando de 55 a 80% enquanto que os demais partos foram cesáreos. Avaliou-se também em uma pequena parcela dos estudos a violência doméstica, vivenciada por algumas mulheres. Entre as mulheres que tinham companheiros apenas a má qualidade da relação conjugal e as de baixa renda mostrou-se associada à presença de transtornos psiquiátricos com índice de 34,4% pelos critérios do SRQ (questionário auto-respondido) (KERBER, FALCETO, FERNANDES, 2011) Esses dados de prevalência são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Coutinho, Baptista e Morais, 2002, na cidade de São Paulo com mulheres de baixa renda encontraram uma proporção de 32,9% das mulheres com depressão. (SCHARDOSIM; HELDT, 2011)

Observamos também que na maior parcela dos estudos revisados os hábitos materno antes ou durante a gestação (alcoolismo, tabagismo), aumento do peso, idade, cor/etnia, escolaridade, intercorrência na gestação como: trabalho de parto prematuro, descolamento de placenta, infecção do trato urinário, não constataram associações significantes as causas de depressão pós-parto. Destacamos a ligação de histórias de violência doméstica na vida da mulher e o risco de depressão, percebemos que a agressão pode aflorar na mulher sentimentos como vergonha, medo, culpa, baixa autoestima e por consequência o isolamento social, ansiedade e depressão. Normalmente as vítimas de violência doméstica se isolam e não recebe suporte familiar, fator considerado de proteção contra os quadros depressivos, foi possível avaliar também que as precárias condições socioeconômicas das puérperas e a não aceitação da gravidez por parte da gestante ou por familiares, são fatores que desencadeiam a depressão pós-parto.

O elevado índice de depressão pós-parto encontrado intensifica seu significado como problema de saúde pública, exigindo mais atitudes com relação à prevenção e tratamento, pois sabe-se que quanto maior for o atraso para diagnosticar e iniciar a intervenção seja ela farmacológica ou psicológica maior será seu período de transtorno do humor. (MORAIS et al; 2006) Dos métodos de rastreamento utilizados, percebemos numa totalidade de 63,7% dos estudos o uso da EPDS (Escala de Edinburgh Postpartum Depression Scale), essa escala é um instrumento de autoregistro, validado no Brasil para rastreamento da depressão, é formada por dez enunciados, referindo-se a sintomas de humor deprimido, distúrbio do sono, perda de prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. (SARAIVA; COUTINHO; 2007)

À análise dos estudos prova que as escalas de rastreamento são úteis na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolver a depressão, porém não se observa a utilização desse recurso nas rotinas assistenciais, o que possibilitaria diagnóstico e tratamento precoce. Existem escalas de rastreamento de diversas dimensões e questões relacionadas, possibilitando aos serviços de saúde escolher entre as opções a que melhor se adapte a assistência prestada. (SCHARDOSIM; HELDT, 2011)

AUTORES ANO	TIPO DE ESTUDO	PERÍODO PÓS-PARTO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	INSTRUMENTO	PREVA LÊNCIA
BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004	Estudo observacional descrito	----- ----	Adolescentes, estudantes do ensino médio de uma escola estadual da cidade de Mogi Guaçu interior de São Paulo, com idade entre 14 e 17 anos.	Questionário de caracterização Parental Bonding Instrumental (PBI), Investigação de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory - CDI).	----- -----
COSTA; PACHECO; FIGUERED O, 2007	Estudo observacional transversal	Segundo trimestre de gestação e três meses após parto	É constituída por grávidas primíparas com idade entre 15 e 39 anos, a maioria é de etnia caucasiana, naturalidade portuguesa e religião católica.	Questionário sociodemográfico, Questionário de antecipação do parto (QAP), Questionário de experiência e satisfação com parto (QESP). Edinburg Postnatal depression Scale (EPDS), ponto de corte ≥ 13 .	Variou entre 12,4% e 13,7%
COUINH O; SARAIVA, 2008	Estudo descrito	Entre 15 e 90 dias após o parto	Mulheres usuárias do serviço público de saúde em João Pessoa Paraíba, mas que estavam ali por consultas e vacinas dos seus bebês.	Técnica de Associação livre de palavra (TALP), questionário biodemográfico e a Escala de Edinburg Ponto de corte ≥ 11 .	33%
MATTAR et al., 2007	Estudo descrito, tipo corte transversal.	----- ----	Mulheres internadas no período de Agosto a Setembro de 2005, o que correspondeu a 81% dos partos nesse período, no Setor de Puerpério da Enfermaria de Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estaduais Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO) no estado de São Paulo.	EPDS, ponto de corte ≥ 10 Avaliou se a Violência Doméstica pelo instrumento Abuse Assessment Screen que foi elaborado nos Estados Unidos em 1989 para rastrear situações de violência sofrida pela mulher grávida.	18%
MORAES et al., 2006	Estudo de coorte	30 a 45 dias após o parto.	Mulheres que moravam na zona urbana e serem capaz de compreender e consentir sua participação, foi realizado no município de Pelotas no Estado do Rio grande do Sul.	Questionário socioeconômico, demográfico, obstétrico psicossociais Escala de Hamilton (HAMD)	19,1%
RODRIGU ES; SCHIAVO, 2011	Pesquisa longitudinal dividido em duas etapas.	1ª etapa terceiro trimestre de gestação. 2ª etapa 45 dias pós-natal.	Primigestas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a idade dos participantes variou de 15 a 39 anos os dados da 1ª etapa foram coletados no núcleo de Saúde Central de uma cidade interior Paulista e da 2ª etapa na residência dos participantes.	1ª etapa aplicou se o Inventário de Sintomas de Estress de Lipp (ISSL) e uma entrevista. 2ª etapa EPDS (Escala de Edimburgo) ponto de corte ≥ 12 .	32,8%
RUSCHI et al., 2007	Estudo Observacional descritivo transversal	31 e 180 dias pós-natal.	Mulheres em pós-parto atendidas nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia da Unidade de Saúde de Maruipé, Bairro da Vitória - ES, e da Unidade Regional de saúde FeuRosa, no município de Serra metropolitana ES.	Questionário Sociodemográfico e hábitos cotidianos. Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, ponto de corte ≥ 12 .	39,4%
RUSCHI et al., 2009	Estudo observacional transversal.	Entre 31 e 180 dias após o parto.	Mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Unidade básica de Saúde de Maruipé, município de Vitoria - ES.	EPDS, ponto de corte ≥ 12 .	39,4%

BAPTISTA, FURQUIM, 2003	Estudo observacional transversal.	Entre segundo trimestre de gestação e terceiro mês de puerperio	Mulheres na consulta externa da Maternidade Julio Dinis, no Distrito do Porto - Portugal.	Questionário de Antecipação do Porto (QAP), Questionário de Experiência e Satisfação com porto (QESP), EPDS, com ponto de corte ≥ 13 .	25%
BAPTISTA, 2004	Estudo observacional transversal	Entre 15 e 90 dias após o parto.	Mulheres usuárias de serviço público de saúde ambulatorio Materno Infantil João Pessoa Paraíba. Mas tava ali para consultas dos seus bebês.	Técnico de Associação livre de palavra (TALP). Questionário sociodemográfico Escala Edinburgh (EPDS), ≥ 11 .	49,2%
FERREIRA, 2011	Revisão bibliográfica narrativa.	----- -----	Conhecer crenças e práticas relacionadas á gestação, parto, puerpério e identificar as ações em educação em saúde nos PSF.	Pesquisa de artigos científicos realizados nas bases da Scielo e Google Acadêmico.	----- -----
FONSECA; SILVA; OTTA, 2010.	Estudo observacional transversal	Entre último trimestre de gestação até os 36 meses de idade da criança.	Gestante no atendimento pré-natal das Unidades Básica da Saúde da zona Oeste de São Paulo.	EPDS, ponto de corte ≥ 12 Escala de disponibilidade emocional. Escala de apoio Social. Escala de Apego Adulto Revisada de Collins.	28%
FRANCISCO, 2007	Análise de dados e desenvolvimento de modelo teórico.	Quatro meses após o parto.	Mulheres com idade compreendidas entre 20 e os 47 anos e os filhos entre 4 meses e os 8 anos de idade.	Recorreu-se á "Grounded Theory". O método referido implica análise do discurso dos participantes do estudo.	----- -----
KERBER; FALCETO; FERNANDES, 2011.	Estudo de coorte transversal.	Quatro meses após o parto.	Foram incluídas todas as famílias do bairro Vila Jardim-Porto Alegre (RS) que tiveram filhos no período compreendidos entre Novembro de 1998 e Dezembro de 1999.	Questionário autorrespondido (SRQ). Escala de avaliação global do Funcionamento Relacional (GARF). Entrevista clínica utilizando critério DSM- IV.	34,4%
KONRADT et al 2011	Estudo de coorte	Período pré e pós-parto.	Gestantes atendidas no SUS na cidade de Pelotas (RS) foram captadas através de Sistema de Pré-Natal, (SIS PRENATAL).	Edinburgh Postnatal Depression Scala (EPDS) ponto de corte ≥ 13 .	16,5%

LOBATO et al 2011	Revisão bibliográfica.	6 primeiros meses após parto.	Além de dados sobre a magnitude de DPP, foram compiladas informações sobre aspecto metodológico que pudessem ter alguma influência nas estimativas de prevalência (ou incidência) de casos suspeitos ou diagnosticado de DPP.	Pesquisa de publicação nas bases de dados Lilacs e Scielo e Medline.	----- -----
RUSCHI et al., 2009	Estudo observacional transversal.	Entre 31 e 180 dias após o parto.	Mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Unidade básica de Saúde de Maruipé, município de Vitória-ES.	EPDS, ponto de corte ≥ 12	39,4%
SARAIVA; COUTINHO, 2007	----- ----	15 E 90 dias pós-natal	Mulheres com idade que variam entre 18e 38 anos, a pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório Materno Infantil do Instituto Cândida Vargas trata-se de serviço público Municipal de Saúde localizado em João Pessoa, na Paraíba.	Técnica de Associação livre de Palavra (TALP). Questionário Biodemiográfica Escala de Edinburgh, com ponto de corte de 11/1.	33%
SILVA et al 2010	Estudo qualitativo de caráter explorativo	----- ----	Quatro puerperais com depressão pós-parto acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Município de Quixadá-CE e Quatro familiares.	Entrevista e registro de dados sociodemográfico, obstétricos, alterações emocionais maternos na DPP.	----- -----
SOUZA; PRADO; PICCININI, 2011.	Estudo longitudinal	6 a 7 meses pós-natal	Participaram deste estudo duas famílias cujas mães apresentavam indicadores de depressão moderada, com base nos escores do Inventário Beck de depressão e na realização de uma entrevista clínica diagnóstica.	Inventário Beck de Depressão (Beck Steer, 1993) Entrevista clínica diagnóstico Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia e Núcleo de Infância e Família (GIDER e NUDIF, 2003).	----- -----
SCHARDOSI M, 2011	Revisão bibliográfica	----- ----	Revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento para diagnóstico de Depressão pós-parto.	Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Medline Scielo, Lilacs, Pubmed e Adolec.	29,5%
ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEU, 2008.	Relatos de casos clínicos	Entre 10 dias e 4 semanas após o parto	Análise retrospectiva de prontuário de pacientes atendidas de pacientes atendidas no período de Setembro de 2006 a Janeiro de 2008 no Ambulatório de Depressão Pós Parto do Programa de Saúde Mental de Mulher da Universidade Federal de Pernambuco.	Identificados casos com diagnóstico de DPP, feito rotineiramente pela Structured Clinical Interview for DSM –IV Axis I Disorders (SCID-I).	

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, foi possível concluir que a Depressão pós-parto é um problema de saúde pública por ser prevalente e, muitas vezes, não diagnosticada. É presumível que parte dessa situação ocorra devido à falta de conhecimento da sociedade e dos profissionais de saúde quanto ao quadro clínico e fatores associados. Observamos nos estudos revisados que as escalas de rastreamento não são utilizadas na rotina assistencial, todavia são largamente empregadas em pesquisas. O grande número de instrumentos com abordagem no rastreamento de Depressão pós-parto ou risco de desenvolvê-la favorece a sua investigação, sendo apropriadas para os serviços de saúde, nos diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal.

Determinados fatores de riscos descritos na literatura são confirmados nos estudos incluídos neste trabalho, são eles: baixa renda, baixo grau de escolaridade, falta de suporte familiar e social, violência doméstica e gravidez não planejada. Portanto, é indispensável que em puérperas com tais características se realize o rastreamento de Depressão pós-natal. A enfermagem, por realizar atividade assistencial de acompanhamento diário de 24 horas, deve possuir capacidade e qualificação para identificar traços depressivos e utilizar instrumentos de rastreamento no puerpério imediato favorecendo o acompanhamento futuro nas consultas de revisão puerperal.

Seria interessante também que ampliasse o âmbito de ação e rastreamento para os consultórios pediátricos e outros profissionais responsáveis pela assistência materna infantil em nosso meio, incluindo a avaliação de aspectos relacionados ao ambiente familiar em sua integralidade. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família é uma grande alternativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAPTISTA, A.S. & FURQUIM, P.M. Enfermaria de Obstetrícia. Em: Baptista, M.N. & Dias, R.R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. p.11-33, 2003.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., e OLIVEIRA, M. G. **Depressão e Gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens?** Em Baptista, M. N. **Suicídio e Depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. p. 50-61,2004.

BAPTISTA, M. N. & OLIVEIRA, A. A. **Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 14 (3), p.58-67, 2004.

COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra and FIGUEREDO, Bárbara **Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto**. Rev. psiquiatr. clín., 2007, vol.34, n.4, p.157-165. ISSN 0101-6083

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque **As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas**. Psicol. Cienc. Prof., 2008, v. 28, n.2, p. 244 – 259. ISSN 1414-9893

COUTINHO D. S.; BAPTISTA M. N.; MORAIS P. R. **Depressão pós-parto: prevalência e correlação com suporte social**. Infanto Rev. Neuropsiquiatr Infanc Adolex. 2002; 10(2): 63 – 71.

FERREIRA, F.G. **Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: um levantamento bibliográfico**. UFMG- Campos Gerais/ MG, 2011. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br](http://www.scielo.br)

FONSECA, Vera Regina J. R.M., SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma
Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. Cad. Saúde Pública, BIRENE/OPAS/OMS – Biblioteca virtual em saúde. Abr. 2010, v.26, n.4, p. 738 – 746, ISSN 0102-311x

FRANCISCO, Vera Lúcia; PIRES, António; PINGO, Susana; HENRIQUES, Rute; ESTEVES, Maria Ascensão and VALADA, Maria José. **A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental.** Aná. Psicológica [online]. 2007, vol.25, n.2, pp. 229-239. ISSN 0870-8231.

KERBER, Suzi Roseli, FALCETO, Olga Garcia and FERNANDES, Carmen Luiza C.
Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica, Jun. 2011, vol.33, n.6, p.281-287. ISSN 0100-7203

KONRADT, Caroline Elizabeth; SILVA, Ricardo Azevedo da; JANSEN, Karen; VIANNA, Daniele Martins; QUEVEDO, Luciana de Ávila; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; OSES, Jean Pierre and PINHEIRO, Ricardo Tavares. **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.** Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, 2011, vol.33, n.2, p.76-79. ISSN 0101-8108

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L and REICHENHEIM, Michael **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Dez 2011, vol.11, no.4, p.369-379. ISSN 1519-3829.

MATTAR, Rosiane; SILVA, Eliza YoshikoKochi; CAMANO, Luiz; ABRAHÃO, Anelise Riedel; COLÁS, Osmar Ribeiro; NETO, Jorge Andalaftand LIPPI, Umberto Gazi. **A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto.** Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica, BIRENE/OPAS/OMS- Biblioteca virtual em saúde. Set. 2007, v.29, n.9, p. 470 – 477. ISSN0100-7203.

MORAIS, Inácia Gomes da Silva; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo da; HORTA, Bernardo Lessa; SOUSA, Paulo Luís Rosa; FARIA, Augusto

Duarte. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Revista Saúde Pública, Fev. 2006, vol.40, n.1, p.65-70. ISSN 0034-8910

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **A Estrutura das representações sociais de mães puerperas acerca da depressão pós-parto** Psico-USF, v.12, n.2, p.319 – 326 Jul/Dez.2007. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br>.

SCHARDOSIM, Juliana Machado and HELDT, Elizeth **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Revista Gaúcha Enfermagem (Online), Mar 2011, vol.32, n.1, p.159-166.

SILVA, Francisca Cláudia Sousa da; ARAÚJO, Thiago Moura de; ARAÚJO, Flávio Moura de; CARVALHO, Carolina Maria de Lima; CAETANO, Joselany Áfio. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família.** Acta paul. enferm., Jun 2010, vol.23, n.3, p.411-416.

SOUZA, Daniela Delias de, Prado, Luiz Carlos and Piccinini, Cesar Augusto **Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto.** Psicol. Reflex. Crit., 2011, vol.24, n.2, p.335-343. ISSN 0102-7972

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim and SCHIAVO, Rafaela de Almeida **Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto.** Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica, Set 2011, vol.33, n.9, p.252-257. ISSN 0100-7203

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral; FILHO, Antônio Chambô; LIMA, Valmir José de; SUN, **SueYazaki**; ZANDONADE, Eliana; MATTAR, Rosiane **Alteração tireoidiana um fator de risco associado à depressão pós-parto?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, v.9, n.2, Jun.2009. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br>.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral; SUN, Sue**Yazaki**;MATTAR, Rosiane;FILHO, Antônio Chambô;ZANDONADE, Eliana;LIMA, Valmir José de. **Aspectos**

epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Revista psiquiatria. Rio Grande do Sul, Dez 2007, vol.29, n.3, p.274-280. ISSN 0101-81

ZAMBALDI, Carla Fonseca, CANTILINO, Amaury and SOUGEV, Everton Botelho
Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos.
Revista psiquiatria. Rio Grande do Sul, Ago. 2008, vol.30, n.2, p.155-158. ISSN 0101-8108