

**CAUSAS, SINTOMAS E PREVALENCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP) NA REGIÃO DO ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) 322 GUARUJA PARK, NO MUNICÍPIO DE TRINDADE- GO EM 2012**

(Rogério dos Santos Soares)<sup>1</sup>

(Silmara de Sousa Souto)<sup>1</sup>

(Thais Renata Queiroz Santana Carneiro)<sup>2</sup>

(Edna Aparecida Moraes da Silva)<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** No período pós-parto favorece o desenvolvimento de transtornos psicológicos como depressão pós-parto. A DPP esta presente em 10 a 42% 11das puérperas. Fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais são fatores de riscos para DPP. **Métodos:** O estudo foi realizado no município de Trindade-Go, na região do ESF 322, Guarujá Park, participaram 12 puérperas com parto em 2012. A EPDS foi aplicada adotando-se ponto de coorte 12. **Resultado:** 3 (25%) apresentaram DPP. Escolaridade, concepção indesejada e numero de filhos foram os fatores que mais influenciaram o aparecimento de DPP. **Conclusão:** a DPP é um importante problema de saúde publica. A detecção e o diagnostico precoce nem sempre é fácil e muitas vezes são inequívocas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestaçã, Baby blues, Depressão Pós-Parto, puerpério.

---

<sup>1</sup> Acadêmico (a) do curso de enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

<sup>2</sup> Orientadora Me. em psicologia e prof. Faculdade União de Goyazes

<sup>3</sup> Co-orientadora .Esp. Saúde publica e prof. Faculdade União de Goyazes

**CAUSES, SYMPTOMS AND PREVALENCE OF POSTPARTUM  
DEPRESSION (PPD) IN THE REGION OF FAMILY HEALTH STRATEGY  
(ESF) 322 GUARUJA PARK IN THE MUNICIPALITY OF TRINIDAD-GO IN  
2012**

**ABSTRACT**

Introduction: In the postpartum period favors the development of psychological disorders such as postpartum depression. The DPP is present in 10-42% of postpartum women. Biological factors, obstetric, psychological and social factors are risk factors for PPD. Methods: The study was conducted in the municipality of Trinity-Go, in the region of FHS 322, Park Guaruja, 12 mothers participated in childbirth in 2012. The EPDS was administered by adopting point cohort 12. Result: 3 (25%) had PPD. Education, design and number of unwanted children were the most important factors influencing the onset of PPD. Conclusion: The DPP is an important public health problem. The early detection and diagnosis is not always easy and often are unmistakable.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pregnancy, Baby blues, Postpartum Depression, postpartum.

## INTRODUÇÃO

A depressão frequentemente é associada a reações normais diante de determinado sofrimentos e sentimentos de perdas. A depressão inclui alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Pode acometer crianças, adultos e idosos. Por causa de sua alta incidência é um importante problema de saúde pública. (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005. p. 182). Segundo Brasil (2006) a depressão acomete duas vezes mais mulheres do que homens, para o diagnóstico da depressão a pessoa deve obrigatoriamente apresentar humor deprimido, anedonia e falta de energia por um período maior que duas semanas e este sintomas estar associado a pelo menos dois sintomas dentre estes: irritabilidade, desesperança, queda da libido, perda ou ganho de peso (não estando em dieta), insônia ou hipersônia, sentimento de inutilidade ou culpa, ansiedade, dificuldade de concentração ou diminuição de memória, dificuldade de tomar decisões, pensamento recorrente de morte ou suicídio.

A depressão ainda pode ser classificada em leve, moderado ou grave.

- Leve – humor deprimido, anedonia e falta de energia associado a dois dos sintomas já citados. O paciente não para suas funções diárias;
- Moderado - humor deprimido, anedonia e falta de energia associado a três dos sintomas já citados. O paciente apresenta dificuldade em executar suas funções diárias;
- Grave - humor deprimido, anedonia e falta de energia associado a pelo menos mais quatro dos sintomas já citados. Deve-se procurar ajuda profissional, pode apresentar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. (BRASIL 2006).

Endossando o que disse Brasil (2006), o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-IV – APA)*, (1994), apud Cruz; Simões; Faisal-Cury (2005) afirmam que o transtorno depressivo maior tem que obrigatoriamente apresentar: humor depressivo associado à anedonia (perda ou diminuição de atividades antes agradáveis) por um período mínimo de duas semanas associando pelo menos a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou apetite, insônia ou sono

excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio.

A gestação é uma etapa da vida da mulher em que ocorrem muitas mudanças, onde a gestante depara-se com mudanças físicas (hormonais), sociais e psicológicas, que pode trazer mal estar e problemas ao núcleo familiar. Após o parto as mudanças e os medos geralmente tendem a piorar. (SZEJER, 2002).

A gravidez é um evento único, no qual alterações metabólicas e hormonais causam mudanças estruturais que influencia o comportamento feminino. Durante a gravidez inicia-se um período atribulado, na vida da mulher, no qual temores, ansiedades e alegrias estarão constantemente presentes em suas condutas. A gravidez, mesmo que seja planejada, desperta ansiedade, pois neste período a mulher experimenta sentimentos de ambivalência quando pensa no futuro, afinal ela elabora fantasia a respeito de seu papel na educação e no cuidado do filho, o que implica em enorme responsabilidade, existe ainda o medo da morte tanto da criança quanto sua. (EIZIRIK, KAPCZINSKI, BASSOLS, 2001, p. 29 – 32).

Para Eizirik, Kapczinski, Bassols (2001), o parto ocorre em meio a incertezas, surgem crises de ansiedade e reaparece o medo da dor, do parto traumático, do fórceps, a cesaria, do filho disforme e da morte. Após o nascimento do bebê, a mulher depara-se com a separação de seu filho, agora ela passa a percebê-lo como sendo real. Após a secção do cordão umbilical este bebê agora não faz mais parte dela, ele agora passa a ter forma e passa a ser real. Os primeiros dias que se seguem após o nascimento do bebê representam para a mulher, um período de transição cheio de imprevistos inesperados, esse período a mulher vive frequentemente num estado de muita fragilidade psíquica. Durante os primeiros dias tudo é motivo para choro e pequenos dramas. Após o nascimento da criança a mulher pode apresentar três tipos de transtornos: a melancolia ou *baby blues*, a psicose puerperal e a Depressão Pós-Parto (DPP). (SZEJER, STEWART 2002).

Para Higuti e Capocci (2003, p. 46).

As transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida, as noites mal dormidas, a carência afetiva, uma menor atenção à mãe e um menor apoio familiar e social nesse período de adaptação e de grande exigências e todas as outras modificações, tornam a mulher mais vulnerável a desencadear um transtorno mental.

O *baby blues* trata-se de um estado depressivo benigno, habitualmente transitório, que aparece na maioria das mulheres que acabaram de ter um parto. Está presente em cerca de 70% a 90% das mulheres. Inicia-se geralmente por volta do terceiro dia após o parto, e dura apenas alguns dias. O

*blues* é um estado de fragilidade e hiperemotividade em que a mulher chora muito, geralmente por pequenos detalhes sem importância. A mulher sente-se triste quase todo tempo, existe uma falta de confiança em si e um sentimento de incapacidade. A mulher sente que jamais poderá assumir o papel de mãe, ou que nunca poderá ser uma boa mãe. (SZEJER, STEWART, 2002, p. 297 – 305). Para Zinga et al. (2005 p.58) Cerca de 80% das puérperas apresentam sintomas de melancolia nos três dias pós-parto, o que para muitos estudiosos é considerado normal, e seus sintomas são transitórios. Após o décimo dia tendem a desaparecer, mas em alguns casos eles não desaparecem e podem evoluir para uma DPP.

Schwengber e Piccinini (2003, p. 404) dizem que o *baby blues* caracteriza-se por um distúrbio transitório do humor, que atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e quinto dia pós-parto e apresenta regressão espontânea. A psicose puerperal segundo Silva, et al. (2003, p.444) caracteriza-se pela rejeição total ao bebê. A mulher se sente ameaçada e aterrorizada com o bebê, ela percebe a criança como inimiga. A mulher passa a ficar totalmente apática, ela passa a não cuidar de sua higiene pessoal, começa a ter transtorno do sono (insônia), delírios de perseguição, inapetência. Neste tipo de psicose a mulher tem de ser afastada de seu filho para tratamento, pois ela coloca a vida da criança e a sua própria vida em perigo. Trata-se de uma emergência médica. Endossando Silva et. al. Schwengber e Piccinini (2003 p. 404) dizem que a psicose puerperal apresenta sintomas acentuados, os quais necessitam tratamento e por vezes hospitalização. A depressão pós-parto (DPP) é uma síndrome de difícil diagnóstico, pois pode ser confundida com uma fase normal do puerpério, pois neste período a mulher ser

encontra muito fragilizada e sensível devido às mudanças em sua vida que ela esta experimentando em tão pouco tempo. (CRUZ, et al. 2005).

Para Cruz, et al. (2005, p. 182):

Mesmo com os critérios classificatórios, o diagnóstico da DP nem sempre é fácil e inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes ele é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê.

Ainda segundo Cruz, et al. (2005), mesmo que existam critérios de classificação de DPP, este transtorno pode apresentar-se com intensidade variada, podendo apresentar deste uma simples melancolia até uma psicose. Quando se apresenta como melancolia, muitas vezes a família e mesmos profissionais de saúde não conseguem associar estes sintomas com a DPP, e pode acabar muitas vezes passando despercebido. Alguns estudos apontam que a DPP tem incidência que pode variar de 10 a 42% (COLTINHO & SARAIVA, 2008 p. 244). Esta diferença segundo Moraes et al. (2006, p. 66) se deve ao fato de serem utilizados vários critérios diagnósticos e grupos econômico e sociais diferentes.

Para Higuti e Capocci (2003, p. 48) os fatores de riscos para DPP são:

mulheres com episódios passados de DPP pós-parto, vida cheia de acontecimentos estressantes, episódios passados de depressão, história de distúrbio do humor na família, ausência de apoio social em geral do pai da criança, humor deprimido durante a gravidez, ansiedade, relacionamento conjugal insatisfatório, apoio social insuficiente, depressão durante a gravidez, mau relacionamento com a mãe, falta de um confidente, condições psicossociais desfavoráveis, história familiar de DPP, gravidez não desejada, gravidez na adolescência, mães solteiras, pobreza relativa, dificuldade financeira, dificuldade profissional, amamentação, número de filhos, paridade, dificuldades obstétricas, o tipo de parto, síndromes de alterações mentais maternas transitórias e auto-limitadas que ocorrem durante o início do puerpério.

Zinga et al. (2005, p.58) também apontam vários destes fatores de risco, e salientam que o abuso sexual e histórico familiar de transtorno psiquiátrico, inclusive alcoolismo, excesso de ansiedade na gravidez e primíparas, também estão associados a DPP. Schwengber e Piccinini (2003, p. 404), também dizem que a DPP está ligada a fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais.

Segundo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association* (DSM-IV – APA), (1994) Apud Cruz; Simões; Faisal-Cury (2005, p. 182), a sintomatologia da depressão puerperal não difere dos sintomas da depressão maior. O início nas quatro primeiras semanas é apenas um especificador. Na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 (1993, p. 31), a DPP encontra-se dentro das categorias selecionadas na classificação de Transtornos mentais e de comportamentos associados ao puerpério, não classificado em outros locais (F53). A DPP apresenta um quadro depressivo que afeta a puérperas no período pós-parto, podendo apresentar-se com intensidade leve, moderada e até severa. Seus sintomas aparecem geralmente na quarta semana pós-parto e o estado depressivo da mãe interfere negativamente na interação mãe-bebê.

(HIGUTI; CAPOCCI, 2003, p. 47). A DPP é um problema de saúde pública, exige estratégia de prevenção e tratamento. A mulher deve ter um acompanhamento cuidadoso a fim de prevenir graves problemas pessoais e familiares que podem vir a ocorrer. (MORAES, et al. 2005).

As escalas utilizadas para rastreamento de depressão pós-parto servem para identificar as mães que apresentem sintomas de DPP (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005, p. 185). A Escala de Depressão Pós Natal de Edinburg (EPDS) é a mais utilizada, sendo de fácil aplicação e de simples interpretação, contem um questionário contendo dez perguntas fechadas a respeito dos sentimentos experimentados pela puérpera nos últimos sete dias. O diagnóstico surge com a pontuação atingida pelas respostas dadas pelas puérperas cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas (HIGUTI; CAPOCCI 2003, p. 49).

Endossando Higuti e Capocci. Peres Villegas et. al. (2007), dizem. Dizem que está escala tem sido utilizada como método de prevenção e no diagnóstico para depressão pós-parto. Consiste em um registro de auto aplicação, que consta de 10 itens com quatro opções de resposta cada um, com pontuação que varia de 0 a 3 de acordo com a severidade dos sintomas, de modo que no final do questionário a pontuação pode variar de 0 a 30 pontos. A escala mede a intensidade dos sintomas depressivos. Cinco dos itens desta escala incluem a

disforia, dois itens estão relacionados com ansiedade, um com sentimento de culpa, um com ideias suicidas e um com dificuldade de concentração.

A depressão pós-parto é um problema de saúde pública, onde existe uma incidência elevada, ela está relacionada a uma boa qualidade de vida da mulher, filho e família. Sendo assim este trabalho foi desenvolvido a fim de realizar um estudo exploratório sobre a depressão pós-parto na região atendida pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) 322 da cidade de Trindade – GO.

Fazendo levantamento de dados quantitativos, pelos quais será levantado o número de casos de depressão pós-parto na região deste ESF, determinando causas, sintomas e analisando fatores associados.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizada revisão bibliográfica na base de dados Scielo e Google acadêmicos no período de fevereiro a novembro de 2012, onde foram selecionados vinte e um artigos com textos completos e em idioma português e espanhol. Foram utilizados como palavras chave: depressão pós-parto (DPP), depressão puerperal, depressão gestacional. Também foi realizada pesquisa bibliográfica em livros que se encontrava a disposição na biblioteca da Faculdade União de Goyazes, no período de setembro a novembro de 2012. O estudo foi realizado no município de Trindade-Go, na região atendida pelo ESF 322, onde foram selecionadas através de prontuário 29 puérperas que tiveram partos entre Abril à Setembro de 2012. Para inclusão do estudo as puérperas tinham que ser moradoras de área atendida pelo ESF 322, ter o (os) filho (os) vivo (os), tempo de pós-parto superior a 10 dias e ser maior de idade.

Os Critérios de exclusão foram: mulheres menores de idade, puérperas cujo recém-nascido veio a falecer, que não residem mais na área atendida pelo ESF 322, e mulheres que se recusaram a ser voluntaria na pesquisa. Após análise do processo de inclusão e exclusão, foram selecionadas 12 puérperas que se adequavam ao estudo. Após selecionar as puérperas realizamos a busca destas em suas residências ou através de telefone, nos meses de agosto a setembro de 2012, onde as puérperas eram convidadas a participar da pesquisa. Uma vez obtidos os consentimentos, pedíamos para as puérperas assinar o termo de



consentimento livre e esclarecido (CLT). Após aplicarmos dois questionários sendo um sócio demográfico (Nome, idade, estado civil, profissão, naturalidade e escolaridade), obstétrico (Gravidez desejada, número de gestação, aborto, saúde durante a gestação, tipo de parto, prematuridade, apgar, pré-natal) e outro para rastreamento de sintomas depressivos, foi utilizado a Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh (EPDS), que segue o ponto de corte 12 para sintomas depressivos. Quando as paciente eram incapazes de ler ou responder o questionário o mesmo foi aplicado pelo pesquisador. O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram previamente aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade União de Goyazes de Trindade-GO, sob o protocolo nº 45/2012-1, respeitando-se assim, todos os aspectos éticos necessários para produção de pesquisas com seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde), conforme determina a resolução nº 196/96 e regulamentação correlatas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram incluídas neste estudo 12 puérperas. A idade das mães incluídas variou entre 18 a 39 anos (média = 26.1 anos). Entre estas mulheres uma (8.33%) apenas tinha ensino fundamental incompleto, cinco (41.66%) ensino médio incompleto e seis (49.99%) tinham ensino médio completo. Apenas três (24.99%) mulheres eram solteiras. Metade das mulheres (50%) não havia planejado a gestação. O numero de gestação variou de uma a três. Sete (58.33%) puérperas tinham o primeiro filho. Nove mães (74.99%) nunca tinham sofrido aborto. Cinco (41.66%) apresentaram algum tipo de problema de saúde durante a gestação. Nove puérperas (74.99%) tiveram parto cesário. Nenhuma das puérperas teve bebê prematuro. No primeiro minuto dois bebês (16.66%) apresentaram apgar inferior a 8 e no quinto minuto apenas um dos bebês (8.33%) apresentou apgar inferior a 8. Todas as doze mulheres (100%) apresentaram desejo de estar perto do filho após o nascimento e apenas uma (8.33%) não sentiu vontade de amamentar o seu bebê (Tabela 1).

Tabela 1 – História de vida segundo questionário sócio demográfico e obstétrico.

Variáveis	Deprimida	Não deprimida
<b><u>Escolaridade</u></b>		
Fundamental inc.	-	1 (8.33%)
Fundamental comp.	-	-
Médio inc.	1 (8.33%)	4 (33.33%)
Médio comp.	2 (16.66%)	4 (33.33%)
Superior inc.	-	-
Superior comp.	-	-
<b><u>Estado civil</u></b>		
Solteira	1 (8.33%)	2 (16.66%)
Casada	1 (8.33%)	4 (33.33%)
Viúva	-	-
Estável	1 (8.33%)	3 (25%)
<b><u>Concepção</u></b>		
Gravidez desejada	1 (8.33%)	5 (41.66%)
Gravidez indesejada	2 (16.33%)	4 (33.33%)
<b><u>Nº de gestação</u></b>		
1 filho	1 (8.33%)	6 (50%)
2 a 3 filhos	2 (16.66%)	3 (25%)
4 a 6 filhos	-	-
+ 6 filhos	-	-
<b><u>Aborto</u></b>		
Sim	0	3 (25%)
Não	3 (25%)	6 (50%)

Legenda: Inc. = incompleto; Comp. = completo; Prob. = Problema

Quanto a pontuação na Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh, houve uma variação de quatro a dezesseis pontos (média 8.58 pontos). A incidência da DPP (Pontuação na EPDS superior a onze) foi de 25% (Tabela2). Segundo a EPDS (tabela 2), na população de 12 mulheres, 3 (25%) apresentaram escores iguais ou superiores a 12 (média 14.33%) que caracteriza a presença de sintomas depressivos. A média de idade das mulheres que apresentaram escore maior que 12, foi de 26.6 anos. Não se observou relação de risco de DPP com o estado civil. Não se observou associação entre risco de DPP e características obstétricas tais como: aborto, prematuridade, apgar de 1 e 5 minutos. Todas as mulheres que apresentaram escore maior que 12 apresentaram desejo de estar perto do bebê e

de amamenta-lo. Pode-se concluir que escolaridade, concepção indesejada, tipo de parto e numero de filhos foram os fatores que mais influenciaram o aparecimento de sintomas depressivos. Observou-se que dentre o questionário aplicado algumas perguntas não tiveram respostas que mostraram relevância para o presente estudo, por este motivo não foram utilizadas na confecção do trabalho.

Tabela 2 – Prevalência de Depressão pós-parto segundo a escala de

Puérperas	Deprimidas n° (%)	Não deprimidas n° (%)	Prevalência
	3 (25%)	9 (75%)	25%

A depressão pós-parto avaliada pela EPDS esteve presente em 25% das mulheres em nosso estudo. Mesmo sendo elevada este numero é compatível com alguns trabalhos nacionais, que apresentaram valor de prevalência sendo ate um pouco mais elevado, como o de Ruschi et.al (2007). (39.4%) e de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) (37.1%).

A alta prevalência de DPP encontrada em nossa pesquisa reforça seu significado como problema de saúde pública exigindo estratégia de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode vir a prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP. Mães deprimidas tendem a serem menos responsivas ao interagirem com seus bebês e se apresentam menos envolvidas ao brincarem com seus filhos, o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente no desenvolvimento da criança. Bebês de mães deprimidas tendem a apresentar-se com mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não deprimidas, tendendo a mostrar menos engajamento na

exploração de objetos e também menos expressão de afeto (SCHWENGEER; PICCININI 2003, p. 409).

Com atuação preventiva e multidisciplinar no ESF que em geral inicia-se pelo enfermeiro da unidade. O período puerperal pode vir a proporcionar a nova mãe o apoio que se necessita para enfrentar os eventuais sintomas depressivos, o atendimento precoce a mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de

interação com o bebê (SCHWENGEER; PICCININI 2003, p. 409), pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP (MORAES et al. 2006, p. 69).

Os profissionais da enfermagem, por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário e em geral ter maior contato com o paciente, devem ser capacitados e qualificados na identificação de traços depressivos e na utilização de instrumentos de rastreamento destes sintomas no período puerperal, favorecendo o acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal (SCHARDOSIM; HELDT 2011, p. 165).

## **CONCLUSÃO**

Ao final deste estudo foi possível concluir que a depressão pós-parto é um importante problema de saúde pública e com alta incidência. As puérperas atendidas na Estratégia de Saúde da família (ESF) 322 apresentaram uma prevalência de 25% segundo a EPDS. Os fatores que tiveram mais associados com o risco de DPP foram: nível de escolaridade, concepção indesejada, tipo de parto e número de filhos. A média de idade observada entre estas mulheres foi de 26.6 anos.

Mesmo existindo escalas de avaliação de sintomas da DPP, a detecção e o diagnóstico precoce nem sempre é fácil, muitas vezes podem ser inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes os sintomas são negligenciados pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao cansaço do dia-a-dia, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê.

Também podem ser confundidos pelos profissionais de saúde, pela falta de um vínculo entre eles e a puérpera e o despreparo e falta de conhecimento dos mesmos em relação aos sintomas depressivos que podem vir a ocorrer após o parto.

A EPDS por ser um instrumento de fácil aplicação, baixo custo, baixa dispensação de tempo (média de 10 minutos) e de simples interpretação poderia ser adotada como procedimento padrão de aplicação nas consultas pós-parto, como rotina assistencial do enfermeiro ou profissional da área de saúde (desde que este seja bem treinado) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como alternativa de redução ao impacto psicossocial negativo da depressão na vida da mulher do bebê e de seus familiares. Com a utilização desta tabela no ESF ou nas unidades de saúde que atendem puérperas, poderá ocorrer uma detecção precoce de sintomas depressivos onde estas mulheres poderão ser encaminhadas para tratamento especializado mais rapidamente, sem que a DPP possa trazer maior prejuízo para mulher, filho e família.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Kátia Rosa & ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.** *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 269-276. ISSN 0102-7972. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acessado em: 07/04/2012.

COSTA E SILVA, Jorge Alberto; RUSCHEL, Sandra Inês. Clínica da Ansiedade. In: COSTA E SILVA, Jorge Alberto; RUSCHEL, Sandra Inês. (Org.). **Ansiedade.** São Paulo: ECN. P. 29 – 39.

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, vol.28, no.2, p.244-259. ISSN 1414-9893. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n2/v28n2a03.pdf>>. Acessado em 03/09/12.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMOES, Gláucia Lucena; FAISAL-CURY, Alexandre. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2005, vol.27, n.4, pp. 181-188. ISSN 0100-7203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v27n4/a04v27n4.pdf>>. Acessado em: 29/03/12.

FIGUEIRA, Patrícia et al. **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo**

para triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.1, pp. 79-84. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s1/744.pdf>>. Acessado em: 20/02/12.

GUEDES-SILVA, Damiana et al. **Depressão pós-parto: prevenção e consequências.** *Rev. Mal-Estar Subj.* [online]. 2003, vol.3, n.2, pp. 439-450. ISSN 1518-6148. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n2/10.pdf>>. Acessado em: 05/02/12.  
HIGUTI, Priscilla de Cássia Lopes; CAPOCCI, Pollyana Oliveira, **Depressão pós-parto.** *Rev. Enferm. UNISA* [online]. 2003; 4: 46-50. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>>. Acessado em: 04/02/12

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al. **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2010, vol.32, n.3, pp. 316-318. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n3/18.pdf>>. Acessado em 28/09/12. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** 2006. Pag. 33 – 40.

MIRANDA, Gislene Valadares; MIRANDA, Sergimar. Distúrbio Psiquiátrico na Gravidez e no Puerpério. In: CORRÊA, Mário Dias. (Org.). **Noções Práticas de Obstetrícia.** 12. Ed. Minas Gerais: MEDSI. P. 139 – 162.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 65-70. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acessado em: 04/02/12.

NASCIMENTO, Maria João. **Preparar o nascimento.** *Aná. Psicológica* [online]. 2003, vol.21, n.1, pp. 47-51. ISSN 0870-8231. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acessado em: 05/02/12

OLIVEIRA, Flavio Garcia. **Bebê a bordo: guia para curtir a gravidez a dois.** São Paulo. Matrix 2001. 134 p.

PEREZ VILLEGAS, Ruth et al. **Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo.** *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2007, vol.67, n.3, pp. 187-191. ISSN 0048-7732. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v67n3/art07.pdf>>. Acessado em: 28/09/12.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. **Alteração tireoidiana : um Fator de Risco Associado à Depressão Pós-Parto?** *Rev.Bras. Saúde Mater. Infantil.* [online]. 2009, vol.9, n.2, pp. 207-213. ISSN 1519-3829. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a10v9n2.pdf>>. Acessado em: 03/09/12.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. **Aspectos epidemiológicos da**

**Depressão Pós-Parto los Amostra brasileira** . *Rev.psiquiatr. Rio D'us. Sul* [online]. 2007, vol.29, n.3, pp. 274-280. ISSN 0101-8108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>>. Acessado em: 04/02/12.

SANTOS, Maria Fátima; MARTINS, Francisco C. & PASQUALI, Luiz. **Escalas de auto avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil**. *Rev. Psiquiatr. SP* [online]. 1999, vol.26, n.3, Ed. Internet. ISSN 0101-6083. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/anexo1\(95\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/anexo1(95).htm)>. Acessado em: 09/05/12.

SCHARDOSIM, Juliana Machado e HELDT, Elizeth. **Escalas de Rastreamento parágrafo Depressão Pós-Parto : Revisão Sistemática UMA** . *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2011, vol.32, n.1, pp. 159-166. ISSN 1983 – 1447. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a21v32n1.pdf>>. Acessado em: 03/09/12.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MULLER, Marisa Campio. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil**. [online]. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>>. Acessada em: 04/02/12

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. **A experiência da maternidade no Contexto da Depressão materna no final do Primeiro Ano de Vida do Bebê**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2005, vol.22, n.2, pp. 143-156. ISSN 0103-166X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acessado em: 06/03/12.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê**. *Estud. psicol. (natal)* [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 403-411. ISSN 1413-294. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>>. Acessado em: 04/02/12.

SILVA, Damiana Guedes et al. **Depressão pós-parto: prevenção e consequências**. *Revista mal estar e Subjetividade*. Fortaleza, V. III, N. 2, P. 439 – 450, SET. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n2/10.pdf>> acessado em: 31/03/12.

SILVA, Elda Terezinha & BOTTI, Nadja Cristiane Lappan. **Depressão puerperal – uma revisão da literatura**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, V.07, n. 02, p.231-238, 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1053>>. Acessado em: 01/04/12

SOUSA, Daniela Delias de; PRADO, Luiz Carlos e PICCININI, Cesar Augusto. **Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto**. *Psicol.Reflex. Crítico*. [online]. 2011, vol.24, n.2, pp. 335-343. ISSN

0102-7972. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/15.pdf>>. Acessado em: 05/04/12.

SZEJER, Myriam & STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 322 p.

ZIMMERMANN, Aínda. Et al. Gestação, Parto e Puerpério. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. (Org.). **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. P. 29 – 40.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae & BORN, Leslie. **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, suppl.2, pp. s56-s64. ISSN 1516-4446.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt\\_a05v27s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf)>. Acessado em: 30/03/12.



## APÊNDICE

### CAUSAS, SINTOMAS E PREVALENCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP) NA REGIÃO DO ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) 322 GUARUJA PARK, NO MUNICÍPIO DE TRINDADE- GO EM 2012

#### Dados pessoais

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

#### Historia de vida

##### Concepção:

- 1 - Gravidez foi desejada: SIM ( ) NÃO ( )
- 2 - Alterou a rotina do casal ou de um dos pais: SIM ( ) NÃO ( )
- 3 - Numero de gestação ( ) 1 Filho ( ) 2 a 3 Filhos ( ) 3 a 6 Filhos ( ) + de 6 Filhos
- 4 - Histórico de aborto: SIM ( ) NÃO ( )
- 5 - Houve problemas de saúde durante a gestação? SIM ( ) NÃO ( )
- 6 - Parto: ( ) Normal ( ) Cesário
- 7 - Bebê prematuro: SIM ( ) NÃO ( )
- 8 – Apgar de 1º min.: ( ) 0-3 ( ) 4-7 ( ) 8-10
- . . Apgar de 5º min: ( ) 0-3 ( ) 4-7 ( ) 8-10
- 9 - Como foi o pré-natal? ( ) Não foi realizado ( ) regular ( ) Bom realizei exames e consultas
- 10 - Você sentia desejo de estar perto de seu filho após o nascimento? SIM ( ) NÃO ( )
- 11 - Você teve vontade de amamentar seu filho? SIM ( ) NÃO ( )
- 12 - Você conversava com seu filho na barriga? SIM ( ) NÃO ( )
- 13 - E depois do nascimento? SIM ( ) NÃO ( )

## Anexo A

### Escala de Depressão Pós Natal de Edinburgh (EPDS)

#### *Nos últimos sete dias*

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

Como eu sempre fiz.

Não tanto quanto antes.

Sem dúvida menos que antes.

De jeito nenhum.

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

Como sempre senti.

Talvez menos do que antes.

Com certeza menos.

De jeito nenhum.

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

Sim, na maioria das vezes.

Sim, algumas vezes.

Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

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

Não, de maneira alguma.

Pouquíssimas vezes.

Sim, algumas vezes.

Sim, muitas vezes.

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

Sim, muitas vezes.

Sim, algumas vezes.

Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

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

Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.

Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.

Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

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

Sim, na maioria das vezes.

Sim, algumas vezes.

Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

Sim, na maioria das vezes.

Sim, muitas vezes.

Não muitas vezes.

Não, de jeito nenhum.

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

Sim, quase todo o tempo.

Sim, muitas vezes.

De vez em quando.

Não, nenhuma vez.

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

Sim, muitas vezes, ultimamente.

Algumas vezes nos últimos dias.

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez.

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.**

**Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.**

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Incidência, causas e sintomas da depressão pós-parto na região do ESF 322, no município de Trindade em 2012.**

Pesquisador Responsável: **Thais Renata Queiroz Santana Carneiro**

Telefone para contato: **(62) 81362255**

Co-Orientadora Responsável: **Edna Aparecida Morais da Silva**

Telefone para contato **(62) 84605053**

Pesquisadores participantes: **Silmara de Sousa Souto / Rogério dos Santos Soares**

Telefones para contato: **(62) 84292976 / (62) 85051775**

O objetivo desse trabalho é realizar um estudo exploratório sobre a depressão pós-parto no ESF do Laguna Park da cidade de Trindade - GO, fazendo levantamento de dados quantitativos para identificar as causas, fatores associados, principais sintomas e número de casos. Serão incluídos no estudo uma média de 25 mulheres com mais de 10 dias pós-parto, com filhos vivos. A coleta de dados será realizada com o uso de um questionário onde será averiguada: idade, estado civil, escolaridade, número de gestações e estado ocupacional da mulher e de seu cônjuge, para avaliação da depressão será utilizada a Escala de depressão de Edimburgo, com 10 perguntas, com garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer momento e isso não causará nem um prejuízo a você. Não há nenhum risco, ou prejuízo que podem ser provocados pela pesquisa, a não ser o incômodo ou emoções exagerada motivadas pela lembrança do que foi vivenciado. Nesse caso, você será atendida pela orientadora deste trabalho, a qual é psicóloga, em um atendimento emergencial, com orientações e possível encaminhamento para terapia.

---

**Rogério dos Santos Soares / Silmara de Sousa Souto**

♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, **Incidência, causas e sintomas da depressão pós-parto na região do ESF 322, no município de Trindade em 2012, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador**

\_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**ANEXO C****AUTORIZAÇÃO CONDICIONADA**

Eu, Enf. Esp. Edna Aparecida Moraes da Silva, ocupante do cargo de enfermeira e responsável pelo ESF 322 Guarujá Park, autorizo a realização da pesquisa **INCIDÊNCIAS, CAUSAS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA REGIÃO DO ESF 322, NO MUNICÍPIO DE TRINDADE EM 2012**, sob responsabilidade dos pesquisadores Rogério dos Santos Soares e Silmara de Sousa Souto nesta instituição, **condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa** devidamente registrado junto à Comissão Nacional e Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96 e regulamentações correlatas).

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Local, 14 de maio de 2012.

*Edna Aparecida Moraes da Silva*

Enf. Esp. Edna Aparecida Moraes da Silva