UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISIANE CRISTINA SCHWANTES BUENO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

SÃO PAULO
2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISIANE CRISTINA SCHWANTES BUENO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Doutor em Ciências. Versão corrigida, versão original encontra-se disponível ao programa do PPGE.

Área de concentração: Cuidado em Saúde
Orientadora: Profª Drª Anna Maria Chiesa

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: .....

Data:------/-----/-------

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bueno Lisiane Cristina Schwantes/
Depressão pós-parto no município de Itapecerica da Serra: prevalência e fatores associados
/Lisiane Cristina Schwantes Bueno
. -- São Paulo, 2014.
p. 132
Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Área: Enfermagem em saúde coletiva
Orientadora: Profª Drª Anna Maria Chiesa
1. Depressão pós-parto. 2. Prevalência.
3.Enfermagem 4. Saúde da Mulher
I. Título.

Nome: Lisiane Cristina Schwantes Bueno

Titulo: Depressão pós-parto no município de Itapecerica da Serra: prevalência e fatores associados

Tese apresentada à Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. .....
Instituição:.....
Julgamento: .....
Assinatura:.....

Prof. Dr. .....
Instituição:.....
Julgamento: .....
Assinatura:.....

Prof. Dr. .....
Instituição:.....
Julgamento: .....
Assinatura:.....

Prof. Dr. .....
Instituição:.....
Julgamento: .....
Assinatura:.....

Prof. Dr. .....
Instituição:.....
Julgamento: .....
Assinatura:.....

DEDICATÓRIA

Ao, Gabriel Bueno meu esposo, doce anjo que Deus colocou em minha vida meu grande amor... Sou eternamente grata ao Senhor por ele compartilhar a vida a meu lado, minhas lágrimas, meus sonhos, planos e sucesso que foram alcançados com sua presença constante em minha vida. Obrigada, pela compreensão, paciência, estímulo e, sobretudo, pelo seu amor.

A meus queridos filhinhos Baby (Bárbara) e o Gui (Guilherme), que são tudo de mais precioso que Deus podia ter me enviado, como é bom ter vocês em minha vida, um profundo amor. Obrigada, pela paciência com a mamãe nos momentos que fiquei distante, como vocês foram amáveis e compreensíveis!

"Agora, pois permaneçam a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o AMOR". (1 Coríntios 13:13, Bíblia Viva, 1981)

AGRADECIMENTOS

A meu mestre Jesus, amigo de todas as horas que permitiu que tudo isso acontecesse, proporcionando-me sabedoria, saúde, conforto e muita coragem para alcançar esta conquista.

A minha família amada que, com carinho e paciência sempre me ajudou nas horas difíceis, com muita alegria, oferecendo-me força e coragem para continuar.

Em especial, à Profª Drª Anna Maria Chiesa, pelo seu constante apoio, por estimular meu desenvolvimento na saúde da mulher e minha capacidade, apresentando-me muitas oportunidades. Sua sabedoria e inteligência conduziram-me nesta jornada, sinto-me sempre à vontade para expressar minhas ideias, por acreditar em meu trabalho, trazendo-me crescimento pessoal e profissional. Sou grata a Deus por ter colocado em minha vida uma pessoa tão especial, que soube direcionar meus passos na orientação ensinada, o que precisava aprender com sua totalidade e dedicação.

Às queridas Professoras que, foram fundamentais para minha trajetória na vida acadêmica na EEUSP Profª Drª Lislaine, Profª Drª Emiko, Profª Drª Amelinha, Profª Drª Elizabeth, Profª Drª Cláudia, Profª Drª Elma e Profª Drª Maria Alice.

À Profª Drª Méia que, foi uma pessoa que me deu incentivo e a confiança encorajadora nos primeiros passos desta trajetória. Com seu sorriso e carinho e suas tão valiosas contribuições, muito obrigada!

Aos queridos Professores que me ajudaram na finalização estatística de meu trabalho, verdadeiros mestres, Profª Drª Iara e Profº Drº Neil.

A meus amigos da EEUSP, Tatiane, Rosalinda, Rosemeire, Roseli, Alfredo, Rebeca, Maíra, Evelyn e tantas outras pessoas.

Às alunas da Iniciação Científica da EEUSP, que me ajudaram na realização da coleta de dados, em especial, Vanessa.

Aos funcionários do departamento da Saúde Coletiva, pela sua dedicação e gentileza por sempre estarem disponíveis a ajudar.

A tão querida Terezinha, do departamento da Saúde Coletiva, que sempre estava presente com seu carinho, dedicação e sorriso.

A todas as participantes (mulheres puérperas), pela rica contribuição, sem vocês seria impossível realizar este trabalho.

À Fundação Amparo Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por ter aprovado meu projeto de pesquisa, por meio de financiamento para assim concluir meu doutorado.

A meus colegas de trabalho de Itapecerica da Serra, Alexei e Valéria, enfermeiros, que me deram apoio para realização das atividades do doutorado liberando-me, muitas vezes, em horários de trabalho.

A minha grande amiga Luciana que, com sua dedicação, me ajudou a compartilhar meu trabalho na busca bibliográfica.

Á profª de Português, Ivone Boreli, que me ajudou na revisão de português.

Bueno L.C.S. Depressão pós-parto no município de Itapecerica da Serra: prevalência e fatores associados [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A depressão está entre as principais causas de incapacidade nas mulheres, sendo a idade fértil o período com maior prevalência de episódios depressivos. Os transtornos mentais do pós-parto afetam mulheres de forma ampliada e, nesse período, o que mais acontece são as: disforias (chamadas de melancolias), as depressões pós-parto e as psicoses puerperais. Apesar de sua importância e dos avanços instituídos na atenção à saúde da mulher no Brasil, ainda existem poucos estudos a respeito de sua prevalência. **Objetivos**: Caracterizar a prevalência da depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra com o uso da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS); Identificar fatores sociais, econômicos, familiares e de acesso ao serviço de saúde associados à ocorrência de DPP. **Método**: Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e transversal que analisou os fatores de risco associados a ocorrência do fenômeno, com o uso da EPDS, considerando-se a DPP se atingida a pontuação ≥ 12, e um formulário de caracterização socioeconômica e familiar da puérpera, elaborado pela própria pesquisadora. Participaram da pesquisa 168 puérperas (entre 10 e 60 dias, após o parto) entrevistadas nas UBS(s), em suas residências e em uma clínica privada no município do estudo. O cálculo amostral baseou-se na estimativa da prevalência de 30% de DPP, com nível de significância de 0,05 a 5% e erro absoluto de mais ou menos 7% ou 6%. Para a análise estatística, utilizou-se o programa Bio Estatístico 5.0, aplicando-se o Teste de Mann Whitney, para comparar as tendências centrais de duas amostras independentes (primíparas e multíparas) e o Teste do Qui-quadrado para estudar a dependência entre as duas variáveis, por meio de tabelas de contingência. O nível de significância foi fixado em 0,05 visando-se obter um resultado de relevância para o objeto do estudo. **Resultados:** A DPP teve uma prevalência de 43,4 % incidindo em 30 (17,8%) mulheres primíparas e 43 (25,6%) das multíparas com DPP. Na amostra, prevaleceram as seguintes características entre as puérperas com DPP: faixa etária entre 19 e 35 anos de idade, sendo (74,4%), na escolaridade salientou-se o ensino médio (48,8%), a renda familiar foi de 1 a 3 salários-mínimos com proporção de 55,9%, ocupação dona de casa (49,4%), cor da pele branca (48,2%), religião católica (47%), sexo do bebê oposto ao esperado (53,5%), com histórico de problemas hormonais (69,04%), cansaço físico no período puerperal (31,5%) e sem suporte familiar

na volta da maternidade (22%). **Conclusões:** O estudo permitiu identificar as prevalências com possibilidades de aprimorar a assistência. Ao se pensar em uma assistência com qualidade, o suporte emocional e a identificação precoce de uma possível DPP tornam mais eficientes o trabalho. Com os dados obtidos, percebeu-se a necessidade de ampliar a dimensão do cuidado, sobretudo, na atuação direta do puerpério das mulheres que já realizaram o pré-natal, trazendo-lhes uma assistência mais segura, evitando, assim um aspecto da morbidade materna que interfere fortemente no desenvolvimento infantil.

Palavra-chave: Depressão pós-parto. Prevalências. Enfermagem Saúde da mulher.

Bueno L.C.S. Postpartum depression in the municipality of Serra Itapecerica: prevalence and associated factors [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Depression is among the leading causes of disability in women, the childbearing period with a higher prevalence of depressive episodes. Mental disorders affect postpartum women in a wider sense, and in that period what else happens are: disphorias calls (melancholy), postpartum depression and postpartum psychosis. Despite its importance and the advances introduced in the health care of women in Brazil, there are few studies about its prevalence. Objectives:To characterize the prevalence of postpartum depression women in the municipality of Serra Itapecerica using the scale of the Edinburgh postpartum (EPDS) depression; Identify social , economic , family, and access to health service factors associated with occurrence of PPD. Method: This was a descriptive cross-sectional epidemiological character study that examined the risk factors associated with the occurrence of the phenomenon , using the EPDS , considering the DPP is achieved scores ≥ 12 , and a form of socioeconomic characterization familial puerperal prepared by the researcher . The study gathered 168 women (between 10 and 60 days after birth) interviewed in UBS (s) in their homes and in a private clinic in the city of study. The sample size calculation was based on the estimated prevalence of 30 % of PPD , with a significance level of 0.05 to 5 % and absolute error of plus or minus (7% or 6%), thus estimating the following sample size. For statistical analysis, we used the Statistical Bio 5.0, applying the Mann Whitney test to compare the central tendencies of two independent samples (primiparous and multiparous) and Chi-square test to study the dependence between the two variables by means of contingency tables. The significance level was set at 0.05 aiming to obtain a result relevant to the object of study. Results: The DPP had a prevalence of 43.4% focusing on 30 (17.8%) and 43 primiparous women (25.6%) of multiparous with DPP. In the sample, the following characteristics prevailed among the mothers with PPD: age between 19 and 35 years of age, being (74.4%), in education stressed out high school (48.8%), family income was 1-3 minimum wages and ratio of 55.9%, ocupassion housewives (49.4%), were white (48.2), Catholics (47%), the sex opposite to that expected (53.5%) baby with hormonal problems (69.04%), physical fatigue in the postpartum period (31.5%) and no family support in the back maternity (22%). Conclusions: This study identified the prevalence with possibilities of improving care. When you think of quality care, emotional support and early identification of possible DPP become more efficient work.

With the data obtained, we realized the need to expand the dimension of care, especially in the direct performance of postpartum women who have already performed prenatal bringing them safer care, thus avoiding an aspect of maternal morbidity interfering heavily on child development.

Keyword: Postpartum depression. Prevalence. Nursing Women's Health.

ABREVIATURAS

AMS	-	Autarquia municipal de Saúde
CEP	-	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPD	-	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
EPDS	-	Edinburgh Postnatal Depression Scale (No Exterior)
EPDS	-	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (No Brasil)
FAPESP	-	Fundação Amparo Pesquisa do Estado de São Paulo
MEZD	-	Maternidade Eva Zoraide das Dores.
DPP	-	Depressão pós-parto.
HGIS	-	Hospital Geral de Itapecerica da Serra.
NIAC	-	Núcleo de Informação, Avaliação e Controle.
MS	-	Ministério da Saúde.
OMS	-	Organização Mundial da Saúde.
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
SISPRÉNATAL	–	Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
SUS	-	Sistema Único de Saúde.
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido.
UBS	-	Unidade Básica de Saúde.
VE	-	Vigilância Epidemiológica.
VD	-	Visita Domiciliária.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Nº de Habitantes de Itapecerica da Serra / Estimativas populacionais– Período 2012..... 53

Gráfico 2 - Presença de DPP em Itapecerica da Serra, 2013..... 68

Gráfico 3 - Histograma da pontuação do Escore da EPDS, Itapecerica da Serra, 2014..... 71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Puérperas primíparas e multíparas com e sem DPP, de acordo com os testes de Mann Whitney aplicados em cada uma das questões da EPDS, ... 69

Tabela 2 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a faixa etária no município de Itapecerica da Serra, 2013. 73

Tabela 3 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com escolaridade no município de Itapecerica da Serra, 2013. 75

Tabela 4 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com renda familiar no município de Itapecerica da Serra, 2013. 76

Tabela 5 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a ocupação no município de Itapecerica da Serra, 2013. 77

Tabela 6 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a cor da pele no município de Itapecerica da Serra, 2013. 79

Tabela 7 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a religião no município de Itapecerica da Serra, 2013. 80

Tabela 8 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a faixa etária no companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013. 82

Tabela 9 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a ocupação do companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013. 83

Tabela 10 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a moradia com o companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013. 84

Tabela 11 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com planejamento da gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013. 85

Tabela 12 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a percepção de ocorrência da gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013. 88

Tabela 13 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o método contraceptivo escolhido no município de Itapecerica da Serra, 2013. 89

Tabela 14 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o acompanhamento de exames de prevenção preparatórios para a gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013. 91

Tabela 15 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o acompanhamento médico durante o pré-natal no município de Itapecerica da Serra, 2013. 91

Tabela 16 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o suporte familiar após a volta da maternidade (puerpério) no município de Itapecerica da Serra, 2013. 93

Tabela 17 - Prevalência de DPP nas puérperas, em relação à percepção do aspecto físico no puerpério do município de Itapecerica da Serra, 2013. 95

Tabela 18 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com problema hormonal em relação ao que as mulheres sentem no município de Itapecerica da Serra, 2013. 96

Tabela 19 - Prevalência de DPP nas puérperas, para verificar se o bebê foi ou não do sexo esperado no município de Itapecerica da Serra, 2013. 97

Tabela 20 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o tipo de parto no município de Itapecerica da Serra, 2013. 98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estatísticas vitais e saúde no município e suas comparações..... 54

Quadro 2- Condições de vida no município com comparações..... 55

Quadro 3- Emprego e rendimento no município com comparações..... 56

Quadro 4- Nº de habitantes por Faixa Etária do município de Itapecerica da Serra..... 57

Quadro 5 - Número de Partos realizados no município entre outubro de 2012 e maio de 2013, Itapecerica da Serra, 2014..... 60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Diagrama de Saúde e Bem estar..... 47

Figura 2- Mapa da Região de Itapecerica da Serra-SP..... 51

Figura 3- Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município..... 52

Figura 4- Mapa com indicações das UBS (s) e da Clínica privada onde foram entrevistadas as participantes, Itapecerica da Serra, 2013 (grifo da autora em vermelho para destacar os lugares onde foram feitas as entrevistas)..... 59

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA **5**

AGRADECIMENTOS **7**

ABREVIATURAS **13**

LISTA DE GRÁFICOS **14**

LISTA DE QUADROS **17**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES **18**

APRESENTAÇÃO **21**

1 INTRODUÇÃO **23**

1.1 DEPRESSÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS 23

1.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO 26

1.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E AS PREVALÊNCIAS 29

2 OBJETIVOS **35**

2.1 OBJETIVO GERAL 35

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 35

3 REFERENCIAL TEÓRICO **36**

3.1 INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER 38

3.2 EQUIDADE NA SAÚDE DA MULHER 41

3.3 REORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 45

4 MATERIAL E MÉTODO 49

4.1 TIPO DE ESTUDO 49

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO 50

4.3 POPULAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE ACORDO COM DADOS DO DATASUS, 2012. 53

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 58

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 61

4.6 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS 64

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA 65

4.8 ASPECTOS ÉTICOS 66

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO **67**

5.1 APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA 67
5.2 RESULTADO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DA EPDS..... 68
5.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA SOCIOECONÔMICA E FAMILIAR..... 72
5.4 DISCUSSÃO GERAL SOCIOECONÔMICA E FAMILIAR... 99

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 102

6.1 RECOMENDAÇÕES Á SEREM CONSIDERADAS AO MUNICÍPIO EM QUESTÃO 105

7 REFERÊNCIAS..... 106

ANEXOS..... 124

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela realização deste estudo é fruto de minha vivência e de meu cotidiano como mãe, enfermeira obstetra, docente e, na atualidade, pesquisadora, e pelo desejo de construir melhores alternativas de intervenções nas práticas em Enfermagem e em saúde.

Em minha infância no interior do Rio Grande do Sul, Ijuí, percebia como as mulheres e os homens viviam com seus filhos, sempre em mundos diferentes, e como essas mulheres exerciam seu papel de mãe, após o nascimento dos filhos. Desde minha infância, notei que a mãe tem o papel de cuidadora e responsável pela educação e cuidado de seu filho e que isso, muitas vezes, as leva a ficar em segundo plano.

Desde a graduação de enfermagem, sempre atuando na saúde da mulher no cotidiano das práticas de atenção à gestante e à puérpera, venho sentindo grande inquietação para melhor entender os desafios da profissão. Assim, após anos de trabalho, tive a necessidade de aprofundar minhas reflexões a respeito da assistência voltada à puérpera, por vivenciar situações em minha prática que me levaram a conhecer estas mulheres que frequentam os serviços de saúde e precisam de um cuidado geral.

Nas disciplinas do doutorado, questões do âmbito da clínica, de novas tecnologias e instrumentos a serem aplicados foram discutidas e ampliaram as práticas do cotidiano e, desse modo, possibilitaram-me desvendar o tema de meu estudo com uma experiência tão significativa do grupo de pesquisas “Modelo tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde”, coordenado pela Orientadora Professora Doutora Anna Maria Chiesa, que sabiamente me conduziu nesta jornada.

A temática da depressão pós-parto foi discutida no grupo de pesquisa, que abriu muitos horizontes para as perspectivas de atuação na prática e novas contribuições à saúde da mulher no município em questão.

Ao desejar saber mais sobre as necessidades dessas mulheres, que vivenciam o período puerperal e apresentam agravos relacionados à depressão pós-parto, cada vez mais fui me surpreendendo com a complexidade do tema, dedicando-me ao estudo para encontrar a prevalência de depressão pós-parto no município. Percebi que existe um longo caminho a ser percorrido, pois, o processo de produção do conhecimento e a mudança na assistência são contínuos, e a cada dia necessitam ser aprimorados.

1 INTRODUÇÃO

Nesta tese, pretende-se estudar a depressão pós-parto pela sua importância na saúde da mulher e contribuir nas práticas de saúde para melhor esclarecer os diagnósticos e respectivos tratamentos baseados em novos instrumentos que colaboram para oferecer a essas mulheres maior integralidade e prevenção da saúde. Assim, iniciaremos partindo dos aspectos mais gerais da depressão.

1.1 DEPRESSÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS

A depressão é um transtorno psiquiátrico relevante e já descrito há muito tempo. Hipocrátes (460-375 a.C) conhecia os sintomas depressivos e ensinava que era um excesso de bile negra chamada de *melancholi* que significa humor negro (Kogima, 2010).

O médico judeu Moses Maimonides, que viveu no século XVIII, classificou a melancolia como uma entidade patológica distinta. Em 1686, Bonet reconheceu o transtorno mental (depressão), como *maníaca-melancholicus.* Em 1882, o alemão Karl Kahlbaum apresentou a mania e a depressão, como estágios da mesma doença, e também a mania e a depressão severa são classificados como transtornos bipolares (Kogima, 2010).

O final do século XX e início do XXI foram marcados por um profundo aumento das patologias psiquiátricas, fazendo com que se alcançassem índices alarmantes de ocorrência (BRASIL, 2010). A WHO (World Health Organization, 2010) reconhece a depressão como um transtorno mental comum, caracterizado pela tristeza, perda de prazer ou interesse, sentimentos de culpa ou baixa

autoestima, distúrbios no sono ou no apetite, pouca energia e concentração prejudicada. Tais distúrbios podem se tornar crônicos ou recorrentes, extremamente incapacitantes quanto à habilidade de lidar com a vida diária. Conforme o grau de severidade, a depressão pode levar ao suicídio, uma fatalidade trágica associada à perda de 850.000 vidas a cada ano (Word Health Organization, 2010).

A depressão é considerada pela psiquiatria como uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento (Gomes et al., 2010). É também caracterizada como um sofrimento, manifestado tanto nas esferas afetiva como física, afetando as condições fisiológicas, em geral. É concebida como uma manifestação do psicossocial, expressada como uma doença que abarca diferentes formas de experiência de mal-estar, sentimentos reunidos nas condições de exclusão e solidão (Nóbrega, Fontes e Paula, 2005).

Os indivíduos deprimidos encontram uma variada série de queixas somáticas, entre elas: aflição gastrointestinal, dor intermitente ou crônica, irritabilidade, palpitações, tonturas, mudanças no apetite, falta de energia e alteração no impulso sexual ou perturbação do sono (Felix, Gomes e França, 2008).

De acordo com Wilkinson; Moore e Moore (2003, p. 21), afirmam que:

> A doença depressiva é um aumento exagerado de sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa perturbação do humor, de gravidade e duração variável, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Conforme a classificação do DSM-IVTR (APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorded text Revised, 2000) e a OMS,

no CID-10 (Classificação Internacional das Doenças 2009) os sintomas clínicos da depressão são: humor depressivo, tristeza, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia (no início, na metade ou final do sono), fadiga ou perda de energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, indecisão ou capacidade diminuída de pensar, ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrente (OMS, 2011).

Alguns estudos epidemiológicos vêm demonstrando diferenças de classes na incidência e prevalência em curso dos transtornos mentais e do comportamento. As mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e humor que os homens, e estes têm maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo, álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Também vêm sendo identificados diferentes padrões de comorbidades psiquiátrica e física em mulheres e homens (Valença e Germano, 2010).

A partir da revisão número 10 do CID, manual da OMS, passou a haver compatibilidade entre o CID-10 e o DSM (3ª edição, revisada), no que diz respeito à classificação dos transtornos mentais. Ou seja, os sintomas para que se classifique um transtorno mental como a depressão, são os mesmos em ambos os manuais (Kogima, 2010).

Na depressão em mulheres e homens a diferença de prevalência é bastante conhecida e documentada. Essa diferença vem sendo observada em várias regiões do mundo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e critérios operacionais. A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0, com uma média de duas mulheres para cada homem (Kogima, 2010).

Estima-se que 73 milhões de mulheres adultas ao redor do mundo apresentem um episódio de depressão a cada ano. Transtornos que sucedem o parto, inclusive, a depressão pós-parto, têm afetado em torno de 13% mulheres no primeiro ano de vida do bebê (Aguiar, Silveira e Dourado, 2011).

A gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher; pois, são períodos de grandes transformações, não só em seu organismo (envolvendo todos os sistemas fisiológicos), mas também em seu psiquismo e em seu papel socioeconômico e familiar. O primeiro mês, após o parto é, talvez, o período em que a mulher encontra-se emocionalmente mais vulnerável (Moraes et al., 2006).

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal e esta associada a vários fatores de risco, como: antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, fatores socioeconômicos e familiares, eventos estressores e história de violência doméstica. As evidências demonstram que a depressão pré-natal é o principal fator de risco para depressão pós-natal, podendo, muitas vezes, ser uma continuação da depressão iniciada na gestação (Schimidt e Picoloto-Müller, 2005).

1.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A gravidez é um momento de profunda complexidade na vida de uma mulher, é um período caracterizado por diversas transformações biológicas, psicológicas e sociais, que afetam sua saúde mental e física e também exerce influência na saúde do bebê (Valenca, Germano, 2010).

Para algumas mulheres, a maternidade é acompanhada de uma série de afetos depressivos ou experiências de desorganização. Essa vivência de tristeza no pós-parto recebe várias denominações que são nomeadas pelas ciências médicas de várias formas (Schwngber e Piccinini, 2003).

Uma das formas conhecidas desse problema é a Depressão Pós-Parto (DPP), transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas (Kogima, 2010). O desenvolvimento do transtorno psiquiátrico é um evento comum em mulheres no período reprodutivo. A depressão no ciclo gravídico-puerperal é uma condição frequente, cujo manejo clínico é complexo, e os limites entre o fisiológico e o patológico são estreitos (Gomes et al., 2010).

Na DPP, a diferença é que tais sintomas podem aparecer na mãe, entre um mês, um ano ou mais, após o nascimento da criança. Ao contrário do que se possa pensar, é um distúrbio não só de ordem psicológica, mas também biológica e social (Araujo, Vilarim, Sabroza e Nardil, 2009; Lima, 2011).

Os pensamentos recorrentes de morte e suicídio, muitas vezes, considerados como depressão severa (psicose puerperal), incluindo os seguintes sintomas: quadro alucinatório delirante, grave e agudo, delírios que envolvem seus filhos, risco para a própria mulher e ao bebê, excessiva ansiedade em torno da saúde da criança, inutilidade ou fracasso em relação à maternidade são também comuns (Kalckmann, Batista, Medeiros, Di Giacomo e Souza, 2010; Stapleton et al. 2012; Zanotti, Saito, Rodrigues e Otani, 2003).

Ao contrário do "blues" pós-parto, neste caso, as pacientes são incapazes de concretizar suas tarefas habituais. Trata-se de uma condição que interfere substancialmente no funcionamento da mulher (Logsdon et al., 2006). Apresentando sintomas como:

irritabilidade fácil, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, perturbações alimentares e de sono, sensação de incapacidade para lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus et al., 2000).

A DPP é um importante problema de saúde pública, que afeta a saúde da mãe como o desenvolvimento de seu filho. Na maioria dos casos, a manifestação do quadro ocorre, a partir das primeiras 4 semanas, após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos 6 primeiros meses (Aguiar, Silveira e Dourado, 2011).

Há evidências que a depressão não tratada no puerpério está associada a prejuízos cognitivos na relação mãe-bebê e a anormalidades eletroencefalográficas. Nessa fase, complicações mais severas são: risco de suicídios e infanticídios (Cordas e Salsano, 2006). Além de representar um problema para a puérpera, a DPP acomete também o bebê, dada a intensidade de cuidados que este demanda no período inicial da vida.

Quando o bebê é bem cuidado, rapidamente, se estabelece como pessoa, para ser um futuro cidadão, ao passo que aquele que não recebe apoio e que apresenta cuidados inadequados na primeira infância tende a mostrar padrões de comportamento caracterizados por inquietude, estranhamento, apatia, inibição e complacência, transformando-se em um indivíduo inseguro e incapaz. Para que os bebês convertam-se em adultos saudáveis e independentes, é necessário que lhes seja dado um bom princípio ao nascer, que está assegurado no ambiente familiar, pela existência de um vínculo saudável entre a mãe e o seu bebê (Winnicott, 2001).

1.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E AS PREVALÊNCIAS

A DPP é uma condição que afeta, globalmente, as puérperas com uma prevalência média estimada entre 10% e 15%. Entretanto, esta prevalência média não parece representar adequadamente as discrepâncias entre diferentes países onde foram encontradas taxas variando de 0,5% a 60%. No Brasil, estudos de prevalência apontam taxas em torno de 12% a 30%. O quadro inicia-se em algum momento, durante o primeiro ano do pós-parto, com maior incidência entre as 4ª e 8ª semanas. Embora a alta prevalência e seus efeitos também sejam potencialmente deletérios na mãe e em seu filho, com frequência, a depressão pós-parto é pouco detectada e tem significado um problema de saúde pública, exigindo estratégias, para que possa ser prevenida ou identificada precocemente, acompanhada e tratada (Aliane, Mamede e Furtado, 2011; Bottino, 2011; Glasser et al., 2012; Menta e Souza, 2010; ; Mathisen et al., 2013; Sharma & Sharma, 2012).

DPP é um episódio depressivo que geralmente, se inicia no primeiro mês, após o parto, podendo estender-se por anos. Mas, é importante destacar a diferença entre DPP e tristeza pós-natal (postpartum blues), que é a alteração de humor mais comum do puerpério, com prevalência de 30% e 75%, na qual os sintomas são leves, ocorrem na primeira quinzena pós-parto, e o quadro tende a se resolver espontaneamente. No outro extremo, destaca-se a psicose puerperal, que representa um quadro mais grave, felizmente raro, com incidência entre 0,1% e 0,2% e que se constitui em uma emergência médica, por apresentar risco de vida à puérpera e a seu recém-nascido por suicídio e infanticídio, respectivamente (Bottino, 2011; Souza, 2012).

Marino et al., (2012) questionam o fato de que, muitas vezes, se considere que o período da gravidez seja um indicativo de “boa saúde mental”, negligenciando-se uma avaliação mais detalhada da

dimensão emocional da mulher. Recentemente, vários estudos vêm apontando que muitas mulheres grávidas, sobretudo, no período pós-parto, apresentam os sintomas depressivos, e suas consequências são enormes à saúde mental da mãe e ao desenvolvimento psíquico do bebê. Com isso, é importante a realização de uma boa triagem durante o pré-natal e pós-parto para intervir precocemente na DPP.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um episódio depressivo pode ser leve, moderado ou severo, dependendo dos sintomas que a paciente apresentar, com a presença de humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda de interesse nas atividades anteriormente agradáveis–perda de prazer), associada aos seguintes sintomas: alteração significativa de peso ou de apetite, insônia ou sono excessivo, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, fadiga ou perda de energia, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio; o que pode, por vezes, ocorrer em todas as fases de depressão pós-parto (Bottino, 2011; Marino, et. al., 2012; OMS, 2009).

A depressão está entre uma das principais causas de incapacidade nas mulheres, sendo a idade fértil o período com maior prevalência de episódios depressivos (Goodman, 2007; O'Hara, 2009). Os transtornos mentais do pós-parto afetam mulheres de forma ampliada, e nesse período o que mais acontece são as: disforias (chamadas de melancolias), as depressões pós-parto e as psicoses puerperais.

Dentre as complicações advindas da DPP, temos o comprometimento da ligação mãe-filho e suas consequências como: desmame precoce, ganho ponderal insatisfatório da criança, maior número de internações hospitalares, além de déficit cognitivo e problemas de comportamento e aprendizado. Além disso, a DPP

pode alterar a dinâmica familiar, prejudicando também a relação com o parceiro (Bottino, 2011, Chaves, 2012).

Para Aliane, Mamede e Furtado (2011), inicialmente, essas implicações podem se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e, futuramente, contribuírem, como um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios afetivos na idade adulta.

Pinna e Zompo (2012) citam que estudos mais recentes revelam que a DPP é uma doença complexa, determinada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais.

A sintomatologia depressiva pode ser predita pelas complicações físicas decorrentes do parto, história de problemas obstétricos, demora em estabelecer vínculos com o bebê, dificuldade na adaptação da vivência no pós-parto e preocupações com a própria saúde e a do bebê (Pinna e Zompo, 2012).

A depressão pós-parto pode ainda ser associada à gravidez não desejada, baixo nível socioeconômico, baixa autoestima; estresse no cuidado com a criança; baixo peso do bebê, gestação precoce ou idade avançada da mãe, grande número de filhos, morte de pessoas próximas, separação do casal durante a gravidez, dificuldade em amamentar por falta de orientação, histórias de transtornos psiquiátricos prévios, eventos estressantes durante a gestação e, nos últimos 12 meses, que antecedem esses períodos, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, idade inferior a 16 anos, desemprego tanto da puérpera como do parceiro e ausência de suporte social (Aceti et al., 2012; Aliane, Mamede e Furtado 2011; Menta e Souza, 2010).

Além dos problemas citados, é possível também incluir questões a respeito de alterações emocionais, como por exemplo, a aceitação de um filho, que chegará, com o sexo diferente daquele

esperado, relações afetivas conflituosas com a família, falta de suporte emocional tanto, por parte dos familiares e como da equipe de saúde, cansaços e desgastes familiares, tristeza, perda de sono e tantos outras alterações que correspondem às ansiedades e aos níveis de excitações na vida da mulher (Aceti et al., 2012; Braguitoni et.al., 2006; Bottino, 2011; Menta e Souza, 2010).

A falta de apoio social é um dos fatores mais identificados, como preditivos de DPP, englobando diferentes fontes de apoio, entre elas, o parceiro, a família, amigos e a sociedade. Níveis inadequados de apoio emocional ou do parceiro correlacionam-se com o desenvolvimento de DPP (Bottino, 2011; Stapleton et.al., 2012)

Mathisen et al. (2013); Ozbasaran, Coban e Kucuk (2011) apontam que a depressão pós-parto é uma doença prevalente com consequências negativas às mulheres, bebês e à família como um todo. A maioria dos estudos vem sendo realizado em países ocidentais. Conforme os autores citados, os profissionais da saúde devem estar cientes da alta taxa de prevalência e possíveis fatores de risco, para que essas mulheres possam receber apoio e tratamento adequado.

Azevedo (2010) apontou uma forte associação entre violência física, entre parceiros íntimos e a DPP. Para Ludemir et al. (2010) a presença de abuso psicológico durante a gestação está fortemente associada ao desenvolvimento de DPP. O mesmo estudo mostrou risco aumentado de DPP em mulheres que não viviam com seus parceiros, com menor escolaridade, desempregadas e aquelas com pouco apoio social. Rich-Edwards et al. (2006) encontraram maior risco de DPP em mulheres com maior número de gestações, maior paridade e maior número de filhos vivos. Choi; Bishai, Minkovitz (2009) mencionam que há um risco 40 vezes maior em mães de filhos gêmeos em comparação com as de gestação única, mesmo

após o ajuste para as características demográficas e socioeconômicas.

Para Liberto (2012), outro elemento que agrava o problema é o fato das mulheres, geralmente, não procurarem ajuda para a depressão. Assim, a relação com o obstetra, às vezes, termina logo após o nascimento do bebê e, muitas vezes, os sintomas de depressão são percebidos somente nas consultas iniciais do pediatra. O reconhecimento e o tratamento precoce da DPP são imperativos aos resultados positivos na interação mãe-bebê.

O registro do estado psicológico ainda durante a gestação é importante, tendo enfoque especial nas multíparas queixas somáticas e de tristeza, ansiedade e irritação. O conhecimento do estado emocional durante a gravidez permite inferências sobre o psicológico no puerpério (Schwngber e Piccinini, 2003; Schmidt e Picocoloto, 2005). Essa avaliação poderá ser feita por meio de entrevistas, instrumentos e questionários, e uma assistência mais ampliada para rastrear a depressão pós-parto (Halbreich e Karkun, 2006).

Antunes e Fontaine (2005) demonstram que o suporte emocional ou prático oferecido pela família, amigos e profissionais envolvidos na assistência prestada às mulheres no pós-parto contribui, para que a mulher sinta-se mais amada, estimada e segura. Este suporte pode ser oferecido sob a forma de: demonstração de afeto, disponibilidade para companhia, acesso à assistência e informação.

Assim, é importante que haja engajamento da família, dos amigos e dos profissionais para propiciar a percepção do suporte social, que se torna um possível fator protetor para DPP. Enfim, a assistência afetiva, combinada com os procedimentos terapêuticos, tanto médicos como psicológicos e de enfermeiros colabora para a melhora nesse período.

Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só à saúde da grávida e puérpera, como também à saúde sexual e reprodutiva da população geral (Bazemore, Paulson, 2010).

Dessa forma, o (a) enfermeiro (a) pode exercer um papel decisivo no reconhecimento da DPP, porque os serviços de saúde onde ele se encontra inserido, representam a porta de entrada para um acolhimento e um melhor direcionamento da eficácia adequada da puérpera, correspondendo ao tratamento de prevenção para a depressão. Mas para isso, há necessidade de conhecimento e capacitação sobre o assunto (Esteffan et al., 2009; Menta e Souza, 2010).

Ainda que a referência geral de 0,5% a 60% de prevalência de DPP seja feita para a esfera global, a maior frequência para o universo brasileiro é de até 40%. Não se conhecia a realidade do município de Itapecerica da Serra. Portanto, esta pesquisa foi realizada buscando verificar a prevalência do fenômeno no referido município, para assim melhor desenvolver intervenções de detecção precoce da DPP.

Entendemos que a visibilidade da prevalência de DPP na população estudada demonstre sua relevância, como um problema de saúde pública. A compreensão da realidade das mulheres que passam pelos sintomas de depressão pós-parto poderá contribuir para aprimorar os serviços de saúde, tanto na rede básica como na hospitalar. Assim, o presente estudo buscou responder à seguinte questão: qual a prevalência de depressão pós-parto nas mulheres do município de Itapecerica da Serra e quais são os principais fatores associados ao problema?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a prevalência de depressão pós-parto das mulheres primíparas e multíparas do município de Itapecerica da Serra.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a prevalência de depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra com o uso da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).
- Identificar fatores sociais, econômicos, familiares e de acesso ao serviço de saúde associados à ocorrência de DPP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) envolve a integralidade e a equidade como princípios norteadores.

Desse modo pretende-se estudar o agravo da DPP à luz dos conceitos de integralidade, equidade e a reorientação dos sistemas e serviços na perspectiva da promoção da saúde.

O conceito de integralidade subjaz a perspectiva de estudar um fenômeno ainda oculto na área da saúde da mulher e encontra-se vinculado aos aspectos da subjetividade.

A equidade permite reconhecer as necessidades distintas e, assim, norteia a busca pelo conhecimento das diferenças da DPP entre os grupos de multíparas e primíparas, no sentido de reconhecer os fatores associados e relevantes em cada grupo.

Outro conceito utilizado para análise dos resultados desse estudo é o eixo de reorientação dos sistemas e serviços de saúde da carta de Ottawa, como elemento de transformação da realidade assistencial no sentido de incorporação da integralidade e equidade.

A primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa 1986, elabora a Carta dirigida à execução do objetivo “Saúde para todos no Ano 2000”. Antes de tudo, esta Conferência é uma resposta à crescente demanda por uma nova Concepção de Saúde Pública no Mundo (Brasil, 2000).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco histórico na saúde brasileira, quando, pela primeira vez, a saúde foi proposta, como direito de todos e dever do Estado. Além disso, ganhou um sentido mais abrangente no tocante às condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde, além de ter sido compreendida como resultado das formas de

organização social da produção, que podem resultar em desigualdades sociais nos distintos níveis de vida (Brasil, 2000).

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, o grupo deve ser capaz de identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (Brasil, 2000).

A saúde, então, não vem como um objetivo, mas, como uma fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de forma de vida sadia (Brasil, 2000; Valla, 1999).

A promoção da saúde consiste em alcançar a equidade, integralidade e igualdade. Sua ação tem como objetivo a redução das diferenças no atual estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam à população desenvolver ao máximo sua saúde potencial (Brasil, 2000).

Para fomentar a saúde, deve-se ir além do mero cuidado com a mesma, é necessário fazer parte da ordem do dia dos responsáveis na elaboração dos programas políticos, em todos os setores e níveis, com o objetivo de conscientizá-los das consequências de suas decisões levando-os a assumir as responsabilidades (Brasil, 2000).

Em 1988, a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi ampliada e consolidada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, onde os governos comprometeram-se, até a data limite de 2015, a assegurar o acesso de todas as pessoas aos cuidados primários e aos serviços de saúde reprodutiva. Os acessos a esses serviços e ao aconselhamento, incluindo o planejamento familiar,

traduzem-se nos benefícios diretos à saúde de mães e filhos, permitindo àquelas uma participação na vida econômica e social. O estatuto social é decisivo para a saúde reprodutiva, sendo importante às mulheres, também à geração seguinte (ONU, 1994).

Por meio desses conceitos, poderemos avaliar as ações preventivas para incluir a integralidade e a equidade na assistência a saúde materna e infantil, com uma melhor reorientação dos serviços, ampliando as dimensões do cuidado.

3.1 INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER

No ciclo gravídico-puerperal, trabalhar com o panorama da saúde da mulher é reconhecer os agravos de saúde na perspectiva de ampliar práticas de prevenção e integralidade.

As experiências da gestação e do puerpério são largamente influenciadas pelo conjunto de sentimentos hostis e amorosos da mulher para com seus próprios familiares. Como as evidências sugerem que a depressão pós-parto seja, de fato, um problema multideterminado de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, que envolvem os agravos de saúde apresentados pelas mulheres, torna-se importante identificar precocemente esses sintomas e dimensionar práticas de cuidado que visem à promoção da saúde no pré-natal e puerpério (Duncan, Giugliani e Schimidt, 2006).

Embora a assistência ao pré-natal seja uma ação disponibilizada de longa data no Brasil, a perspectiva da integralidade é fruto dos movimentos feministas da década de 1980 que culminaram com a proposição do PAISM (Kalckmann, Batista, Medeiros, Di Giacomo e Souza, 2010).

Hoje em dia, o termo “direito” é banalizado, visto que parece que a lei já o garante nos direitos humanos e nunca foi tão discutido neste novo

milênio. Sabemos que os direitos foram conquistados ao longo dos anos, mas ainda estamos na luta pelo reconhecimento da igualdade, integralidade e equidade de todas as pessoas (Kalckmann, Batista, Medeiros, Di Giacomo e Souza, 2010). Portanto é preciso entender melhor a dimensão do cuidado da saúde materna e infantil em seu ciclo de vida.

Como descrito, o atendimento à mulher envolve, além do diagnóstico epidemiológico, luta por melhores condições de vida, ou seja, acesso ao lazer, à alimentação, à moradia, educação, salários e condições de trabalhos adequados, bem como a compreensão de questões culturais de sua realidade, tornando-se fundamental para a prevenção e integralidade de sua saúde (Brasil, 2007; Coelho, 2003).

Neste sentido, é importante atentar-se à saúde da mulher em todos os aspectos, suas inter-relações e complexidades, ouvindo suas ansiedades, contribuindo para o fortalecimento de suas capacidades, agindo com sensibilidade, afetividade e competência técnica e relacional, para assim, entender a ampla dimensão de cuidar da saúde materna e infantil.

Tradicionalmente, o puerpério é um período de "lacuna" assistencial, e qual o contato da mulher com os serviços de saúde fica reduzido, voltando-se mais à saúde do bebê. Em muitos casos, as depressões acontecem de modo inesperado por não existir um suporte para oferecer a essas mulheres, visto que os diagnósticos não são identificados precocemente. Para isso, tanto contribui o menor contato da mulher com os serviços como a falta de preparo dos profissionais para incorporar uma avaliação da dimensão emocional das puérperas.

Os sintomas de depressão pós-parto poderão surgir em qualquer outro momento do primeiro ano de vida da criança e não, somente, nas primeiras semanas, após o nascimento (Beck, 1992; Brown et al., 1986; Klaus et al., 2000; Murray et al., 1995).

Embora os efeitos devastadores da DPP, ainda sejam pouco identificados, parece ser comum em todas as classes sociais e culturais e tem significado um problema de saúde pública, pois mostra seus efeitos nocivos na mãe e em seu filho (Posmontier e Horowitz, 2004; Sharma & Sharma, 2012).

As ações de promoção da saúde, sempre com ênfase na integralidade do cuidado e prevenção de agravos, necessitam de uma reorganização do trabalho em saúde para viabilizar o enfrentamento dos problemas e as carências da população, conforme a visão fundamentada nas políticas públicas (Chiesa et al., 2009).

As mulheres representam a maioria da população brasileira (50,77%) e são as principais usuárias do (SUS). Buscam tais serviços para o atendimento de saúde, sobretudo, acompanham e cuidam dos filhos e outros familiares, pessoas idosas com deficiência, vizinhos e amigos, dando suporte a toda a comunidade (Brasil, 2011).

Assim sendo, é de extrema importância que haja uma visão ampla da mulher em relação aos índices demográficos, sociais e de saúde, para que, desta forma, seja possível construir uma assistência de saúde coerente com integralidade a essa parcela da população.

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção em um período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o “arcabouço conceitual” que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1980, 1984).

Desde então, o novo programa para a saúde da mulher se estabelece por meio de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, DSTs (doença sexualmente transmissíveis) e cânceres de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas, apoiadas no perfil populacional das mulheres, atendendo-as na atenção primária e secundária (Brasil, 1980, 1984).

Partindo da perspectiva da promoção e prevenção da saúde na atenção primária e secundária, cabe aos profissionais identificar os agravos.

Os agravos são identificados, quando há possibilidade de olhar, abrindo, assim, o conceito de necessidades incorporado pela equipe multidisciplinar. Isto se caracteriza pela "infinita variabilidade das necessidades humanas e as possibilidades que temos de até mesmo compreendê-las". Devemos entender as diferenças que existem entre as mulheres e os homens, isso permitirá desvelar os fenômenos agravantes no âmbito da promoção da saúde (Brizot, Carvalho, Francisco, 2008; Paim, 2006).

Com base na concepção ampliada de saúde sustentada pelo SUS, responder aos agravos e enfrentamentos em saúde deveria significar não só determinantes sociais do adoecer, mas, ir além das ações de prevenção, no sentido de identificar o que é necessário para ampliar a dimensão do cuidado (Campos, Bataieiro, 2007).

3.2 EQUIDADE NA SAÚDE DA MULHER

O Brasil é um país industrializado, encontra-se entre as dez maiores economias do mundo e conta com grandes diferenças econômicas regionais e também diversidade cultural (Leahy- Warren et al.

2011). Apesar da melhora econômica ser favorável, o País enfrenta diversos desafios na saúde da mulher, incluindo a maior taxa de cirurgias cesáreas do mundo e a correspondente à mortalidade materna. Neste âmbito, a média de 75 mortes por 100.000 nascidos, e para alcançar um dos objetivos do milênio será de 35 mortes por 100.000 nascidos, configurando-se como uma Meta não alcançada a despeito dos progressos na economia. (United Nations Development Programme [UNDP], 2012).

De acordo com o Censo Demográfico da Fundação Instituto Brasileiro de Estatística- IBGE (2012), a população total por situação de domicílio do Brasil é de 190.755.799. Deste total, 51% são mulheres e 49%, homens. Assim, o número de mulheres supera o de homens: 3.941.819. E a região Sudeste possui o maior número de mulheres, sobretudo, o Estado de São Paulo.

O século XX marcou a virada das mulheres brasileiras em níveis de escolarização, mercado de trabalho e como chefes de família, ultrapassando os homens. As mulheres estão superando os homens nos estudos, por exemplo, 85% dos 1,6 milhões de professores da educação básica em todo o País são do gênero feminino (Brasil, 2010; Godinho et al., 2005)

Elas sempre foram alunas do ensino médio entre os das 5ª a 8º séries do ensino fundamental. Em 1998, somavam 56% do total de alunos matriculados no ensino médio e 54% do ensino superior. Entre 1998 e 2010, as matrículas das mulheres no ensino fundamental cresceram 2,25%. Houve também um crescimento de 58% das matrículas nos ensinos médio e superior, a maioria conclui os estudos, representando uma diferença entre os homens. Neste século, as mulheres melhoraram seu perfil educacional (Brasil, 2010; Godinho et al., 2005).

Dentre os fatores socioeconômicos e culturais, que explicam o fato das mulheres superarem os homens, quanto ao nível de escolarização, o de maior influência foi o ingresso no mercado de trabalho. Isto vem

estimulando que tenham um melhor nível de escolaridade, para compensar a discriminação salarial (Brasil, 2008, 2009).

No decorrer das últimas décadas, a mulher vem conquistando seu espaço como pessoa e profissional e luta para ser protagonista de sua história, sobretudo nas questões ligadas à saúde. Os movimentos feministas buscam garantir os direitos das mulheres, disseminar o conceito de cidadania e estabelecer uma nova dinâmica de relações sociais entre homens e mulheres. Especialmente, lutam por uma maior participação feminina na sociedade, por melhores condições de vida e atendimento à saúde reprodutiva em todas as faixas etárias (Brasil, 2007).

Na realidade, a mulher ainda tem muitos caminhos a trilhar para reverter totalmente o papel passivo historicamente construído em relação à sua saúde. Precisa conhecer seu corpo, sua sexualidade, sua reprodução para que possa viver sua vida plenamente e se autodeterminar. A mulher brasileira ainda não tem totalmente a liberdade de escolha sobre o espaçamento das gestações, e a percepção de seu "leque" de opções é limitada para regular sua fecundidade (método contraceptivo mais adequado), embora assuma praticamente sozinha o planejamento do número de filhos (Brasil, 2010).

A OMS e o fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres morram anualmente por causas maternas, 95% das quais ocorrem nos países em desenvolvimento, onde nem sempre os óbitos resultantes de morte materna são corretamente notificados pelas autoridades de saúde, seja por negligência, descaso ou ignorância (OMS, 2011).

Em decorrência de complicações na gravidez e agravos que acontecem na saúde reprodutiva, ainda a mortalidade materna acaba afetando diretamente as mulheres, e constitui-se em um dos grandes problemas de saúde pública; no entanto, poderia inexistir ou ser reduzida. Grande parte dessas mortes deveria ser evitada, mediante a adoção de medidas relativamente simples, entre as quais, a melhoria da qualidade

de vida, a garantia de assistência adequada no ciclo gravídico-puerperal e, sobretudo, mais acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A DPP recebe uma pequena atenção por parte das autoridades, profissionais e serviços de saúde. Os estudos indicam que o limitado número de pesquisas sobre a DPP tem como foco principal as prevalências e validação de escalas. O Ministério da Saúde não possui um protocolo ou um guia prático para oferecer suporte aos profissionais, a respeito da experiência com mulheres com DPP ou como devem ser utilizadas estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento (Santos-Júnior, Silveira, Gualda, 2009, Gualda, 2012).

Há uma série de outros fatores que podem representar um risco ao aparecimento da DPP e que estão ligados às necessidades de saúde dessas mulheres e, sobretudo, à assistência adequada que elas recebem no pós-parto, representando, assim, uma demanda para o profissional de saúde durante seu atendimento, que deve ser investigada, interpretada e atendida rapidamente para evitar riscos de saúde materno-infantil (Brasil, 2009).

Dentre elas, destacam-se o histórico dos transtornos afetivos; a tensão pré-menstrual frequente; os problemas de infertilidade anteriores à gravidez; idade da primeira gravidez; perda de pessoas queridas ou de um filho anterior; presença de anomalias no bebê; desarmonia conjugal; insatisfação com o emprego; dificuldades financeiras; aborto anterior à gravidez e até o desapontamento com o sexo do bebê (Azevedo, Arrais, 2006). Estas características podem aparecer isoladas ou em conjunto e foram usadas no formulário das características socioeconômicas e familiares (Apêndice B).

De maneira geral, as ações em saúde materna e infantil são muito desenhadas de acordo com os problemas de saúde, na forma de indicadores de morbidade e mortalidade, e a prevenção pouco elaborada a partir dos fatores de risco encontrados. Sob esta perspectiva, muitas vezes estes aspectos são mais estruturadas para a assistência biológica

e não a socioemocional. Portanto se faz necessário a integralidade na reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

3.3 REORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde, (2006) recomenda, no mínimo, seis consultas de pré-natal com enfermeiros ou médicos para acompanhamento da evolução do processo gestacional, com o objetivo de prevenir as comorbidades. Estas consultas deverão ser distribuídas do seguinte modo: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Após o parto, o protocolo assistencial é de, no mínimo, duas consultas por volta de 40 dias de puerpério, garantindo o aleitamento materno e prevenindo as infecções, dentre outras. Mas, não enfocam os transtornos mentais decorrentes do ciclo gravídico-puerperal (Camacho, 2006; Cantilino, 2010)

Outra importante lacuna a ser superada para melhoria dos índices de saúde materna e assistência ao nascimento é a garantia do acesso ao parto hospitalar, sem que a mulher passe por peregrinações em vários serviços à procura de vaga no momento do parto (Brasil, 2010). Tanaka e Melo, (2000) referem que essa falta de integração é responsável pelos elevados coeficientes de mortes maternas por causas evitáveis, o que se configura como uma condição de iniquidade.

As propostas da Rede Cegonha são garantia de acolhimento, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo. Assim, sendo necessária a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, sobretudo, a neonatal, no Brasil. Para

isso, é importante ofertar uma atenção integral à saúde materno-infantil (Brasil, 2011).

Daí, a importância da Rede Cegonha que visa à superação desses problemas para que se incorpore uma atitude de cuidado em relação à gestação e ao puerpério que, depois, poderá ser revertida no cuidado responsivo desta para com o bebê, assegurando oportunidades para seu desenvolvimento saudável.

O reconhecimento das necessidades de saúde por parte dos profissionais deve ser ampliado para compreender e articular os significados dos diagnósticos, levando em consideração o contexto de vida dos sujeitos, a fim de poder criar condições para encontros em contextos específicos no futuro (Mattos, 2004).

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão pós-parto e sejam, assim, preparados para investigar a presença de sintomas depressivos, sobretudo, entender o diagnóstico. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão poderá facilitar a detecção desses casos na prática clínica (Paradela, 2005)

Destaca-se ainda na carta de Ottawa, os cinco eixos de atuação da Promoção da Saúde:

- Elaboração e implementação de políticas publicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Na II Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1988, foi discutido como tema principal as “Políticas Públicas Saudáveis”,

direcionando o interesse de todas as áreas para a melhoria das condições de vida e trabalho que interferem na saúde da população e na superação das iniquidades. Com isso, há um encaminhamento efetivo de ações intersetoriais para desenvolver os cinco eixos de atuação da promoção da saúde (Ávila, 2009)

É importante que os profissionais considerem o modelo de Labonte, apresentado no diagrama de saúde e bem estar (Figura 1), as três dimensões da saúde que são: a física ou energia vital - relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades da vida diária; a emocional ou projeto de vida – que representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo; a social ou vida comunitária – onde expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais (Chiesa et. al., 2009).

Figura 1 - Diagrama de saúde e bem-estar – São Paulo - 2001

De acordo com o diagrama destacado acima podemos perceber que é fundamental que o município do qual realizamos a pesquisa construa aspectos constituídos na resiliência; autonomia; pensando no emocional, no físico e no social, e também de como pensar no

planejamento familiar, como os programas preparam estas mulheres para uma gravidez indesejada, para assim superar as adversidades das mulheres com depressão pós-parto e enfrentar as relações sociais dos serviços de saúde do município.

Neste sentido, é importante constituir equipes multiprofissionais que se aproximam da visão ampliada de saúde, que concebe o processo saúde-doença como mais complexo do que a simples ausência do agravo ou enfermidade, buscando encontrar de forma mais eficaz o atendimento das necessidades de saúde das mulheres e permitindo um maior vínculo com a equipe, efetivando a integralidade na perspectiva da promoção da saúde.

Assim o profissional de saúde pode reconhecer a DPP e proporcionar um acolhimento de maneira adequada para que essa puérpera possa realizar o tratamento de prevenção da depressão. A importância de ampliar a clínica do pré-natal, expandindo os aspectos biológicos e emocionais.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi quantitativo, descritivo, transversal, e utilizou também uma busca bibliográfica, a fim de alcançar o objetivo delineado. Rampazzo (1998) destaca que este tipo de estudo permite fornecer estatísticas para quantificar e dimensionar aspectos relevantes do fenômeno pesquisado.

Os estudos quantitativos caracterizam-se pela aplicação de questionários (com predominância de perguntas fechadas) e pela apresentação dos dados pesquisados por meio de relatórios com resultados numéricos, em que podem ser realizadas entrevistas ou não (Rampazzo, 1998; Magalhães e Lima, 2000).

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para avaliar e explicar determinado agravo por meio de raciocínio lógico, com a finalidade de mensurar os fatos pelo uso de termos matemáticos na base da magnitude e das causas da morbidade, a fim de melhor compreender o objeto de estudo (Rampazzo, 1998; Magalhães e Lima, 2000).

Nesta abordagem, o método epidemiológico observacional por análise descritiva foi o escolhido. Lima-Costa, Barreto (2003) referem que os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de agravos ou condições relacionadas à saúde, conforme o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. E os estudos transversais são apropriados para a descrição das características das populações quanto a determinadas variáveis e seus padrões de distribuições.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado com a população residente em Itapecerica da Serra por meio de entrevistas realizadas, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios das mulheres e em uma clínica privada.

O município traz em sua história o povoamento iniciado com um aldeamento indígena, sob a proteção de Nossa Senhora dos Prazeres, sendo fundado pelos padres jesuítas, em 1562, para defender o Colégio de São Paulo de Piratininga e facilitar a catequese. Com a vinda dos indígenas de Carapicuíba, trazidos por Afonso Sardinha e doutrinados pelo Padre Belchior de Pontes, a aldeia aumentou sua população (DATASUS, 2012).

O nome da capela de Itapecerica tem origem indígena que significa "pedra lisa e escorregadia", por estar construída sobre pedras. Em 1689, contava com 900 pessoas lideradas pelo Padre Diogo Machado (DATASUS, 2012).

Por longo tempo, sua colonização ficou reduzida ao aldeamento. Só em 1827, suas atividades agrícolas foram incentivadas pelo Governo Imperial, onde se radicaram imigrantes alemães. Na época, o ramal Mairinque- Santos, foi implantado pela estrada de ferro Sorocabana, que atravessava a região, possibilitando o escoamento da produção local (DATASUS, 2012).

O sucesso da colônia alemã, das lavouras e a facilidade de acesso atraíram outros povoadores, assim, foi criada em 1841, a freguesia do Embu, em 1877, elevada a município com o nome Itapecerica e, em 1944, a partícula "da Serra" foi acrescentada em seu topônimo em alusão à sua topografia. Conhecida até hoje como Itapecerica da Serra, é um município do Estado de São Paulo (DATASUS, 2012).

Itapecerica faz parte da zona fisiográfica da serra de Paranapiacaba, seus limites são Embu a norte; São Paulo, a leste, Embu-

Guaçu e São Lourenço da Serra ao sul, e Cotia a oeste. Possui grande área de proteção de mananciais, apresentando condições urbanísticas bem precárias. Situada a 38 km de São Paulo, enfrenta os problemas decorrentes das condições “dos vizinhos” dos grandes centros urbanos (DATASUS, 2012).

Fonte: DATASUS (2012)

Figura 2 - Mapa da Região de Itapecerica da Serra-SP

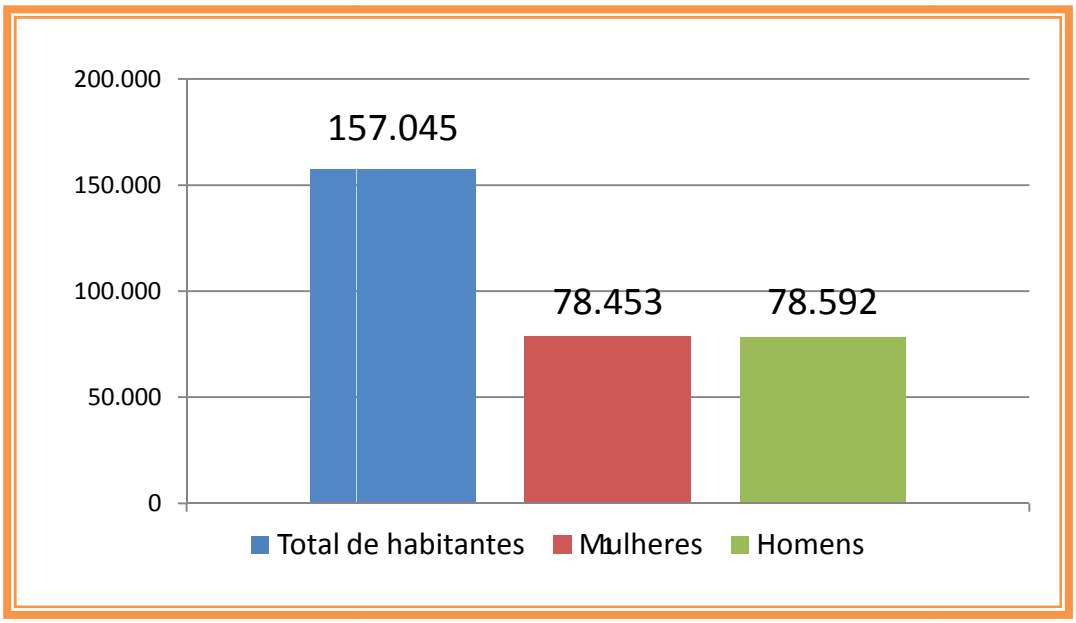
O município tem uma população total de 157.045 habitantes; conta com uma rede de saúde de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três hospitais (um hospital e maternidade municipal e um hospital geral e um pronto socorro de atendimento geral que atende com uma Unidade Básica de Saúde) e um Centro de Especialidades Médicas (CEM) vinculados ao Sistema Único de Saúde da Autarquia Municipal da Prefeitura de Itapecerica da Serra-SP/SUS (NIAC, VE, 2013/2014).

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Itapecerica da Serra, (2013)

Figura 3 - Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município

4.3 POPULAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE ACORDO COM DADOS DO DATASUS, 2012.

Gráfico 1 - Nº de Habitantes de Itapecerica da Serra/Estimativas populacionais– Período 2012



Fonte: DATASUS (2012)

Esta região metropolitana de acordo com SEADE apresenta o seguinte perfil municipal de acordo com os quadros abaixo:

Quadro 1- Estatísticas vitais e saúde

Estatísticas Gerais	Ano	Município	São Paulo	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2012	18,55	15,46	14,71
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2012	15,56	11,32	11,48
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2011	13,7	12,87	13,35
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2011	149,44	113,43	119,61
Partos Cesáreos (Em %)	2012	39,67	53,91	59,99

Fonte: SEADE (2012)

Quadro 2- Condições de vida do município com comparações

Estatísticas Gerais	Ano	Município	São Paulo	Estado
Renda per Capita (Em reais correntes)	2011	487,17	1.126,97	853,17
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2011	12,22	8,55	7,42
Domicílios Particulares com Renda per Capita de até 1/2 Salário Mínimo (Em %)	2010	29,98	18,73	18,86

Fonte: SEADE (2012)

Quadro 3- Emprego e rendimentos

Estatísticas Gerais	Ano	Município	São Paulo	Estado
Participação dos Empregos Formais dos Serviços no Total de Empregos Formais (Em %)	2012	52,07	65,98	52,47
Rendimento Médio dos Empregos Formais dos Serviços	2012	1.800,60	2.913,62	2.449,21
Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (em reais correntes)	2012	2.222,31	2.777,20	2.329,86

Fonte: SEADE (2012)

Quadro 4- Nº de habitantes por Faixa Etária do município de Itapecerica da Serra

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	1.121	1.091	2.212
1 a 4 anos	4.658	4.356	9.014
5 a 9 anos	6.246	6.039	12.285
10 a 14 anos	7.579	**7.402**	14.981
15 a 19 anos	6.919	**6.666**	13.586
20 a 29 anos	15.795	**14.194**	29.899
30 a 39 anos	13.329	**13.677**	27.006
40 a 49 anos	10.219	**10.743**	20.962
50 a 59 anos	7.218	7.829	15.047
60 a 69 anos	3.704	3.879	7.583

70 a 79 anos	1.377	1.738	3.115
80 anos a +	427	839	1.266

Fonte: DATASUS (2012)
(grifo da autora para destacar a população feminina em idade fértil)

Os dados acima indicam que a população feminina no município é de 52.682 mulheres na faixa etária entre 10 e 49 anos.

As mulheres são as principais usuárias das redes de saúde de Itapecerica da Serra, e de acordo com os dados da Vigilância Epidemiológica que são apresentados trimestralmente, houve uma média de 284.761 mulheres atendidas no SUS, no município. Atualmente, o município conta com uma média anual de 1.360 mulheres realizando pré-natal (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, ITAPECERICA DA SERRA, 2013).

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado no município de Itapecerica da Serra SP, após aprovação em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 08/10/2012, integrante da Autarquia Municipal de Saúde, Itapecerica da Serra SP (Anexo 3).

A pesquisa considerou a população residente na área de oito (72,7%) Unidades Básicas de Saúde do município, a saber: UBS Salvador de Leone, UBS São Pedro, UBS Jacira, ESF Potuverá, UBS Branca Flor, UBS Mombaça, UBS Valo Velho e UBS Parque Paraiso e nos domicílios das puérperas. Além da rede pública, incluíram-se também os dados de mulheres atendidas em uma Clínica privada no centro de Itapecerica da

Serra, por se tratar de um fenômeno que afeta às mulheres de diferentes classes sociais. Segue o mapa das UBS (s) e da Clínica privada, onde foram distribuídas as entrevistas no município de Itapecerica da Serra sinalizadas em vermelho.

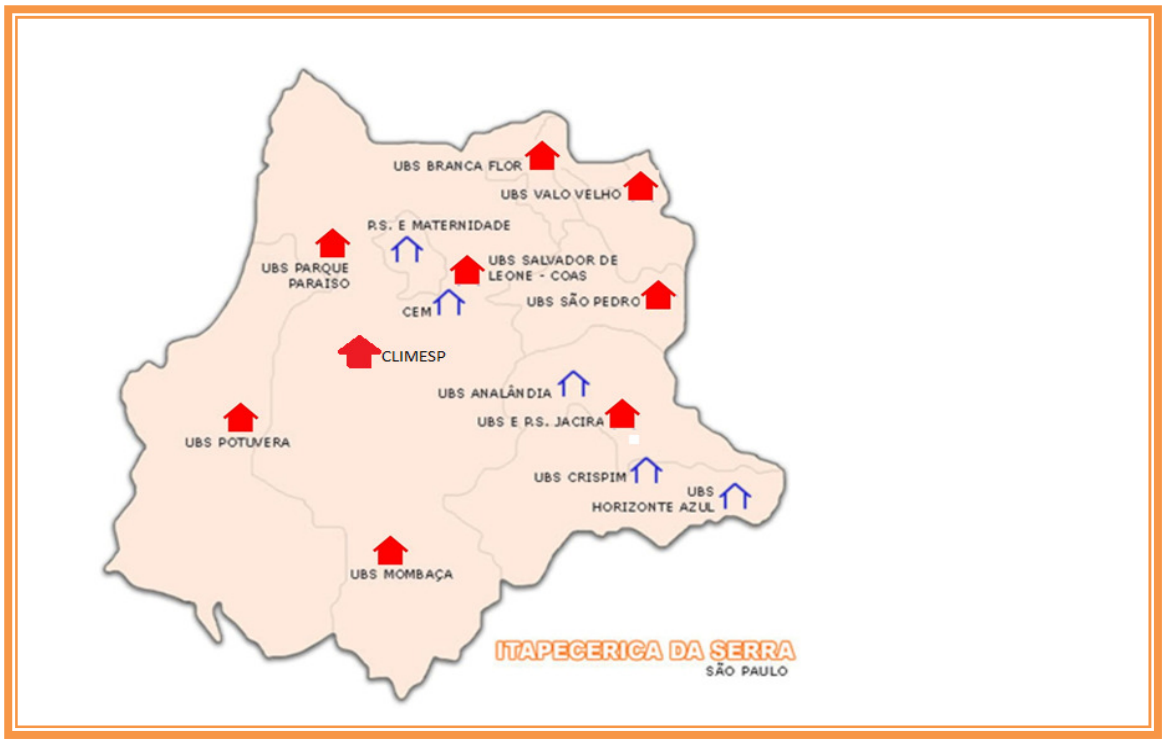


Figura 4 – Mapa com indicações das UBS (s) e da Clínica privada onde foram entrevistadas as participantes, Itapecerica da Serra, 2013

(grifo da autora em vermelho para destacar os lugares onde foram realizadas as entrevistas)

As Unidades de Saúde tiveram uma média de 1.287 parturientes cadastradas, entre janeiro e maio de 2013; no período de 60 dias obteve-se a média de 470 puérperas cadastradas.

Observa-se que houve um tamanho amostral de 168 puérperas calculadas, tendo em vista a média de parto anual (Quadro 2) da região e a quantidade das puérperas cadastradas no município, para caracterizar a prevalência de depressão pós-parto. O cálculo amostral baseou-se na estimativa da prevalência de 30% de DPP, com nível de significância de 0,05 a 5% e erro absoluto de mais ou menos (7% ou 6%), estimando-se assim o tamanho amostral (Lwanga, Lesmeshow, 1991).

No período puerperal entre 10 e 60 dias após o parto, foram entrevistadas 168 mulheres. As puérperas foram distribuídas em dois grupos: primíparas (primeira gestação) e multíparas (dois ou mais filhos), residentes na região.

As participantes foram divididas em grupos de comparação (com depressão pós-parto (na pontuação do escore de EPDS 12 ou mais) e sem depressão pós-parto (com pontuações abaixo de 12 na EPDS), avaliadas nas UBS(s), em seus domicílios e na clínica privada).

Os critérios de exclusão foram mulheres que não residiam no município e com puerpério de óbito fetal e também aborto ou as que não estavam dispostas a participar da pesquisa.

Quadro 5 - Número de Partos realizados no município entre outubro de 2012 e maio de 2013, Itapecerica da Serra, 2014.

Meses de Partos em todos os Hospitais do Município	Partos	Ano
Outubro/Novembro/Dezembro	1.002	2012
Janeiro/Fevereiro/Março	1.042	2013
Abril/Maio	455	2013
Total de Partos	**2.499**	**2012/2013**

Fonte: NIAC/Vigilância Epidemiológica, 2013

Os Hospitais da região (HGIS, e o Pronto-Socorro Central EZD) informam os nascimentos na VE; após esta informação a pesquisadora recebia o número de puérperas cadastradas nas UBS (s) onde elas estariam vinculadas para agendar as devidas entrevistas. Com a autorização do Conselho de Saúde de Itapecerica, a pesquisadora procurava os gestores de cada UBS, solicitando-lhes os prontuários das puérperas para marcar as entrevistas. Estas ou eram realizadas na própria UBS, ou em seus domicílios, sendo agendadas de acordo com a programação de cada UBS e a disponibilidade das puérperas.

Assim, o agendamento era feito através do telefone, marcando as puérperas para comparecerem às UBS(s) ou se elas poderiam receber a pesquisadora em suas residências. Muitas preferiam comparecer às UBS(s) onde eram realizadas as referidas entrevistas individualmente. A coleta dos dados foi feita entre janeiro e maio de 2013, com um número de 168 participantes, de acordo com o cálculo amostral estatístico.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com base nos seguintes instrumentos: a Edimburg Depression Postpartum Scale (Cox, Holden e Sagovsky, 1987); (EPDS) (Anexo 1) e um formulário de caracterização socioeconômica e familiar da puérpera, elaborado pela própria pesquisadora, que contemplou duas partes de dados para análise (Apêndice A):

Nas entrevistas com as puérperas, seguiram-se as etapas abaixo:

- **1ªParte**: Aplicação da Escala de DPP de Edimburgo (EPDS) para rastrear os sintomas depressivos existentes (Anexo 1)

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida, em 1987, como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal. Contém dez enunciados, cujas opções

são pontuadas (0 a 3), de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas. Sua aplicação torna mais fácil o rastreamento do problema, possibilitando a constituição de dois grupos, com e sem depressão pós-parto, usando os valores atribuídos as dez questões. (Cox, Holden e Sagovsky,1987).

A EPDS já se encontra validada em nosso País, e os estudos realizados confirmaram sua confiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nessa fase da vida (Cox, Holden e Sagovsky, 1987). A sua validação para a população portuguesa (Brasil), foi realizada por Areias et al., em 1996, concluindo que a EPDS tem uma sensibilidade e especificidade elevada na avaliação de sintomas depressivos nas mulheres.

As respostas foram cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas; e as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter uma pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão. Quanto maior a pontuação maior será presença de sintoma depressivo. A EPDS foi desenhada para complementar e não para substituir a avaliação clínica. Portanto, configura-se como um instrumento de rastreamento e não de diagnóstico (Anexo 1) (Cox, Holden e Sagovsky, 1987).

No presente, estudo o ponto de corte utilizado foi de 12, como recomendado por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e, assim, todas as puérperas com pontuação igual ou superior a doze, são consideradas em risco de DPP.

As variáveis da escala abordam sinais e sintomas, como sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa; ideias de morte ou suicídio, desprazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis; fadiga, diminuição da capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões, além dos sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia)

e alterações de comportamento (crises de choro) (Santos e Kassouf, 2007).

2ªParte: Formulário de identificação das características socioeconômicas e familiares: (Apêndice A).

O referido formulário foi elaborado para identificar a presença dos fatores de risco associados à DPP já descritos na literatura. Portanto, abarcou as seguintes características:

Identificação geral: (UBS ou domicílio, Maternidade onde se deu o parto, data do parto e da entrevista com a participante).

Dados socioeconômicos: (idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, licença-maternidade, estado civil, religião, cor, naturalidade, tipo de moradia), e dados do pai da criança: (escolaridade, ocupação).

Dados Obstétrico-Reprodutivos: (idade da primeira menstruação, problemas hormonais, gravidez planejada, número de gestações e abortos, início do pré-natal, tipo de parto, filhos anteriores falecidos no nascimento ou perinatal, se usava ou não método para evitar a gravidez quando ficou grávida, gravidez no momento certo, intenções de ficar grávida, cuidados com a saúde na gestação, vacinas, vitaminas e orientações de práticas preventivas do pré-natal).

Relacionamento: (companheiro concordou com a gravidez).

Dados Pré-natal/Puerpério: (medicamentos na gestação, drogas, tabagismo, avaliação do acompanhamento do pré-natal, participação de grupos de gestante, acompanhante ao parto, consulta de puerpério, complicações durante o parto e gestação).

Dados do Bebê: (bebê corresponde às expectativas ao nascimento, sexo correspondido).

Tipos de parto: (parto normal, cesáreo ou fórcipe).

Percepção do puerpério: (amamentação, amamentação filhos anteriores, percepção de vitalidade física após o parto, suporte familiar no retorno da maternidade).

4.6 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

A própria pesquisadora realizou as entrevistas e também contou com a ajuda, em alguns momentos, de alunas da Iniciação Científica da Escola de Enfermagem da USP-SP, após treinamento específico.

As puérperas que aceitaram participar do estudo foram esclarecidas quanto ao caráter voluntário de sua participação e sigilo das informações prestadas e também da possibilidade de desistir da entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou dano.

Os dados foram coletados com a aplicação da EPDS e do questionário socioeconômico familiar, de acordo com a disponibilidade de cada puérpera nas UBS(s), na clínica privada ou em suas residências, sempre programando e agendando as entrevistas em um determinado horário ou de acordo com a programação de cada local disponível. Estas foram realizadas em um local reservado, onde não houvesse nenhuma interrupção, duravam em média 30 e 40 minutos, podendo, às vezes, prolongar-se até 1 hora.

Muitas vezes, houve intercorrências e fatos não esperados, perguntas inoportunas até mesmo dos familiares. Nas residências, mães, avós, vizinhas, pais e amigos faziam perguntas sobre o questionário e a escala; portanto, a entrevista acabava sendo mais prolongada e, às vezes, por conta disso queriam saber de outros assuntos, como: cuidados com o bebê, “leite fraco”, por que o bebê chora tanto, cólicas, se precisa dar chá ou remédios e tantos outros assuntos abordados.

Nesses casos, as entrevistas tornavam-se mais longas e acabavam gerando momentos de intervenções, de acordo com as necessidades da mulher.

A pesquisadora procurou respeitar a individualidade de cada puérpera quanto aos horários e espaços, sendo os mais convenientes e adequados.

As entrevistas foram conduzidas sempre em um único encontro com cada uma delas separadamente, apresentando, primeiramente, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), deixando, portanto, um espaço para possíveis questionamentos e perguntas sobre dúvidas, para elas se sentirem mais seguras quanto à realização do estudo.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, o programa Bioestatístico 5.0 (Testes de Tabelas de Contingências) foi utilizado aplicando os seguintes testes:

1. Teste de Mann Whitney (Siegel e Catellan, 2006) foi desenvolvido, primeiramente, por F. Wilcoxon em 1945, para comparar as tendências centrais de duas amostras independentes, é indicado para comparação de dois grupos não pareados para verificar se pertencem ou não à mesma população.

Neste estudo, o objetivo foi comparar os escores da EPDS em cada uma das questões da escala em duas situações: na primeira, foram comparados os grupos das mulheres com e sem depressão pós-parto, tanto as primíparas como às multíparas; na segunda situação, foram comparados os grupos de primíparas e multíparas com e sem DPP, fazendo seu cruzamento.

2. Teste do Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (Siegel e Castellan, 2006). O Teste do Qui-Quadrado aplica-se quando se quer estudar a dependência entre duas variáveis, por meio de uma tabela de dupla entrada também conhecida, como tabela de contingência. E o teste exato de Fisher serve para os números variáveis nas tabelas com valores menores, porque podem afetar a aproximação da distribuição do Qui-Quadrado da estatística, não sendo considerada como suficiente resultante.

Nesta pesquisa, sua finalidade foi de comparar os grupos em relação às variáveis socioeconômicas e familiares em todos os testes. O nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5,0% e o erro absoluto de mais ou menos (7% ou 6%), para obtenção de um resultado de relevância.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A aplicação dos instrumentos foi iniciada após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa Plataforma Brasil (Anexo 2) e do Comitê de Ética Conselho de Saúde da Autarquia Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra (Anexo 3), com autorização direta dos gestores da UBS (s), por meio dos Pareceres nº123.187 (CEP), e autorização da AMS, Itapecerica da Serra, SP.

Os sujeitos da pesquisa receberam o Documento “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” (TCLE) (Apêndice B) que foi assinado pela puérpera ou por um responsável, caso o sujeito fosse menor de idade.

Os instrumentos foram numerados, conforme o término das entrevistas para seu armazenamento no banco de dados. Com isso, todas as participantes da pesquisa tiveram seus nomes preservados.

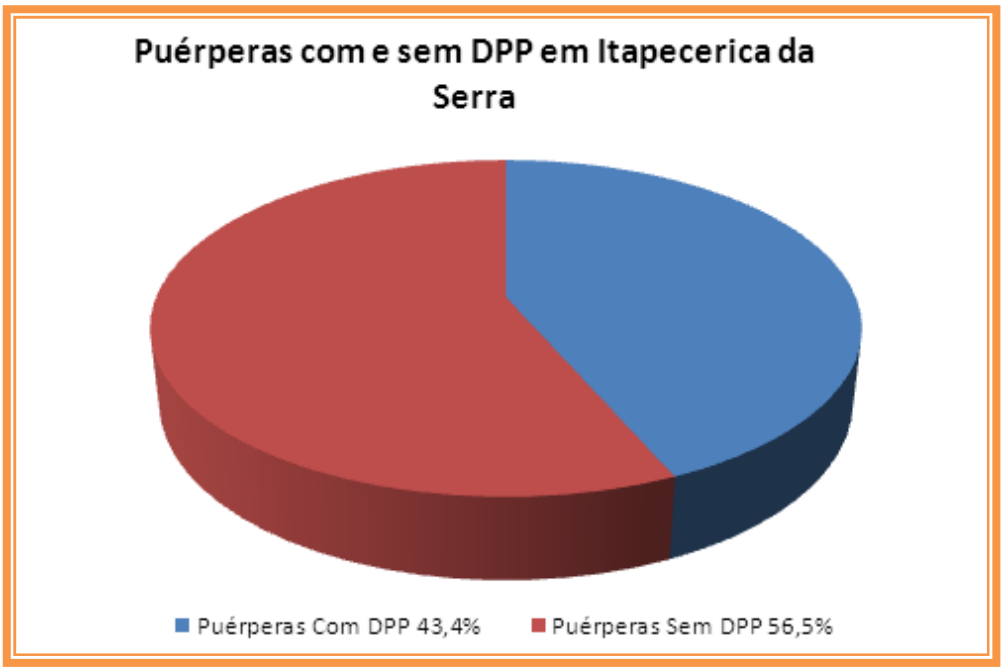
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram desta pesquisa 168 puérperas entrevistadas nas UBS(s), em suas residências e em uma clínica privada, no município de Itapecerica da Serra, (SP). A amostra foi calculada com base nos dados estatísticos, de acordo com a característica da população encontrada.

Tendo em vista o objetivo de analisar a prevalência da depressão pós-parto dessas mulheres, as participantes do estudo foram divididas em: mulheres multíparas (N=90 / 53,6%) e primíparas (N=78 / 46,4%), com depressão pós-parto (N=73 mulheres / 43,4%) e sem depressão pós-parto (N=95 mulheres / 56,5%). O escore de DPP foi ≥ 12, conforme a EPDS, procedendo-se também à caracterização socioeconômica e familiar das entrevistadas.

Gráfico 2 - Presença de DPP em Itapecerica da Serra, 2013.



No presente estudo, a DPP teve uma prevalência de 43,4 % incidindo em 30 (17,8%) mulheres primíparas e 43 (25,6%) multíparas com DPP. Considerando-se o universo de 73 puérperas com DPP, foram 41,1 % de primíparas e 58,9% de multíparas.

5.2 RESULTADO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DA EPDS

Inicialmente, será apresentado o teste de Mann – Whitney (Siegel e Castellan, 2006), cujo objetivo foi comparar os escores da EPDS em duas situações: na primeira, foram comparados os grupos das mulheres com e sem DPP, tanto as mulheres primíparas como as multíparas; na segunda situação, foram comparados os grupos de primíparas e multíparas com e sem DPP, fazendo o cruzamento dos grupos.

Tabela 1 - Puérperas primíparas e multíparas com e sem DPP, de acordo com os testes de Mann Whitney aplicados em cada uma das questões da EPDS, Itapecerica da Serra, 2013.

Questões da EPDS		Primíparas			Multíparas			Primíparas X Multíparas	
		Com dep.	Sem dep.	Z	Com dep.	Sem dep.	Z	Com dep.	Sem dep.
1- Rir e achar graça das coisas	x	1,13	0,25	z=4,85	0,91	0,77	z=0,73	z=1,13	Z=0,77
	Mi	1,00	0,00	**p=0,0001***	1,00	1,00	p=0,2300	p=1,0	P=1,0
				Com >sem					
2-Prazer no dia a dia	x	0,60	1,67	z=5,20	1,23	0,83	z=2,51	z=1,67	Z=0,83
	Mi	0,50	2,00	**p=0,0001***	p=1,0	1,00	p=0,0050	p=2,0	p=1,0
				Com >sem					
3-Culpas sem necessidade	x	1,44	1,93	z=2,24	1,91	1,38	z=2,93	z=1,93	1,38
	Mi	0,50	2,00	p=0,0252	2,00	1,00	p=0,0030	p=2,0	p=1,0
				Com >sem					
4-Sentir/ Ansiedade	x	1,42	2,10	z= 2,83	1,88	1,57	z=1,91	2,1	1,57
	Mi	1,00	2,00	**p= 0,0023***	2,00	1,00	p=0,0200	2,00	1,00
				Com >sem					
5-Assustada sem motivo	x	1,6	1,77	Z=0,53	1,81	1,47	Z=1,63	1,77	1,47
	Mi	2,00	2,00	P=0,0596	2,00	2,00	P=0,0500	2,00	2,00
				Com >sem					
6-Tarefas/ pressão	x	1,10	2,00	Z=3,74	2,07	1,11	Z=4,81	2,00	1,11
	Mi	1,00	2,00	**p=0,0001***	2,00	1,00	**P=0,0001***	2,00	1,00
				Com >sem					
7-Infeliz para dormir (sono)	x	0,98	1,50	Z=2,31	1,77	0,77	Z=5,0	1,50	0,77
	Mi	1,00	1,00	P=0,0208	2,00	1,00	**P=0,0001***	1,00	1,00
				Com >sem					
8-Tristeza	x	0,29	1,00	Z=4,36	1,16	0,26	Z=5,33	1,00	0,26
	Mi	0,00	1,00	**p=0,0001***	1,00	0,00	**P=0,0001***	1,00	0,00
				Com >sem					
9-Choro	x	0,23	0,60	Z=2,59	0,58	O,19	Z=2,26	0,60	0,19
	Mi	0,00	1,00	P=0,0048	0,00	0,00	**P=0,0010***	1,00	0,00
				Com >sem					
10-Ideias suicidas	x	0,02	0,23	Z=1,57	0,37	0,32	Z=0,52	0,23	0,32
	Mi	0,00	0,00	P=0,0058	0,00	0,00	P=0,0030	0,00	0,00
				Com >sem					

Neste estudo, a média das questões apresentaram várias diferenças, com variações nos resultados de cada uma das questões da EPDS, e algumas comparações foram significativas (sinalizadas com asterisco *).

Nas primíparas com DPP, houve maior significância em relação às questões 1 (rir e achar graça das coisas), 2 (Prazer no dia a dia) e a 4 (sentimentos de ansiedade). Nas Multíparas com DPP a significância ocorreu nas questões 7 (sono/dificuldade para dormir) e 9 (choro com facilidade).

Na amostra total das puérperas com DPP (primíparas e multíparas), as questões 6 (tarefas/pressões do dia a dia) e 8 (tristeza) foram significativas.

Os achados da presente pesquisa confirmam o estudo de Urdaneta et al. (2010) em relação à ansiedade. Os autores realizaram um estudo de prevalência de DPP em primíparas e multíparas e mostraram que os sintomas de ansiedade foram observados em 78% das primíparas e menor em multíparas, 70%.

De acordo com Lagerber et al. (2013) no estudo realizado com uma amostra de 1.407 mães, constatou-se que, em comparação com as primíparas (41,6%), as multíparas (58,3%) sentiam-se mais sobrecarregadas com dificuldades nas tarefas do dia a dia.

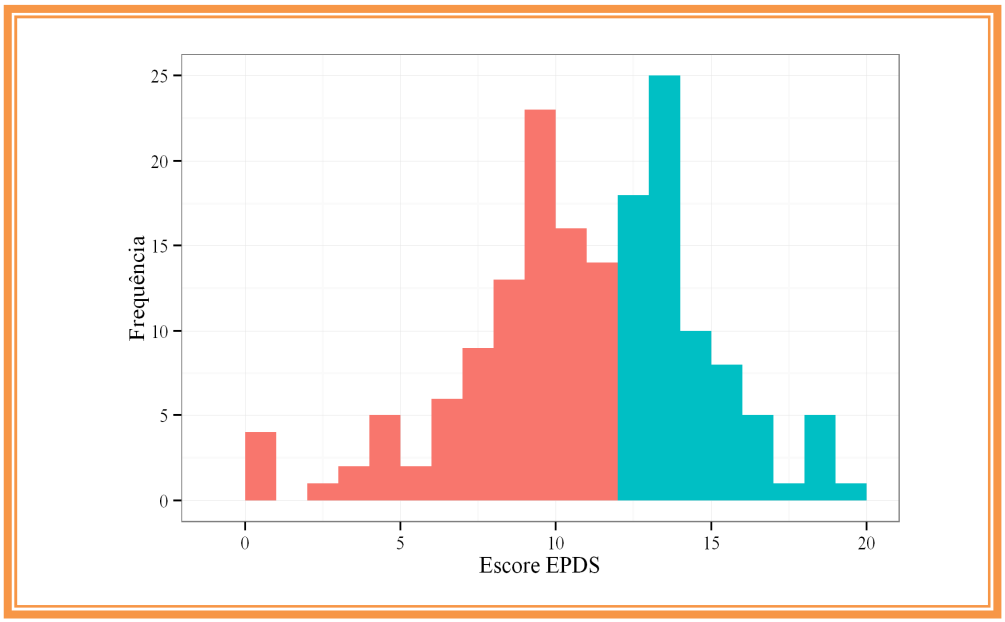
No Brasil, os estudos nacionais vêm encontrando uma heterogênea estimativa de prevalência de DPP, que varia entre 7,2% e 43% (Da-Silva, 1998; Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005; Moraes et.al., 2006; Ruschi et.al., 2007; Tannous, 2004). Muitas vezes, essa variação de prevalência pode ser atribuída pelas questões internas da EPDS no que diz respeito aos sintomas de ansiedade, perda de sono, sentimentos de tristeza, perda de motivação e os desgastes

do cotidiano (Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005; Mann, Gilbody e Adamson, 2010).

Em Kinashasa na República Democrática do Congo, foi realizado um estudo transversal com 120 mães com o uso da EPDS. As mulheres jovens primíparas e multíparas apresentaram nas questões referentes a sentimentos de ansiedade e cansaço 70,6% de pontuação elevada (Imbula, Okitundu, Mampunza e Miezi, 2012).

O presente estudo mostrou significativas diferenças nas pontuações das questões da Tabela 1 entre as primíparas e as multíparas com DPP, que se assemelharam aos estudos de prevalência referidos.

Gráfico 3 - Histograma da pontuação do Escore da EPDS, Itapecerica da Serra, 2014.



No histograma acima, são descritas as pontuações obtidas no conjunto da amostra, tornando-se o ponto de corte 12 para classificar a DPP. Com esse ponto de corte, encontrou-se uma prevalência de DPP de 43,4%.

As escalas de avaliação na detecção dos sintomas para a elaboração do diagnóstico e no acompanhamento da paciente com depressão pós-parto são muito úteis na triagem para encontrar de modo mais rápido os sintomas (Calil e Pires, 2000). Por isso, houve uma eficácia no uso, tanto na EPDS como no formulário de caracterização socioeconômica e familiar.

A EPDS é considerada uma das melhores escalas autoavaliativas construídas, especificamente, para rastrear a depressão pós-parto e a variação da pontuação da escala que pode ser de 0 a 30, mas a maioria dos estudos avalia de, no máximo, até 20 pontos. Muitas vezes, o ponto de corte considerado ideal é 13, mas a versão validada no Brasil considerou o melhor ponto de corte 11/12, como pontos adequados para o contexto do País (Santos, Martins e Pasquali, 1999).

5.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA SOCIOECONÔMICA E FAMILIAR

Nesta amostra, pelas características do município e de acordo com o perfil epidemiológico da população, foram pesquisadas puérperas de baixa renda, frequentadoras das Unidades Básicas de Saúde da região, algumas com baixa escolaridade, de ocupação dona de casa, cor da pele branca, religião católica e outros fatores associados.

Nos dados das tabelas abaixo, apresenta-se a caracterização da amostra, de acordo com o escore de EPDS, utilizando o teste do Qui-Quadrado (X^2) ou teste Exato de Fisher (P) (Siegel e Castellan, 2006) que teve a finalidade de comparar os grupos em relação às variáveis socioeconômicas e familiares em todos os testes de níveis de significância, fixando em 0,05 ou 5,0%.

Tabela 2 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a faixa etária no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Grupo Etário	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-18	4	13,3	12	25	7	14,5	9	19,1	**32**	**19,04**
19-35	**25**	**83,3**	34	70,8	**29**	**60,4**	37	78,7	125	74,4
36-50	1	3,33	2	4,16	7	14,5	1	2,12	11	6,54
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,1**		

X^2= 1,28 P= 0,5267 X^2=5,55 P=0,0623

Nos dados da Tabela 2, observa-se que a faixa etária entre 19 e 35 anos, apresentou a maioria dos casos de DPP (74,4%), assim foram observadas mulheres primíparas com 83,3% de DPP e multíparas com 60,4% de DPP, um perfil populacional considerado alto. Há uma média de adolescentes de 19,4%. No município, houve uma média de mães adolescentes (< 18 anos) de 8,08% em 2011. (SEADE, 2012) Percebe-se que aumentou a porcentagem em 2013.

Outro aspecto relevante em relação à idade e paridade do grupo estudado é o elevado número (32 representando 19,04% da amostra) de puérperas adolescentes, quando a média para o estado de SP é de 6,88%. Em Campinas, a taxa de mães adolescentes é de 5,74% (SEADE, 2012). Ainda chama a atenção o fato de que o estudo encontrou 16 (9,52%) multíparas na faixa etária entre 10 e 18 anos. Indica a perpetuação da gravidez na adolescência, problema preocupante pelo comprometimento das oportunidades de qualificação profissional e inserção social dessas mães (SEADE, 2012).

O Censo de 2010 destaca uma mudança, no chamado "padrão etário da fecundidade". Até 2000, a tendência era um "rejuvenescimento" no perfil das mães, com maior concentração de gestações entre jovens de 15 e 24 anos. Mas, na última década, conforme o IBGE observou-se uma reversão desse movimento. Em 2000, os grupos das mulheres mais jovens, entre 15 e 19 anos e 20 e 24 anos, concentravam 18,8% e 29,3% da fecundidade total, respectivamente. Esses patamares passaram para 17% e 27% em 2010, no grupo de mulheres com mais de 30 anos, a participação na fecundidade total da população subiu de 15,85% para 18% entre 2000 e 2010 (IBGE, 2010).

Alguns estudos, por exemplo, o de Coutinho e Saraiva (2008) apresentam que variáveis sociais, como a idade, não influenciam na ocorrência de DPP. Já Costa et al. (2007) afirmam que este é um fator de risco para o aparecimento dessa perturbação. Os transtornos depressivos sofridos por mulheres, entre eles, a DPP, podem acometer cerca de 6% a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes (Cruz et al., 2005).

Nos estudos de uma amostra de prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto, a faixa etária encontrada para 197 mulheres foi entre 15 e 39 anos com prevalências de DPP de 12,4% a 13,75%, respectivamente (Costa et al., 2007).

Tabela 3 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com escolaridade no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Escolaridade	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ensino fundamental	10	33,3	18	37,5	15	34,8	24	51%	67	39,88
Ensino médio	**17**	**56,6**	26	54,1	**21**	**48,8**	18	38,2%	**82**	**48,80**
Superior	2	6,6	4	8,3	**5**	**11,6**	3	6,38%	14	8,33
Sem estudo	1	3,3	0	0,0	2	4,6	2	4,25%	5	2,97
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X^2=1,77 P=0,6200 X^2= 2,35 P=0,3084

A amostra da Tabela 3, a escolaridade das puérperas não é significativa nos dados estatísticos, mas temos mulheres primíparas e multíparas com 39,8% de ensino fundamental e 48,8% de ensino médio.

Os dados acima indicam que houve maior concentração de DPP nas primíparas com ensino médio (56,6%) e nas multíparas com ensino superior (11,6 %), quando se comparam as frequências dessas variáveis no grupo total, que apresentou 48,8% e 8,3%, respectivamente.

Em relação aos fatores associados à prevalência de depressão no pós-parto, a baixa escolaridade materna foi um achado como um fator de risco para a DPP em muitos estudos (Da-Silva et al., 2010; Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005; Menezes, 2008; Lovisi et al., 2005; Melo-Júnior, 2011; Ruschi et al., 2007).

Tabela 4 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com renda familiar no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Renda Familiar	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem renda	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,59
1 a 3 Sal. Mínimos	**15**	**50**	20	41,6	**25**	**58,1**	34	72,3	94	55,95
4 a 7 Sal. Mínimos	10	33,3	21	43,7	15	34,8	10	21,2	56	33,33
+ que 7 Sal. Mínimos	4	13,3	7	14,5	3	6,9	3	6,3	17	10,11
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X^2=2,41 P=0,4917 P=0,6758 P=0,49

A maioria das mulheres da amostra de acordo com a Tabela 4 concentra-se na faixa de renda familiar entre 1 a 3 salários-mínimos (55,9%), prevalecendo essa característica também entre as puérperas com DPP. Mas, destaca-se que entre as primíparas, houve um percentual de DPP na faixa de renda entre 4 a 7 salários-mínimos de 13,3%; distanciando-se dos 10,1% dessa variável na amostra total.

Neste estudo, houve uma caracterização de 89,2% de puérperas com renda familiar de 1 a 7 salários-mínimos. De acordo com Melo-Júnior (2011), Cruz, Simões e Faisal-Cury, (2005); Menezes, (2008); Da-Silva (2010); Saraiva e Coutinho, (2007) a baixa condição socioeconômica familiar foi um dos fatores de risco identificados para a DPP. Esse fator foi também confirmado em estudos estrangeiros de grande casuística (Evans et al., 2001; Milgrom et al., 2009).

Em um estudo que incluiu 4.332 puérperas, os autores encontraram prevalência de 40% de DPP em mulheres de baixa renda em contraste com 13% entre mulheres de renda alta (Segre et al., 2010).

Quando se observam os achados da educação e somam-se aos da renda familiar, foram identificados que 56,4% das participantes sobrevivem com até 3 salários-mínimos. Estes dados tornam-se relevantes, visto que há evidências do efeito causal da educação sobre a depressão. Entende-se que a educação pode reduzir significativamente o risco de depressão, pois mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentam menor risco para depressão (Gomes et al., 2010; Schimiege e Russo, 2005).

Tabela 5 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a ocupação no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Ocupação das puérperas	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalho remunerado	8	26,6	6	12,5	16	37,2	13	27,6	43	25,6
Dona de casa	**14**	**46,6**	24	50	**22**	**51,1**	23	48,9	83	49,4
Estudante	8	26,6	18	37,5	5	11,6	11	23,4	42	25
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X^2= 2,75 P= 0,2523 X^2=2,41 P=0,2999

Pelos dados da Tabela 5, observa-se que a variável da caracterização socioeconômica e familiar referente à ocupação foi representativa, embora não tenha apresentado diferença estatisticamente significante entre as variáveis. Mas, a maioria das

puérperas do estudo nos grupos com DPP e sem DPP tinha suas ocupações principais como dona de casa, no total de 83 (49,4%).

No estudo de rastreamento da DPP, realizado por Cruz e Simões; Faisal-Cury (2005) em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família foi encontrada a prevalência de 37,1% e a maioria com ocupações do lar de 61,4%.

Indivíduos deprimidos tendem a ser menos produtivos e, consequentemente, a ter maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho, podendo haver maior probabilidade de obter baixos rendimentos salariais e ficarem desempregados. Algumas pessoas, quando afetadas severamente pela doença tornam-se incapazes de trabalhar, por exemplo, as mulheres acabam assumindo atividades do lar sem nenhum estímulo pessoal para desenvolver uma carreira profissional (Santos e Kassouf, 2007).

Bruschine, Rosemberg (1982) citam que o trabalho do lar realiza-se em dois níveis; no primeiro, são executadas as atividades do dia a dia, e no segundo nível, situam-se as atividades implicadas na formação de uma nova geração para a sociedade, envolvendo a gravidez, o puerpério, a guarda, proteção e socialização das crianças. A mulher continua sendo a responsável pela execução dos afazeres domésticos, o que lhes acarreta a sobrecarga da dupla jornada de trabalho; em decorrência disso, surgem alguns fatores relacionados à DPP.

A mulher vem assumindo as responsabilidades na família, de: esposa, mãe, organizadora do lar, tarefas domésticas, cuidado e educação dos filhos e muitas conseguem administrar assumindo parte do orçamento familiar e trabalhando fora, elas mesmas são chefes de família (Chiesa, 2013).

Dejour (1992) considera que as pressões do trabalho põem em causa o equilíbrio e a saúde mental, atingindo diretamente as

mulheres por causa da desigualdade de gênero, o que poderia justificar a maior proporção de problemas emocionais, quando são inseridas no mercado de trabalho.

A feminização da carência social, a perda do valor do trabalho feminino, com salários abaixo ao do homem, mesmo quando elas ocupam as mesmas funções, o aumento do número de mulheres chefes de família, compondo o maior número de famílias pobres na sociedade; a carga excessiva de trabalho, com tripla jornada é detectada na realidade listando processos destrutivos na vida das mulheres, que tem estreita relação com as necessidades e os agravos que encontram na saúde da mulher (Fonseca, 2005).

Tabela 6 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a cor da pele no município de Itapecerica da Serra, 2013.

COR DA PELE	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	8	26,6	29	60,4	**25**	**58,1**	19	40,4	81	48,21
Parda	**19**	**63,3**	14	46,6	16	37,2	22	46,8	71	42,26
Outras	3	10	5	16,6	2	4,6	6	12,7	16	9,52
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 1,73 P= 0,4208 X2=3,57 P=0,0016*

Nos dados da Tabela 6, observa-se que houve uma quantidade maior de mulheres brancas (multíparas com 58,1% de DPP) e mulheres pardas (primíparas com 63,3% de DPP). Na média geral das mulheres entrevistadas, a cor da pele branca foi a que predominou em (48,2%) das puérperas, esta variável foi significativa.

A população estudada assemelhou-se ao estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que indica

as seguintes classificações de cor da pele: brancos (49,4%), pretos e pardos (49,7%) e a etnia indígena, amarelos e ameríndios (0,8%) (IBGE, 2010).

No estudo realizado por Cruz, Simões, Faizal-Cury, (2005) que envolveu 70 puérperas, sendo usada a EPDS, observou-se que o predomínio de mulheres de raça branca foi de 55,1%. Tais dados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Diversos estudos vêm sendo realizados no sentido de avaliar a prevalência da depressão pós-parto, de acordo com a raça, etnia e níveis socioeconômicos e familiares (Da- Silva, 1998; Halbreich, 2005; Halbreich e Karkun, 2006; Warren e Mccarthy, 2007).

Embora ainda seja pouco estudada a prevalência da DPP, parece ser comum em todas as raças, grupos étnicos e culturais (Saraiva e Coutinho, 2007; Frizzo, 2010; Posmontier, Horowitz, 2004).

Tabela 7 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a religião no município de Itapecerica da Serra, 2013.

RELIGIÃO	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Católica	**22**	**73,3**	17	35,4	**28**	**52,8**	12	25,5	79	47
Evangélica	6	20	23	48,4	11	25,5	30	63,8	70	41,8
Outras	2	6,7	6	12,5	2	4,6	4	8,5	14	8,32
Sem	0	0,0	2	4,2	2	4,65	1	2,1	5	2,97
Total	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X^2= 11,04 P= 0,0015* X^2=16,06 P=0,0011*

A tabela acima indica que, em relação à religião, houve um predomínio da DPP nas católicas em ambos os grupos, 73,3% nas primíparas e 52,8 % nas multíparas. Houve significância estatística (P=0.0015*, P=0,0011*) para a variável religiosidade.

Em um estudo sobre a estrutura das representações sociais das mães a respeito da depressão pós-parto, 51% professavam ser da religião católica e 21% da religião evangélica e as demais não professavam religião. A religião católica ainda predomina como opção de religiosidade, reforçando os achados de outros estudos (Schwengber e Piccinini, 2003; Saraiva e Coutinho 2007; Pooler, Perry e Ghandour, 2012).

Gonçalves (2000) cita que a religiosidade atua, como um possível elemento protetor contra os sintomas de DPP, sendo uma influência positiva no indivíduo.

A religiosidade e a espiritualidade têm importância central na vida das pessoas, pois constituem uma fonte importante de suporte emocional, cujas práticas religiosas com apoio de seus líderes podem contribuir para a saúde física e mental (Monteiro, 2004).

Discutir a religiosidade leva a refletir a respeito da dimensão espiritual, e remete ao pensamento de que, dentro das questões que envolvam saúde, psicologia e credo religioso, há uma infinita rede de aspectos que precisam de novos estudos para melhorar os aprofundamentos.

Como se trata de um tema atual e pertinente, a religiosidade ainda apresenta controvérsias e várias possibilidades de encontrar alternativas para entender os agravos relacionados à saúde da mulher com DPP. Desse modo, é importante compreender como os líderes religiosos, a equipe multiprofissional, as autoridades e familiares entendem a religião como um aspecto de boa prática para

aliviar a alma e difundir o fenômeno do sofrimento da mulher (Ermel, 2012).

Tabela 8 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a faixa etária do companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Idade do Companheiro	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13-19	4	13,3	11	22,9	3	6,9	9	19,1	27	16,07
20-30	**16**	**53,3**	23	48,4	**22**	**51,1**	26	55,3	87	51,78
31-40	2	6,6	9	18,7	7	16,2	7	14,8	25	14,88
41-51	8	26,	5	10,4	11	25,5	5	10,6	29	17,26
TOTAL	30	100,0	48	100,0	43	100,0	47	100,0		

X2= 5,82 P= 0,1204 X2=5,41 P=0,1437

Nos dados da Tabela 8, observa-se que a média de idade dos companheiros das participantes desta pesquisa ficou entre 20 e 30 anos de idade, com uma porcentagem de 51,7% no total das participantes.

Houve também uma porcentagem relevante tanto nas primíparas (26,6%) como nas multíparas (25,5%) com DPP, de companheiros com idade entre 41 e 51 anos. Este dado é interessante para ressaltar e valorizar a participação do pai na construção do vínculo com o bebê. Destaca-se também a importância do pai no puerpério, aspecto que não deve ser restringido aos adolescentes.

Em seu estudo, Martins e Pires (2008) encontraram dados sobre o comportamento parental dos companheiros de mulheres com depressão pós-parto, uma média da idade dos homens na

pesquisa entre 30 e 39 anos, um pouco acima da média do presente estudo.

A pesquisa buscou evidenciar fatores que exercem influência até mesmo na história de vida dessa população, de acordo com os valores e representações da sociedade a que pertencem e ao meio onde vivem. A participação do pai no pré-natal, parto e puerpério vêm sendo cada vez mais ressaltada, como importante para o desenvolvimento do vínculo e parentalidade (Chiesa, 2013).

Tabela 9 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a ocupação do companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Ocupação	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	18	60	38	79,1	**36**	**83,7**	41	87,2	133	79,16
Não	**12**	**40**	10	20,8	7	16,2	6	12	35	20,83
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 1,79 P= 0,2904 X2=1,309 P=0,3818

Nos dados da Tabela 9, observou-se que a maioria dos companheiros das puérperas estavam empregados, totalizando 79,16% da amostra geral. A ocorrência da DPP nos dois grupos manteve a mesma tendência, embora seja preocupante 40% do grupo de primíparas com DPP ter o companheiro sem emprego. O fato pode ser considerado relevante na ocorrência da DPP, sobretudo pela preocupação com o crescimento das despesas com o aumento da família.

Para Lynch e Tiedje, (1991), famílias de renda baixa possuem características relativas à estrutura e papéis familiares, processos de comunicação familiar e socialização dos filhos que são peculiares de

sua classe. A divisão de papéis entre os pais é bem definida, cabendo à mulher a responsabilidade de educar, socializar e cuidar dos filhos e, ao homem, o sustento da família.

Tabela 10 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a moradia com o companheiro no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Morar com companheiro	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	11	36,6	27	56,2	**27**	**62,7**	33	72,2	98	58,33
Não	**19**	**63,3**	21	43,7	16	37,2	14	29,7	70	41,66
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 2,83 P= 0,1469 X2=0,55 P=0,6015

Nos dados da Tabela 10, destaca-se que a amostra estudada apresentou um percentual significativo (41,66 %) de puérperas que não residem com o companheiro. Embora essa variável não tenha significância estatística, chama atenção que 63,3% de mulheres primíparas com DPP não moravam com o companheiro. Trata-se de um elemento que muito interfere na rotina pós-parto, quando os cuidados com o bebê se intensificam e acabam sobrecarregando exclusivamente a mãe, que também se encontra em fase de recuperação física do parto.

Deve-se considerar que o companheiro também vive os efeitos do pós-parto, podendo sentir como se estivesse sendo deixado fora do ambiente familiar e também da relação de vínculo que existe entre a mãe e o bebê. Muitas vezes os homens não compreendem as reações das mulheres nesse período, sendo importante esclarecer-lhes para esse momento, favorecendo a entrada desse novo membro da família e criando uma aproximação

do pai com o ambiente familiar e, assim, aproximando-o do contexto dessa família (Cypel, 2011).

A pesquisa de Menezes (2008) demonstra que a união estável (ou casamento) é comum, apresentando uma proporção de 65,5% nas puérperas, sobretudo adolescentes e 93,1% com contato com o pai do bebê.

Azevedo; Arrais (2006), afirmam que a instabilidade do estado civil é um importante fator de risco no desenvolvimento da DPP.

Tabela 11 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com planejamento da gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Gravidez planejada	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	14	46,6	26	54,16	14	32,6	26	55,3	80	47,61
Não	**16**	**53,4**	22	45,8	**29**	**67,4**	21	44,6	88	52,38
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 0,41 P= 0,6804 X2=4,71 P=0,0502

Na amostra estudada, os dados da Tabela 11 indicam que a maioria das puérperas (52,38%) não tinha planejado a gravidez. Este dado por si só já merece destaque, tendo em vista as possibilidades tecnológicas de evitar a gravidez e a disponibilidade de métodos contraceptivos no município.

Neste estudo houve, 53,4% de primíparas com DPP, com gravidez não planejada e 67,4% das multíparas com DPP de gravidez também não planejada. Trata-se de outra variável que, embora não tenha sido significante estatisticamente, contribui para descrever o contexto social e familiar em que ocorre a DPP,

indicando a necessidade de que o município avalie a eficácia e a efetividade dos programas atualmente disponibilizados com esse enfoque.

No programa de saúde da mulher do município de Itapecerica da Serra, de acordo com o protocolo proposto pelo MS existem dois grupos de planejamento familiar: um voltado ao pré-natal e outro ao programa de puerpério, que fornecem métodos contraceptivos e barreiras, cirurgias irreversíveis (laqueadura e vasectomia), e orientações sobre o planejamento familiar, abordando os seguintes temas: ciclo de vida reprodutor, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

Essas mulheres são acompanhadas durante o pré-natal e puerpério para que possam ouvir a respeito das opções de métodos contraceptivos e outras formas; a fim de compreenderem que existem várias alternativas para evitar uma próxima gestação.

São realizadas após o parto uma consulta puerperal ou uma visita domiciliária. Nestas, são abordados os assuntos referentes ao planejamento familiar, trazendo explicações a essas mulheres e um próximo retorno é agendado após a primeira consulta até o prazo de 40 dias, para que a mulher possa optar a respeito dos métodos contraceptivos que já foram abordados na primeira consulta e em palestras. Muitas participam do programa, mas, algumas optam por métodos mais fáceis, como: preservativos masculino e feminino e pílulas anticoncepcionais fornecidas pela UBS(s), sem necessidade de receita médica.

Após completar o período de 40 dias, se a mulher procurar a UBS para escolha de seu método encontrará várias opções fornecidas pelas UBS(s), e também outras formas de métodos contraceptivos. Receberá esclarecimentos a respeito de como evitar outra gravidez durante a amamentação e também sobre os métodos, como DIU e cirurgias. Serão encaminhadas para realizar outros

exames e também para uma consulta com os médicos do município, responsáveis pela colocação do DIU. Este é colocado em algumas UBS(s) específicas do município, como: Salvador de Leone, Jacira, Crispim, Valo Velho e Parque Paraíso, que são suas referências de colocação.

Para os métodos de cirurgia irreversível, essas mulheres participam do programa de planejamento familiar a fim de serem encaminhadas à cirurgia (o processo demora entre 2 e 6 meses para ser finalizado).

Sem dúvida, há que se avaliar a eficácia do processo disponibilizado, pois existem muitas evasões, indicando problemas para atender às necessidades das mulheres do município.

Meredith e Noller (2003), Letourneau et al (2012) afirmam que a gravidez não planejada é um fator de risco indicativo aos agravos de saúde do ciclo gravídico-puerperal, provocando, assim, a DPP.

A gravidez não planejada, como também a não aceitação e a tentativa de interrompê-la estão entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação com a DPP (Brum e Schermann, 2006; Costa et al. 2006).

Tabela 12 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com a percepção de ocorrência da gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Respostas das Puérperas	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Momento certo	7	23,3	17	35,4	**24**	**55,8**	28	59,5	76	45,23
Momento não esperado	**15**	**50**	17	35,4	15	34,8	14	29,7	61	36,30
Momento errado	8	26,6	14	29,1	4	9,3	5	10,6	31	18,45
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 1,87 P= 0,3918 X2=0,27 P=0,8711

A variável percepção do momento em que ocorreu a gravidez não teve uma significância estatística, embora apareceram diferenças nos dois grupos estudados.

Na Tabela 12, observa-se que 45,23% das participantes do estudo citaram que a gravidez ocorreu no momento certo. No entanto, 50% das primíparas com DPP referiram que a gestação foi no momento não esperado. Este aspecto indica que as mulheres nem sempre estão preparadas para a maternidade no momento em que esta ocorre e isto poderá influenciar no aparecimento da DPP. Há que se repensar também a eficácia dos programas de planejamento familiar, na forma como vêm sendo disponibilizados.

Tabela 13 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o método contraceptivo escolhido no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Respostas das Puérperas	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
não estavam usando método	**16**	**53,3**	20	41,6	15	34,8	24	51	75	44,64
vocês estavam usando método, mas não em todas as ocasiões	7	23,3	15	31,25	**18**	**41,8**	14	29,7	54	32,14
vocês sempre usavam, mas não sabiam que tinha falhado	5	16,6	10	20,8	6	13,9	5	10,6	26	15,47
vocês sempre usavam o método contraceptivo	2	6,6	3	6,2	4	9,3	4	8,5	13	7,73
Total	**30**	**100**	**48**	**100**	**43**	**100**	**47**	**100**		

X2= 1,12 P= 0,7707 X2=2,49 P=0,4762

Nos dados das Tabelas 12 e 13, observa-se que embora haja um amplo leque de meios e métodos para o planejamento familiar disponível, estudos apontam que a maioria da população ainda não alcança bons resultados na aceitação dos métodos contraceptivos. Assim, os tratamentos e as intervenções acabam não acontecendo e, por meio, dessas circunstâncias ocorrem as gestações indesejadas nos momentos inoportunos (Brasil, 2010).

As gestações planejadas são as de menor risco, muitas vezes, a toda a família. Todavia, infelizmente, 50% dos nascimentos provêm de gestações não intencionais, sendo estas as principais

barreiras da atenção pré-concepcional. As medidas preventivas devem ser adotadas, desde o momento que os casais decidem ter filhos (Brasil, 2007).

Nos cuidados preventivos desse período, o casal deve discutir seu histórico familiar, conhecer suas condições de saúde para gerar uma criança e realizar exames que possibilitem eliminar alguns riscos. Na pré-concepção o cuidado é: particularmente, importante, pois identifica as condições que podem prevenir as doenças crônicas, distúrbios e depressões pós-parto, desordens metabólicas e hereditárias, entre outras (Brasil, 2007).

Nos países desenvolvidos, os fatores de risco são controlados nas famílias por meio do próprio processo de desenvolvimento sócio educacional e econômico. Quando existe planejamento familiar, estes fatores são reduzidos, e as doenças maternas diminuem pela proteção imunológica em razão do controle efetivo da promoção da saúde. Desse modo, a mortalidade materno-infantil também será reduzida por meio de maior qualidade da assistência em saúde, que incorpora a integralidade (Brasil, 2007).

Tabela 14 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o acompanhamento de exames de prevenção preparatórios para a gravidez no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Prevenção exames para a gravidez	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	14	46,6	20	41,6	18	41,8	17	36,1	69	41
Não	**16**	**53,3**	28	58,3	**25**	**58,1**	30	63,8	99	58,9
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 0,18 P= 0,8426 X2=0,306 P=0,7364

Pelos dados da Tabela 14, observa-se que houve mais mulheres que não realizaram os exames de prevenção preparatórios para a gestação no pré-natal do que as que fizeram, e houve mulheres primíparas com (53,3%) de também não realizaram tais exames e (58,1%) das multíparas com DPP que não fizeram os exames.

Tabela 15 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o acompanhamento médico durante o pré-natal no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Acompanhamento médico	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	**26**	**86,6**	37	77,0	**31**	**72**	31	65,9	125	74,40
Não	4	13,3	**11**	**22,9**	**12**	**27,9**	16	34,0	43	25,59
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 1,09 P= 0,4535 X2=0,39 P=0,6891

Pelos dados das Tabelas 14 e 15, observa-se que as variáveis “exames preparatórios para a gravidez” e “acompanhamento médico durante o pré-natal” foram as que mais apresentaram dificuldades de entendimento das participantes, não sendo significantes em ambas as tabelas.

As participantes indicaram encontrar problemas para participar de um pré-natal adequado, pois houve dificuldades na realização de exames preventivos, laboratoriais e de imagem e seu acompanhamento necessário; apesar de todos os direitos reconhecidos e benéficos às mulheres e à saúde materno-infantil. Assim, muitas vezes, acabam desistindo de prosseguir na assistência preconizada pelas deficiências de acesso que encontram, que representam um elemento de desgaste físico e emocional.

Carlesso, Ramos, (2011) consideram que a assistência compreende um conjunto de atividades que visam à promoção da saúde materno-infantil, bem como a identificação de riscos, para ambos, objetivando uma assistência adequada e oportuna. Mas sua ausência ou deficiência, comprovadamente, associa-se às maiores taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal e às depressões pós-parto.

Para obter um pré-natal de qualidade dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde, este deverá seguir as seguintes recomendações: ter de seis a mais consultas (incluindo o puerpério), ser iniciado no primeiro trimestre da gestação e ter garantia de exames essenciais (Brasil, 2007).

Neste contexto, destacamos a importância de considerar as vivências dessas puérperas para estabelecer uma melhor forma de aplicar o questionário em seus domicílios, o que poderá criar um vínculo mais efetivo, trazendo propostas de ampliar o cuidado da saúde materna e infantil.

Para falar de práticas de atenção à saúde da mulher, as propostas de articulação definidas na Rede Cegonha poderão ser implantadas, favorecendo novas práticas no âmbito da rede de saúde para construir políticas públicas com diminuição das morbidades (Brasil, 2011).

Nas propostas de articulações dos serviços, a discussão das alternativas de disponibilidade de métodos e exames de detecção rápida da gravidez é um aspecto de grande importância; pois, percebe-se ser fundamental nas políticas públicas de saúde da mulher, por isso, é necessário ampliar estas práticas de aconselhamento oferecidas, disponibilizando, desse modo, métodos e exames da gravidez.

Tabela 16 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o suporte familiar após a volta da maternidade (puerpério) no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Suporte Famliar	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim, do marido	4	13,3	18	37,5	**21**	**48,8**	24	51	67	39,88
sim, de familiares	5	16,	16	33,3	8	18,6	18	38,2	47	27,97
sim de amigas, vizinhas ou outros	5	16,6	6	12,5	4	9,3	2	4,2	17	10,11
não	**16**	**53,3**	8	16,6	10	23,2	3	6,3	37	22,02
Total	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 14,01 P= 0,0029* X2=8,32 P=0,0038*

Pelos dados da Tabela 16, observa-se que a variável em relação ao suporte familiar foi significativa estatisticamente. No teste

aplicado, percebeu-se diferenças nas questões, por exemplo, suporte familiar na volta da maternidade, as mulheres primíparas com DPP não tiveram suporte em (53,3%), e as multíparas com DPP tiveram ajuda do marido em (48,8%).

Muitas vezes, percebe-se, que são cobrados das mulheres comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados com o bebê, sendo assim, aquelas que apresentam sintomas depressivos podem se culpar por não poderem corresponder a estas expectativas. Nesse momento, é importante que se faça uma avaliação adequada para entender os sintomas e os sentimentos presentes durante o período puerperal, a fim de que não ocorra de fato uma depressão pós-parto (Baptista e Furquim, 2003; Zambaldi, Cantilino e Botelho, 2008).

Beck (2002) chama a atenção para o fato de que as mulheres desejam que os familiares percebam a condição de saúde delas, sem que precisem mencionar e tomem iniciativas para ajudá-las. Suporte familiar é ter alguém para conversar e ajudar, sendo universalmente descrito, como benefício na DPP (Dennis e Chung-Lee, 2006; Souza, Prado, Piccinini, 2011).

A chegada de um novo membro à família pode gerar um aumento na tensão familiar, pois traz consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar. O nascimento de uma criança constitui-se em um acontecimento nodal no ciclo de vida familiar, passível de influenciar diversas formas (Féres-Carneiro, 1992, Lobato, Reichenheim, 2011).

Na consulta do enfermeiro ou VD de puerpério na ESF, pode ser utilizado o genograma para apoiar a família a redefinir seus papéis e responsabilidades frente à chegada do bebê (Chiesa, 2013). Essa atividade pode contribuir para buscar apoio social, assim, superando o sofrimento do isolamento.

Tabela 17 - Prevalência de DPP nas puérperas, em relação à percepção do aspecto físico no puerpério no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Aspecto físico	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bem	5	16,6	10	20,8	10	23,2	5	10,6	30	17,85
Disposta	7	23,3	9	18,7	2	4,65	10	21,2	28	16,66
Cansada	**12**	**40**	18	37,5	3	6,9	20	42,5	53	31,54
Fraca	5	16,6	8	16,6	**23**	**53,4**	5	10,6	41	24,40
Exausta	1	3,33	3	6,2	5	11,6	7	14,8	16	9,52
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		

X2= 0,69 P= 0,9523 X2=31,35 P=0,0001*

De acordo com os dados da Tabela 17, observa-se que, nesta variável, houve uma significância de (40%) nas primíparas com DPP sentirem-se cansadas nos aspectos físicos. Nas mulheres multíparas com DPP (53,4%), essa percepção foi de fraqueza. Estes dados estatisticamente foram significantes no teste do Qui-Quadrado, trazendo um resultado com diferenças consideradas significativas no que refere aos aspectos físicos do puerpério.

Alterações dos sintomas físicos são relativamente comuns por começarem na gestação e, predominantemente, no puerpério, associados às mudanças fisiológicas e emocionais. Mas, a presença de grande número de queixas somáticas pode estar associada aos distúrbios psicológicos e ficam subvalorizadas como problema típico da fase (Jomeen e Martin, 2005).

No Brasil, há uma média de 53,1% de queixas referidas pelas mulheres em decorrência do ciclo gravídico puerperal, isto na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com mulheres em fase de gravidez e puerpério (Brasil, 2008). Um aspecto que vale ser

destacado é o problema de subestimar as queixas e, com isso, desconsiderar o sofrimento, além do normal.

Tabela 18 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com problema hormonal em relação ao que as mulheres sentem no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Problema Hormonal	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	**25**	**83,3**	30	62,5	**35**	**81,3**	26	55,3	116	69,04
Não	5	16,6	18	37,5	8	18,6	21	44,6	52	30,95
TOTAL	**30**	**100,0**	**48**	**100,0**	**43**	**100,0**	**47**	**100,0**		
	X^2= 7,06		**P= 0,0079***		**X^2=6,94**		**P=0,0084***			

Nos dados da Tabela 18, pode-se observar que uma proporção maior (69,04%) de mulheres referiu problemas hormonais dentre as 168 puérperas. Nas primíparas com DPP, 83,3% tiveram problemas hormonais, e nas multíparas com DPP, foram 81,3%. Entre ambas houve poucas diferenças e observou-se um número muito elevado de mulheres com problemas hormonais.

Muitas vezes, o problema hormonal é uma das características nas quais as mulheres apresentam um conflito interno, por sentirem e não saberem como resolver o problema. Alguns fatores ligados à história reprodutiva da mulher parecem estar relacionados a desencadear uma DPP (Lobato e Reichenheim, 2011).

Azevedo e Arrais, (2006) ao citarem que “algumas mulheres, quando sofrem de problemas hormonais, banalizam a situação e colocam uma venda nos olhos, para não desencadearem um estresse emocional e um possível transtorno”. Tratando-se de puerpério, isso pode ser conflitante para muitas puérperas, pois

anular as emoções e esquecer os problemas poderá constituir-se em estratégia pouco eficaz, visto que tais benefícios poderão ser temporários, transformando-se em sofrimento e potencializando uma possível depressão.

Tabela 19 - Prevalência de DPP nas puérperas, para verificar se o bebê foi ou não do sexo esperado no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Sexo esperado	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	**25**	**83,3**	18	37,5	12	27,9	23	48,9	78	46,42
Não	5	16,6	30	62,5	**31**	**72**	24	51	90	53,57
TOTAL	30	100,0	48	100,0	43	100,0	47	100,0		

X^2= 8,70 P= 0,0001* X^2=4,17 P=0,0067*

Pelos dados da Tabela 19, observa-se que houve significância estatística para estas variáveis em relação ao sexo do bebê, tanto nas primíparas como nas multíparas houve uma média de 53,5% no total das 168 participantes, referindo que o bebê não foi do sexo esperado e, nas multíparas com DPP, uma diferença significativa maior de 72%. Isto pode ser um fator considerado relevante para o perfil da caracterização socioeconômica e familiar do município em questão.

Para Benner Burgt, Ghoulom, Sheik, (2012); Pacheco, Figueiredo e Costa, (2007), quando a mãe recebe um bebê do sexo oposto do era esperado, isto poderá influenciar na aceitação desse bebê e também ser um fator suscetível à DPP.

Autores referem que a chegada do bebê esperado permite que a mãe prepare-se, tanto física como psicologicamente, ela constrói o ninho da nova criança e se esta não for, muitas vezes, do

sexo desejado, ela se decepcionará. Trabalhar de forma precoce e adequada diminuem o impacto e a frustração da mãe no momento do nascimento (Baptista e Furquim, 2003; Beck, 2002; Berli, Aarre, Mykletun, 2003; Dennis e Chung-Lee, 2006, Wolf, De e Lozoff, 2002).

Tabela 20 - Prevalência de DPP nas puérperas, de acordo com o tipo de parto no município de Itapecerica da Serra, 2013.

Sexo esperado	Primíparas				Multíparas				Total/168	
	Com dep.		Sem dep.		Com dep.		Sem dep.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto normal	16	53,3	35	72,9	18	41,8	39	82,9	108	64,28
Parto cesáreo	**13**	**43,3**	13	27	**25**	**58,1**	6	12,7	57	30,92
Parto fórcipe	1	10	0	0,0	0	0,0	2	4,2	3	1,78
TOTAL	30	100,	48	100,0	43	100,0	47	100,0		

X^2= 4,145 P= 0,1258 X^2= 21,24 P= 0,0001*

Pelos dados da Tabela 20, observa-se que houve significância estatística às variáveis referentes ao tipo de parto, sobretudo nas mulheres multíparas com DPP de parto cesáreo (58,1%), uma porcentagem considerada alta para este fator.

Também chama atenção o fato de que em 13 (43,3%), das primíparas da amostra foi realizada a cesárea, situação que acaba influenciando os próximos partos.

Mulheres submetidas à cesariana apresentam mais chances de ter depressão pós-parto em relação às mães que optaram pelo parto natural. O risco ficará ainda maior se a cesariana for eletiva e não emergência médica (Bener, Burgut, Ghoulom e Sheikh, 2012).

Estudos brasileiros mostram que o parto cesáreo traz vários sintomas à saúde da mulher que podem manifestar a DPP (Tannous, 2004). Observa-se que o País enfrenta muitos desafios quanto à saúde da mulher que incluem as taxas de cirurgias cesáreas, como uma das maiores do mundo com 44%. No entanto, a OMS estabelece níveis de 15% de partos que podem ser realizados em níveis operatórios. Mas, para que essa situação seja revertida em nosso País, é preciso que a sociedade e as famílias conscientizem-se dos benefícios de um parto natural. (OMS, 2011)

5.4 DISCUSSÃO GERAL SOCIOECONÔMICA E FAMILIAR

A maternidade é considerada como uma construção social, na qual os aspectos históricos, valores da comunidade e do grupo social pertencem e criam um cenário em que poderá ser experienciada como um acontecimento feliz, abarcada em uma aura de alegria e sentimentos de plenitude, já que o fato de ser mãe é percebido em nossa cultura como o principal papel da mulher (Kalckmann, Batista, Medeiros, Di Giacomo e Souza, 2010).

Portanto, o pai como os familiares, amigos e profissionais de saúde esperam que o bebê ao nascer seja recebido por uma mãe feliz, segura, alegre e totalmente voltada aos cuidados de seu filho, sabemos que não funciona desta forma, porque a mulher apresenta as suas dificuldades decorrentes do puerpério. Assim, percebe-se não haver espaço para medo, tristeza, insegurança e sentimentos ambivalentes dirigidos ao bebê (Kalckmann, Batista, Medeiros, Di Giacomo e Souza, 2010).

Pelo questionário aplicado pôde-se observar que muitas mulheres não se sentiam seguras, estavam amedrontadas, com problemas hormonais, sem o suporte da família e muitas vezes, preocupadas e insatisfeitas com o advento do bebê. Isto vem

reforçar os achados de Lagerberg e Magnusson (2013) ao observarem que as puérperas com DPP se sentiam mais sobrecarregadas e com menos apoio social.

Berli et al. (2003); Benner et al. (2012), consideram que a depressão pós-parto são desafios aos profissionais de saúde, e suas estimativas de prevalência são difíceis de comparar entre os estudos. O diagnóstico precoce, o apoio, o tratamento adequado das mulheres com DPP pode ser potencialmente útil para reduzir os efeitos maléficos da doença que a mãe, o recém-nascido e a família sofrem.

Os achados deste estudo estão em consonância com os resultados advindos de pesquisas internacionais sobre o tema da prevalência de DPP, que oferecem resultados bastante distintos e, consequentemente, dificultam sua compilação em torno de uma estimativa única da magnitude da DPP no Brasil, mas, no município em questão, com base da amostra de 168 participantes observou-se uma prevalência de 43,4% de DPP.

Algumas limitações foram identificadas, sabe-se que a EPDS é um instrumento de rastreamento de sintomas da DPP e até mesmo referido pelas pacientes que “é um pouco maçante” na forma de responder. Embora tenha sido comparado, como padrão ouro ao exame clínico, com bons resultados em estudos epidemiológicos (Baptista, Daher e Torres, 2006; Coutinho e Saraiva, 2008; Frizo, 2010; Cruz ,Simões e Faisal-Cury, 2005; Santos, 2007)

Uma importante limitação a ser considerada neste estudo foi a falta de informação relativa à história dos antecedentes da depressão, fator reconhecido que influencia nos resultados das características socioeconômicas e familiares. Seria bom questionar os resultados dessa população, no contexto de outras cidades brasileiras de baixa renda, que talvez não identifiquem ainda uma história de DPP.

Neste estudo, existem pontos positivos, pois a amostra foi aleatória por questões operacionais e estatísticas, e seu tamanho amostral foi significativo pela quantidade de puérperas da região trabalhada. A região era de fácil acesso pelo fato da pesquisadora trabalhar no mesmo local e ter boa aceitação do público atendido e o formulário aplicado ter abrangido diversas circunstâncias da vida das participantes relacionadas ao tema proposto.

Muitas vezes, o que são oferecidos a estas mulheres estão condicionados a um sistema de saúde tradicionalista e baseado em rotinas médicas. Portanto, não há uma efetiva instrumentalização do uso de novas tecnologias, e os profissionais na assistência acabam ficando limitados para detectar os sintomas de DPP mais precocemente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério caracteriza-se como uma fase de constantes mudanças nos âmbitos físico, psicológico e social da mulher, uma etapa de instabilidade e compreensão não só da puérpera, mas também dos familiares que vivenciam esse período, que é pouco entendido. É um fator importante aos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações de saúde da mulher e da criança com o apoio familiar.

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. O desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção desse agravo é importante em termos de saúde pública, a fim de reduzir as prevalências da DPP.

Os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros e outros) devem ter o conhecimento necessário para aplicar novas práticas alternativas, usando ferramentas, como um processo de tecnologia, para assim ampliarem o desenvolvimento do uso de instrumentos adequados para rastrear a depressão pós-parto e melhor encontrar o diagnóstico.

Concluiu-se, assim, que uma intervenção precoce na saúde da mulher amplia os serviços de saúde e promove o bem-estar materno-infantil.

O estudo permitiu identificar a prevalência da DPP no município e os principais fatores associados ao problema na amostra estudada. Os achados permitem identificaram os aspectos

significativos da DPP relacionados à assistência de saúde da mulher no município, contribuindo para seu aprimoramento.

Diante disso foi realizado o encaminhamento da amostra que apresentou sintomas significativos na escala de depressão pós-parto de Edimburgho (EPDS) para os serviços especializados em saúde mental.

Nesse sentido, cabe ressaltar a necessidade de melhorar a qualidade das ações de planejamento familiar, buscando desburocratizar o acesso aos métodos contraceptivos; assegurar celeridade na oferta de exames de imagem e de laboratório durante o pré-natal; aumentar a oferta de grupos de reflexão e informação no pré-natal que incluam também o pai; sistematizar o pré-natal das adolescentes com aspectos voltados às necessidades desse grupo, sobretudo, visando a reduzir a segunda gravidez no período; e incluir atividades voltadas ao rastreamento da DPP com vistas a seu diagnóstico e tratamento.

Do ponto de vista geral da saúde da mulher, cabe ainda, incluir protocolos que assegurem o tratamento aos problemas hormonais das mulheres independentes da gestação, dada a magnitude com que esse fator esteve associado ao problema estudado. De forma transversal a todas as atividades citadas, cabe ressaltar, que a abordagem emocional deve ser contemplada pelo conjunto de profissionais que têm contato com as gestantes e suas famílias.

Tais ações contam com respaldo dos documentos oficiais do MS, na Linha de Cuidado à Gestante e Puérpera do Estado de SP, cabendo ao município um esforço operacional para sua concretização. Este enfoque poderá contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde.

Frente à praticidade do emprego da EPDS, sugere-se que possa ser usada como instrumento de triagem dos sintomas depressivos no sistema público de saúde e que haja campanhas de esclarecimento aos profissionais de saúde e à população para sensibilização em relação a esse importante problema de saúde.

Trazer novas alternativas ao município estudado faz com que sejam ampliadas as dimensões do cuidado, para assim, instrumentalizar as intervenções no âmbito dos programas materno-infantis, possibilitando práticas de saúde para identificar precocemente a DPP.

Ao se pensar em uma assistência com qualidade, o suporte emocional e a identificação precoce de uma possível DPP tornam mais eficientes o trabalho. Com a construção dos dados obtidos e os números estimados, percebeu-se a necessidade de ampliar a dimensão do cuidado, sobretudo, na atuação direta do puerpério com mulheres que passaram pela gestação, trazendo-lhes uma assistência mais segura, evitando, assim, a morbidade materno-infantil.

6.1 RECOMENDAÇÕES Á SEREM CONSIDERADAS AO MUNICÍPIO EM QUESTÃO

Sugere-se que as puérperas que apresentaram sintomas de depressão pós-parto com pontuações do escore da EPDS de 12 ou mais sejam encaminhadas aos serviços de saúde do município para um tratamento adequado.

Propõe-se a reestruturação do acesso integral aos métodos contraceptivos, ampliando as equipes multiprofissionais para uma abordagem mais eficaz desde assistência ao pré-natal até o puerpério.

Recomendam-se futuras pesquisas no município onde sejam estudados outros fatores que envolvem violência doméstica, história de depressão na família e tentativas de suicídio.

Partindo destas sugestões acredita-se que sejam alcançados a ampliação dos serviços da saúde materna e infantil e seus cuidados.

7 REFERÊNCIAS

Aceti F. et al. Cure parentali e depressione post partum: a clinical case. Riv. Psichiatr., 47 vol., n. 3, p. 221-5, 2012.

Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clinica? Escola Ana Nery Rev. de Enf., 15 vol. nº3, p. 622-628, Rio de Janeiro, 2011.

Aliane PP, Mamede MV, Furtado EF. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. Psicol. pesq., 5 vol., n. 2, dez. 2011.

Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública vol.26, n.2, p. 219-227. 2009.

Antunes C, Fontaine AM. Percepção de apoio social da mulher: análise fatorial confirmatória da escala Social (Support Appraisals). Paideia**,** 15 vol., n. 32, p. 355-66, 2005.

Areias ME, et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. Br J Psychiatry 169 (1): 30-35, 1996.

Ávila LK. A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

Azevedo GL. Violência física entre parceiros íntimos na gestação: um fator de risco para depressão pós-parto? [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

Azevedo KR, Arrais AR. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 269-276, 2006.

Baptista AS, Furquim PM. Enfermaria de Obstetrícia. Em: Baptista, M.N. & Dias, R.R. Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 11-13, 2003.

Bazemore SD, Paulson JF. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA, vol. 303, n. 19, p. 1961-9, 2010.

Bener A, Burgut FT, Ghoulom S, Sheikh J. A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. Int J Psychiatry Med. Vol. 43(4) p.325-37, 2012.

Berli J, Aarre T, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and assessment of risk factors for postnatal depression. Journal of Affective Disorders, 76(1-3), 151-6, 2003.

Bottino MN. Aspectos evolutivos da depressão pós-parto e fatores associados**.** [Dissertação] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011.

Borges ALV et al. Prevalência da gravidez: aspectos associados, Rev. esc. enferm. USP vol.45 nº2, São Paulo, 2011.

Braguittoni et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev. Psiquiatr. Clín**.** 33 vol, n. 2, p. 92-102, 2006.

Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of pospartum depression. Nurs.Res. vol. 41 nº3 p.166-70, 1992.

Beck CT. Postpartum depression: A metasynthesis. Qualitative Health Research, 12 vol., 453-472, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência á Saúde da Mulher. Departamento de Programas de Saúde Divisão Nacional de Saúde. Temática da Saúde da Mulher. 1ºed. Brasília, 1980.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral á saúde da mulher: bases de ação programática/Ministério da Saúde, 27p. (série B: textos básicos de saúde), 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 44 p. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2007.

Brasil. Ministério da Saúde, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Assistência Humanizada á mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde da mulher. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. REDE CEGONHA. Sistema Único de Saúde-SUS – a Rede Cegonha. PORTARIA N°- 1.459, de 24 de junho, 2011. Brasília, DF, 2011.

Brizot ML, Carvalho MHB, Francisco, RPV. Assistência ao Pré-natal, Obstetrícia, 1ª edição, 2008.

Brown, et. al., Social support, self-esteem and depression. Psychological Medicine, 16 vol., p. 813-831. 1986.

Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. Psico, vol. 37, Nº 2, 2006.

Bruchini MCA, Rosemberg F. (org.) Trabalhadoras do Brasil. p. 9-22, São Paulo, 1982.

Calil H, Pires ML. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia p. 65-69. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

Camacho RS et al.Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiquiatr Clín. Vol. 33 (2) p.92-102, 2006.

Campos, CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise de produção cientifica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu), vol. 11 nº 23, dez. 2007.

Cantilino A et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto: revisão da literatura. Rev Psiq Clín.; vol. 37(6):p.278-84, 2010.

Cassel J. Psychosocial processes and “stress”: theorical formulation. Int.J. Health Serv. vol. 4 (3):p.471-82, 1974.

Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. CEFAC. vol. 13(6):p.1119-1126, 2011.

Censo *em* Itapecerica da Serra estimado no ano de 2011 á 2013, disponível em: http://www.jornalnanet.com.br/.../censo-em-itapecerica-da-serra-esta-quase-finalizado/valor aproximado, janeiro de 2013. Acesso em outubro de 2013

Chaves AFL. Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar. [Tese de Mestrado]. Universidade Federal do Ceará, 2012.

Chiesa AM et al. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm da USP, vol. 43(Esp 2):p.1352-7, 2009**.**

Chiesa et. al., Caderno da Família: toda hora é hora de cuidar. Projeto Janelas. 2ºedição Rev. atualizada e ampliada. São Paulo, 2013.

Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternaldepressive symptoms. Pediatrics**,** v. 123, n. 4, p. 1147-54, 2009.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression original. British Journal Of Psychiatry(1987), 150, 782-786. Versão Portuguesa: Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):p.135-41; 1996.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Ginecol Obstetr. 27 (4):p.181,2005.

Costa RP et al. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. Rev. Psiq. Clín 34 (4); p.157-165, 2007.

Coutinho, M. P. L., Saraiva, E. R. A., Depressão pós-parto: considerações teóricas**.** Estud. pesqui. psicol., vol.8, n.3, p. 1808-4281, 2008.

Cordas TA, Salzano FT. Saúde Mental da Mulher, editora Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 1º ed. p.43, 2006.

Coelho MRS. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

Cypel S. Organizador. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 193p. São Paulo, 2011.

DATASUS, dados da população de Itapecerica da Serra, 2012. http://tabanet.datasus.gov.br/oji/tabrgi.exe?cmv/mat10sp.def. [acesso em julho de 2013]

Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. Birth. V. 33(4) p.323-32. 2006.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5ª ed. Cortez, 1992.

Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Da-Silva KCM. A Intervenção do Serviço Social nos Processos de Depressão Pós-Parto. 1998, 54f. Trabalho de Conclusão de Cursos (Graduação em Serviço Social) - Belém, UNAMA, 1998.

Ermel, RC. Qualidade de vida da pessoa idosa comparação Brasil-Portugal. [Tese de doutorado], 201 p. Universidade de Enfermagem de São Paulo, 2012.

Esteffan SK. et al. Depresión posparto: en el embarazo adolescente: análisis Del problema y SUS consecuencias. Revistion in Chilen Obstetrecion Ginecologia. Vol. 74, n. 3, p. 151-8, 2009.

Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S. & Golding, J. Cohort of depressed mood during pregnancy and after childbirth. British Medical Journal, *vol. 323*, p. 257 – 260,2001.

Felix GMA, Gomes, A.P.R. França, P.S., Depressão no ciclo gravídico-puerperal. Comun. ciênc. saúde; vol.19(1):51-60, São Paulo, 2008.

Féres-Carneiro T. Família e saúde mental. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 8, p. 485-493, 1992.

Frizzo GB. et al. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. Psicol. Reflex. Crit, vol. 23 nº1, p.46-55, 2010.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev. Esc. Enferm. USP. Vol. 39 (supl 4):p.450-459, 2005.

Glasser, S. et al. Perinatal depressive symptoms among Arab women in northern Israel. Matern. Child. Health J**.,** vol. 16, n. 6, p. 1197-205, Aug. 2012.

Gualda DMR. Depressão pós-parto:conhecimento e vivência dos profissionais da estratégia de saúde da família [Relatório de pesquisa], São Paulo, USP, 2012.

Godinho T. et al. Trajetória da mulher na educação brasileira:dados de 1996 á 2005. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anisio Teixeira, 109p. 2005.

Gomes et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Revista rene, vol.11. Número especial, p. 117- 123, 2010.

Goodman SH. Depression in mothers. Annu Rev Clin Psychol. Vol. 3 p.107-35, 2007.

Gonçalves, L. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuição à organização do processo de trabalho da enfermagem. Revista eletrônica de Enfermagem, vol. 6, nº1, 2000.

Halbreich U. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. Journal of Affective Disorders, vol. 88 (1): p.1-7, 2005.

Halbreich, U.; Karkun, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J. Affect. Disord., vol.91, n. 2-3, p. 97-111, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br._[Acesso em novembro de 2013]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico atualizado de 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. [Acesso em janeiro de 2014]

Imbula EB, Okitundu LEA, Mampunza M, Miezi S. Postpartum depression in Kinshasa (DR Congo): prevalence and risk factors. Med Sante Trop. vol. 22(4) p.379-84, 2012.

Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. J Psychosom Res. Vol. 59(3) p.131-8, 2005.

Kalckmann S, Batista LE, Medeiros CC, Di Giacomo TL, Souza SR. Nascer com equidade:humanização do parto e nascimento: questões raciais/cor e de gênero. Séries e temas em Saúde coletiva. Instituto de Saúde. v.11, 376 p. São Paulo, 2010.

Kogima EO. Depressão Puerperal em adolescentes cadastradas na estratégia saúde da família no município de Embu Guacu SP; Tese de Doutorado; USP São Paulo, 2010.

Klaus MH, Kennel JH, Klaus P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. J. Pediatr. Health Care; vol. 26, n. 2, p. 109-17, Mar. 2012.

Lima-Costa MF, Barreto MSC. Estudos epidemiológicos e envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde**.** Volume 12 - Nº 4 - 2003.

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada a saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos; tese de Doutorado USP, 2011.

Letorneau NL, et al. Postpartum depression is a family affair: adressing the impacto n mothers, fathers and issues ment children. Issues Ment Health Nurs. vol. 33 (7) p. 445-57, 2012.

Leahy-Warren P, et al. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. J Clin. Nurs, vol. 21 (3-4):p.388-97, 2012.

Lagerberg D et al. Utilization of child health services, stress, social support and child characteristics in primiparous and multparous mothers of 18 month-old children. Scand J Public Health, vol. 41(4) p. 374-83, 2013.

Lobato GM, Reichenheim M. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. vol.11 (4), p. 369-379. 11, 2011.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.

Ludermir AB et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. Lancet. Vol. 376, p. 903-910, 2010.

Lovisi et al. Poverty, Violence and Depression during Pregnancy: a Survey of Mothers Attending a Public Hospital in Brazil. Psychological Medicine, vol. 35:p.1485-92,2005.

Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. JOGNN, v. 35 (5) p.652-658, 2006.

Lynch I, Tiedje LB. Working with multiproblem families: an intervention model for community health nurses. Public Health Nurs. Vol. 8(3):p.147-53, 1991.

Magalhães MN, Lima ACP. Noções de Probabilidade e Estatística. São Paulo: IME-USP, 2000. 408p.

Mann R, Gilbody S, Adamson J. Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic reviews tell us? Vol.13(4):p.295-305, 2010.

Marino M. et al. Fattori di rischio nella depressione post partum. Riv Psichiatr, vol. 47, n. 3, p. 187-94, 2012.

Martins D, Pires AP. O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. Mudanças-Psicologia da Saúde, vol. 16, nº2, 2008.

Mathiesen KS, Sanson A, Stoolmille M, Karevold E. The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood. Journal of Abnormal Child Psychologist, vol. *37*, p.209–222, 2013.

Matos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Caderno de Saúde Pública, vol.20(5); p.1411-16, 2004.

Meira L. Biblia Viva, Associação religiosa editora mundo cristão, São Paulo, 1981.

Melo-Junior EF. Prevalência de depressão perinatal e fatores associados. [Tese de doutorado], Campinas, SP, 2011.

Menta OV, Souza MG. Depressão pós-parto: Sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. Arq Ciênc Saúde; vol. 17, n. 2, p. 67-72, 2010.

Menezes CRAM. Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes. 2008 126p. Tese (doutor em Saúde Coletiva) Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Meredith P, Noller P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. Journal of Family Issues, vol. 24, 668-686, 2003.

Milgoron et al. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. J Affect Disord. Vol. 113 (3):p.303-8, 2009.

Monteiro DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al., organizadores. Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

Moraes et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Revista Saúde Pública. Vol. 40 (1). p. 65-70, 2006.

Murray D, Cox J, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? British Journal of Psychiatry, vol.166, 595-600, 1995.

NIAC (Núcleo de informações, avaliações e controle) Vigilância Epidemiológica de Itapecerica da Serra (VEIS), dados fornecido pela VE do município Itapecerica da Serra. Dados fornecidos de informação das redes de saúde. Janeiro de 2013.

Nobrega SM, Fontes EPG, Paula FMSM. Do amor e da dor: representações sociais sobre o Mao r e o sofrimento psíquico. Estudos de psicologia, Campinas, vol.22, nº1, p.77-87, 2005.

O'hara MW. Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol. vol. 65 (12) p.1258-69, 2009.

Organização das Nações Unidas no Brasil. Sistema das Nações unidas no Brasil. 1994 [internet] Disponivel em: http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/, acesso em fevereiro de 2014.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Mental health aspects of Women´s reproductive health: a global review of the literature. Geneva: Who Press; 2009.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Mulheres e Saúde: evidências de hoje agenda de amanhã, Impresso no Brasil, 102 p. 2011.

Ozbasaran et al. Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. Arch Gynecol Obstet, vol. 283 (3):p.483-90, 2011.

Pacheco B, Figueiredo A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health. vol.10 (3):p.103-9, 2007.

Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras R. Validação da escala de depressão geriátrica em ambulatório geral. Revista Saúde Pública. nº 39, p. 918-923,2005.

Pinna M, Zompo MD. Depressione pós-parto: o futuro Prospettive. Riv. Psichiatr., vol. 47, n. 3, p. 195-9, Maio-Jun. 2012.

Pooler J, Perry DF, Ghandour RM. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms among women enrolled in WIC**.** Matern. Child Health J. vol.17 (10):p.1969-80, 2013.

Posmontier B, Horowitz JA. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. J Transcult Nurs; vol. 15 (1): p. 34-43, 2004.

Rampazzo L. Metodologia Científica para graduação e pós-graduação. São Paulo: Stiliano, 150p, 1998.

Rich-Edwards JW. et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. J. Epidemiol. Community Health, vol. 60, n. 3, p.221-7, 2006.

Ruschi et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. Vol. 29(3): p.274-80, 2007.

Santos-Junior HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), vol. 30, nº3, p. 516-524, 2009.

Santos MF, Martins FC, Pasqual L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. Revista de Psiquiatria Clinica (São Paulo).; vol. 26 (2):p.90-5; 1999.

Santos MJ, Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. Economia Aplicada, vol.11 (1), p.5-26, 2007.

Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico USF, vol.12, n.2, p.319-326., 2007.

Schimiege S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. Postdoctoral research associate, 3; 331, 1303, 2005. [Intemet]. Disponivel em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/. Acesso em: [janeiro de 2014].

Schmidt EB, Piccoloto-Müller. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. PSICO-USF. Itatiba, vol.10, n.1, p. 61-68, jan/jun 2005.

Schwngber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para interação mãe e bebê. Estudos de psicologia vol. 8 (3), p.403-411, 2003.

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Portal do governo do Estado de São Paulo. [citado em janeiro de 2011] Disponível em: http://www.seade.gov/brperfilmunest Acesso em: [fevereiro de 2014].

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Portal do governo do Estado de São Paulo. [citado em maio de 2012] Disponível em: http://www.saopaulo.sp.gov.br/orgaos. Acesso em: [fevereiro de 2014].

Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, & Beck CT. Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. MCN Am J Matern Child Nurs, Sep-Oct, vol. 35 (5), p. 280-5, 2010.

Sharma V, Sharma J. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. J. Obstet. Gynaecol. Can., London, vol. 34, n. 5, p. 436-42 May, 2012.

Siegel S, Castellan JRNJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2º edição, Artmed, Porto Alegre- 448 p., 2006.

Sousa DD, Prado LC. Piccinini CA. Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto. Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 24 (2),p.335-343. 2011.

Sousa SG. Depressão Pós-parto Estudo de prevalência e deteção de fatores de risco [tese]. Universidade da Beira Interior. Covilhão, 2012.

Stapleton LR. et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. J. Fam. Psychol., vol. 26, n. 3, p. 453-63, June 2012.

Tanaka OU, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, vol. 4, p. 113-118, 2000.

Tannous L. Prevalência de depressão pós-parto na cidade Porto Alegre e seus fatores de risco, 2004. [Teses em Ciências Médicas]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2004.

United Nations Development Programme. The Millennium Development Goals [homepage na internet]. 2012. United Nations [citado em abril de 2012] Disponível em: http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html. Acesso em: [novembro de 2013].

Urdaneta MJ et al. Prevalencia de depresión pós-parto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.75, n.5, 2010.

Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Caderno de Saúde Pública, vol.15(2), p.7-14, 1999.

Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal Rev. Rene. Fortaleza, vol. 11, n. 2, p. 129-139, 2010.

Warren PL, Mccarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers'perspectives and treatments. Archives of Psychiatric Nursing, vol. 21 (2): p.91-100, 2007.

Wilkinson G, Moore B, Moore P. Tratar a depressão. Lisboa: Climepsi Ed, p. 21, 2003.

Winnicott DW. A Família e o Desenvolvimento Individual, 2° ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Wolf AW, De AI, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples.Soc Psychiatry Epidemiol; vol.37(4) p.169-76, 2002.

WHO. Progress in Reproductive Health Research.n° 42, part 1, p. 1-4, 2010. [Intemet]. Disponivel em: http: www.who.int/reproductivehealth/hrp/progress/42/news42_1.en.html Acesso em: [dezembro de 2013]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Infant Behavior and Development, Maternal common mental disorder and infant growth. Revesion Version 2008 A Post-partum depression and infant growth inhtpp://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/mmh. meeting_report.pdf. [Acesso em 21 de outubro de 2013].

Zambaldi et al. Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto. Rev Psiquiatr RS. vol.30 (2), p.155-158, 2008.

Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. Revista Nursing. v. 61, n. 6, p.36-42, 2003.

ANEXOS

ANEXO 1- Escala de Edimburgo (EPDS)

Tabela. Versão em Português, para uso no Brasil, da Edinburgh Postnatal Depression Scale

Edimburgo pós-natal depressão escala (EPDS)

Nome:_____
Data:_____
Idade do bebê: _____
Pontuação:_____
Aplicador da escala:_____

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
0□Como eu sempre fiz.
1□Não tanto quanto antes.
2□Sem dúvida menos que antes.
3□De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.
0□Como sempre senti.
1□Talvez menos do que antes.
2□Com certeza menos.
3□De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
3□Sim, na maioria das vezes.
2□Sim, algumas vezes.
1□Não muitas vezes.
0□Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
0□Não, de maneira alguma.
1□Pouquíssimas vezes.
2□Sim, algumas vezes.
3□Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
3□Sim, muitas vezes.
2□Sim, algumas vezes.
1□Não, muitas vezes.
0□Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
3□Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
2□Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
1□Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
0□Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
3□Sim, na maioria das vezes.
2□Sim, algumas vezes.
1□Não, muitas vezes.
0□Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
3□Sim, na maioria das vezes.
2□Sim, muitas vezes.
1□Não muitas vezes.
0□Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
3□Sim, na maioria das vezes.
2□Sim, muitas vezes.
1□De vez em quando.
0□Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
3□Sim, muitas vezes, ultimamente.
2□Algumas vezes nos últimos dias.
1□Pouquíssimas vezes, ultimamente
0□Nenhuma vez.

*Versão adaptada por Santos et al. (1999), em Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry, (1987).

APÊNDICE A- Formulário de Características socioeconômico familiar

FORMULÁRIO PARA AS PUÉRPERAS (Elaborado pela própria autora)
Instrumento utilizado como entrevista>

IDENTIFICAÇÃO____nº ***do questionário:*** ___
Unidade Básica de Saúde ou Domicilio:
Data da avaliação:____/___/___ Data do Parto ___/____/_____
Maternidade que teve o parto:
Nome:

1.Idade: anos (completos)
2. Instrução: Número total de anos que estudou ou estuda _____
3. a) Estuda? ( ) Sim ( ) Não

4. a) Ocupação: ( ) Atividades do lar (1) ( ) Trabalho remunerado (2) ( ) Estudante (3) ( ) Sem atividade laboriosa (4) ( ) trabalha e estuda 5) b) E se esta trabalhando atualmente ( ) sim ( ) não c) Renda familiar: ( ) sem renda (1) ( ) De 1à 3 salários-minímos (2) ( ) De 4 à 7 salários-minímos (3) ( ) mais que 7 salários-minimos.
d) Esta de licença maternidade ( ) sim ( ) não d) Quanto tempo----------
5- Qual é a sua Religião( ) Católica (1) ( )Evangélica (2) ( ) Espírita (3) ( ) Outras (4) Praticante ( ) sim ( ) não
6. Estado civil: ( )com companheiro(1) ( ) sem companheiro (2)
7. Relação estável: ( )Mora com o pai da criança (1) ( )Companheiro (2)
( ) Mora só (3) ( )Mora com a família (4) ( ) Mora com amigos (5).

8. A cor da sua pele é:
Cor: ( ) Branca (1) ( ) Negra (2) ( ) Parda (3) ( ) Amarela (4) ( ) outra (5)

9. Naturalidade: ( ) Região de Itapecerica da Serra ou cidade. (1) ( ) Estado de São Paulo (2) ( ) Outros.(3)

10- Tipo de moradia: ( ) Casa (1) ( ) Apartamento(2) ( ) Cortiço (3) ( ) Casa de taipa ou madeira (4)

11- Quantas pessoas residem na sua casa? Não se esqueça de incluir a senhora também.
Total de:--------- Pessoas

Dados do pai da criança:

12- a) Idade do pai:___ b) Escolaridade:____
13-a)O pai da criança está trabalhando atualmente: ( )Sim (1) ( )Não
b)- O pai do bebê tem filhos com outra mulher? ( ) Sim (1) ( ) Não (2)

GRAVIDEZ ATUAL E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/REPRODUTIVOS

14- Idade da 1ª menstruação ------ anos
15- Idade da 1ª relação sexual ------- anos
16- Já teve problemas hormonais do tipo tensão pré-menstrual (TPM) ( ) Sim (1) ( ) Não (2)
17. a)Gravidez foi planejada? ( ) Sim (1) ( )Não (2)
b) Descobriu a gestação em qual mês quando estava grávida ----- mês
18- É a primeira gravidez? ( )Sim (1) ( )Não (2)
19-Quantas gestações anteriores e abortos? -------,--------
20-Quando você iniciou o pré-natal ( ) 1ª trimestre de 1 mês até 4 meses (1)
( )2º trimestre de 5 meses até o 7° (2) ( ) 3º trimestre do 7ª mês até 9º mês (3)
21-Tipo de parto: ( ) Parto normal (1) ( ) Parto cesáreo(2)
( ) Parto forceps (3)
22-Já teve algum filho que morreu no parto anterior ou após?
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
23-No mês em que eu fiquei grávida **(Qual destas afirmações você responderia?)**
1) ( ) Você/vocês não estavam usando método contraceptivo.
2) ( ) Você/vocês estavam usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.
3) ( ) Você/vocês sempre usavam método contraceptivo, mas sabíam que o método tinha falhado (ex:rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.
4) ( ) Você/vocês sempre usavam método contraceptivo.
24- Em termos de me tornar mãe *(pela primeira vez ou de novo)*, eu sinto que minha gravidez aconteceu no: **(Por favor, qual destas informações que mais se aplica a você?)**
(CAVALHIERE, FB; BORGES, ALV, 2011)
1) ( ) momento certo
2) ( ) não bem no momento certo
3) ( ) momento errado
25-Logo antes de ficar grávida.**(Por favor, qual destas informações que mais se aplica a você?)**
1) ( ) eu tinha intenção de ficar grávida
2) ( ) minhas intenções variavam

3) ( ) eu não tinha intenção de ficar grávida
26- Antes de ficar grávida você tomou alguma iniciativa em relação a sua saúde:
1) ( ) vacinas em geral (rubéola, hepatites, e tétano)
2) ( ) vitaminas (ácido fólico, e outras)
3) ( ) prevenção e exames preparatórios para a gravidez
4) ( ) acompanhamento ao médico e aos serviços de saúde
5) ( ) cuidados com alimentação e evitar uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, e drogadição.

Qualidade de Vida/Relacionamento

27-Antes de eu ficar grávida:
(Por favor, qual destas informações que mais se aplica a você?) (CAVALHIERE, FB; BORGES, ALV, 2011)
1) ( ) Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida
2) ( ) Meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
3) ( )Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos

Assuntos Importantes Dados do Pré-Natal e pós-parto:

28- Se sim tomou algum tipo de medicamento na gestação?
Qual?---------- ( ) Sim (1) ( ) Não (2)
29- Usou algum tipo de drogas, tabagismo, alcoolismo na gestação?
( ) Sim (1) ( ) Não (2) Quais? ----------
30- Como a Sra avalia seu pré-natal e pós-parto:
( )1) muito bom
( )2) bom
( )3) médio
( )4) fraco
31- Participou de algum grupo de gestantes durante o pré-natal?
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
32- Foi conhecer a maternidade no período da gestação para saber como era o seu momento de parto antes do nascimento?
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
33- Teve direito ao acompanhante durante o trabalho de parto
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
34- Teve alguma complicação durante o parto
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
35- Depois de quantos dias voltou na consulta de puerpério ------- dias
Dados do Bebê
36- Com relação ás suas expectativas em relação ao bebê
1)O bebê correspondeu totalmente suas expectativas quanto a aparência? 1
2)O bebê correspondeu parcialmente as expectativas? 2
3)O bebê não correspondeu as expectativas? 3
37- O bebê foi do sexo que você queria
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
38- Qual o sexo que é o bebê ( ) masculino (1) ( )feminino (2)
39- a)Você pretende amamentar seu filho, ou esta amamentando?
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
b) Você amamentou os filhos anteriores
( ) Sim (1) ( ) Não (2)
40-Como se sente fisicamente?
1-Muito bem ( )
2-Disposta ( )
3-Um pouco cansada ( )
4-Fraca ( )
5-Exausta ( )
41- A Sra. teve alguma suporte em casa após ter voltado da maternidade?
(Marcar as alternativas necessárias)
(1) Sim, do marido (2) Sim, de familiares
(3) Sim, de amigas e vizinhas ou outros
(4) Sim, de empregada (5) Não

ANEXO- 2 PARECER DA PLATAFORMA BRASIL-COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão pós-parto no Município de Itapecerica da Serra:uma morbidade ainda oculta

Pesquisador: Lisiane Cristina Schwantes Bueno
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 07839212.7.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 123.187
Data da Relatoria: 16/10/2012

Apresentação do Projeto:
Trata-se de pesquisa prospectiva sobre a depressão no período pós-parto. A depressão pós-parto ou depressão puerperal é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas; podendo iniciar de maneira insidiosa, levando de dias até meses após o parto. A depressão pós-parto acomete cerca de 10 a 30% das mulheres nos três primeiros meses após o parto e é um transtorno frequentemente negligenciado e subdiagnosticado. Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da depressão pós-parto, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública. Os profissionais da enfermagem, por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento muitas vezes diário, devem ser capacitados e qualificados na identificação de traços depressivos e na utilização de instrumentos de rastreamento no puerpério. O entendimento sobre a realidade das mulheres que passam pelos sintomas de depressão pós-parto pode contribuir para aprimorar os serviços de saúde. Com a presente pesquisa pretende-se conhecer a prevalência da depressão pós-parto em um município do Estado de São Paulo.
Esta pesquisa fará parte de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e transversal para identificar a prevalência da depressão pós-parto e analisar os fatores de risco associados. Será usada a Edimburgh Depression Postpartum Scale (EPDS) e um formulário de caracterização socioeconômica e familiar. O estudo será desenvolvido no Município de Itapecerica da Serra, nas

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:**
Telefone: (113)061--7548 **Fax:** (113)061--7548 **E-mail:** edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

11 Unidades Básicas de Saúde do município, até um período de dois meses após o parto. Todas as mulheres serão avaliadas de forma consecutiva estimando que sejam abordadas 384 mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: analisar a prevalência de depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra.

Objetivos Específicos: caracterizar a prevalência de depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra com o uso da escala de depressão pós-parto de Edinburgh; descrever os níveis de depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra; identificar fatores sociais, econômicos, familiares e de acesso ao serviço de saúde associados à ocorrência de DPP; estimar a prevalência da depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretos aos sujeitos da pesquisa e os benefícios envolvem a possibilidade de detecção da DPP nas mulheres entrevistadas, e a possibilidade de encaminhá-las para acompanhamento específico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda tema relevante para a saúde da mulher e permitirá identificar a prevalência da depressão pós-parto em um Município do Estado de São Paulo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido é bem redigido e claro, atende aos requisitos da resolução 196/96

Recomendações:

Pela aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:**
Telefone: (113)061–7548 **Fax:** (113)061–7548 **E-mail:** edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

16 de Outubro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:**
Telefone: (113)061–7548 **Fax:** (113)061–7548 **E-mail:** edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br

APÊNDICE B - TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, Lisiane Crisitina Schwantes, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), sob orientação da Profª Dra. Anna Maria Chiesa, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica nível de doutorado e de divulgação científica cujo título é: Depressão pós-parto no Município de Itapecerica da Serra: prevalências e fatores associados. Com o objetivo principal de analisar a prevalência de depressão pós-parto das mulheres do município de Itapecerica da Serra. Para isso, será usada uma aplicação de um instrumento de escala de depressão pós-parto (EPDS) e um formulário de características socioeconômico familiar com as puérperas. Esta entrevista tem uma previsão de tempo de período de no mínimo 30 minutos à uma hora estimada.

Sua colaboração é muito importante. Esclareço que sua participação é voluntária, as informações serão tratadas de forma anônima e confidencial e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso se recuse a participar ou decida desistir da participação a qualquer momento.

Este Termo de Consentimento será preenchido em duas vias, uma ficará em seu poder e outra, comigo. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em revistas e eventos científicos, sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade dos dados.
Caso sinta necessidade de entrar em contato comigo ou com a orientadora para qualquer esclarecimento, os telefone e endereços para contato são: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar, Tel:30617548. Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, o endereço eletrônico:e-mail: edipesq@usp.br.

Pesquisadora: Lisiane Cristina Schwantes Bueno Telefone pessoal: (11) 999187879.
e-mail: lisicris@usp.br/libasc@uol.com.br

Orientadora: Profª. Drª. Anna Maria Chiesa. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

http://www.eeusp.br

Nome do participante ou responsável:

Declaro que, após ter convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Itapecerica da Serra, ____de _____de 2013.

_____ ----------

Assinatura do participante ou responsável Assinatura da pesquisadora

ANEXO-3- Aprovação da realização da Pesquisa pelo Conselho de Saúde de Itapecerica da Serra

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA
AUTARQUIA MUNICIPAL – SAÚDE - IS
Rua Major Manoel Francisco de Moraes, 286 – Centro – Itapecerica da Serra SP
PABX: (11) 4668-6000 Fax: (11) 4667-1256
Email: saudeitapserra@gmail.com

SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
REUNIÃO ORDINÁRIA – 08/11/2012

Em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, realizada em 08 de Outubro de 2012, foi apresentado a **Pesquisa: Depressão pós parto no município de Itapecerica da Serra: uma morbidade ainda oculta,** da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, aplicada por Lisiane Cristina Schwantes Bueno, sendo **APROVADO** pelos Conselheiros.

Nome	Entidade	Assinatura
Karina A. P. S. Vazel	Autarquia IS	
Manoel Alves Moreira	Conselho Municipal	
Terezinha R. de O. Neto	Conselho Municipal	
José Adeo S. Aerebo	UBS H. Azul	
Anastácio B. S. Filho	" "	
José Vieira Lemos	UBS Parque Paraíso	
Geldemar Fernandes Nunes	UBS: P. Paraíso	
Geralda F. V. Chave	UBS Paraíso	
Mary Angela C. Martins	MILCA	
Antonia Ana de Jesus	UBS Crispim	
Maria Aparecida Napoleão	UBS Crispim	
Zenilda Gonçalves	Autarquia IS	

ZGL