

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**JULIANA MACHADO SCHARDOSIM**

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE ESCALAS DE RASTREAMENTO PARA  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**Porto Alegre**

**2008**

**JULIANA MACHADO SCHARDOSIM**

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE ESCALAS DE RASTREAMENTO PARA  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser submetido à avaliação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt**

**Porto Alegre**

**2008**

Dedico este estudo:  
aos meus pais, Elaine e Pascoal e  
ao meu namorado, Estevão,  
por todo apoio e dedicação  
durante esta caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradeço aos meus familiares por todo apoio, carinho e confiança depositados em mim durante esta caminhada. Em especial agradeço ao Estevão, meu grande amor, por toda ajuda e companheirismo durante a elaboração deste trabalho, Elaine e Pascoal, meus pais, por terem sido solidários em momentos de dificuldades, meus sogros, Anna e Rubem, pelos conselhos e apoio durante a elaboração deste trabalho, e à Maria Laura, minha prima, que apesar da pouca idade (6 anos) foi compreensiva quando eu precisei de concentração.

Agradeço às professoras Elizeth Heldt (minha orientadora) e Mariene Riffel (orientadora na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I) por todo aprendizado, carinho, disponibilidade e paciência neste último ano de graduação. Também agradeço ao Professor Vanderlei Carraro (orientador de estágio) por ter me proporcionado tranquilidade durante o estágio oportunizando a realização do trabalho de conclusão com tranquilidade.

Finalmente agradeço às enfermeiras Marli e Sandra da unidade de internação 4º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por toda a dedicação, compreensão, conhecimentos transmitidos e confiança depositada em mim durante o estágio tornando esta etapa mais fácil contribuindo com a construção deste trabalho.

*Através dos passos alternados de perda e  
ganho, silêncio e atividade, nascimento e  
morte eu trilho o caminho da imortalidade.*

Deepak Chopra

## RESUMO

Os transtornos psiquiátricos podem acometer os indivíduos em todos ciclos de suas vidas. No período puerperal a vulnerabilidade para as doenças mentais aumenta devido a fatores biológicos/ hormonais e transformações de ordem subjetiva a que a mulher enfrenta. A prevalência da depressão pós-parto (DPP) varia de 15 a 20% e, freqüentemente não é diagnosticada nem tratada. Entretanto, quando ocorre, o impacto dos sintomas da DPP atinge tanto a puérpera quanto o filho recém-nascido e a família. No Brasil ainda não há uma rotina de inclusão dos instrumentos de detecção de DPP nos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento de DPP, em até 16 semanas após o parto. A busca de artigos foi nas bases de dados Medline, LILACS, SCIELO e Adolescente, onde em uma primeira seleção, foram encontrados 288 resumos, destes, 26 foram acessados na íntegra e apenas 9 foram incluídos de acordo com os critérios estabelecidos. O período de rastreamento de DPP nos estudos variou de 2 a 10 dias pós-parto e o re-teste foi em 8 a 16 semanas pós-parto. A DPP foi diagnosticada em 10 e 25% da amostra dos estudos. A idade das puérperas oscilou entre 15 a 30 anos. A escala mais freqüentemente utilizada foi a *Edimburg Depression Postpartum Scale* – EDPS, com um ponto de corte de 10. Os estudos confirmaram que a DPP é um problema de saúde pública, com altas taxa de subdiagnósticos e os profissionais de saúde desconhecem a utilização das escalas de rastreamento. As escalas são comumente utilizadas em pesquisas, entretanto poderiam também ser uma ferramenta facilitadora para identificar os quadros de DPP na assistência a gestante e puérpera para auxiliar na tomada de decisões durante o pré e pós –natal.

Descritores: Depressão Pós-Parto. Depressão Puerperal. Escalas de Rastreamento. Revisão Sistemática.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b> – Quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.....	14
<b>Tabela 1</b> – Características Gerais dos Estudos Incluídos.....	24
<b>Tabela 2</b> – Escalas de rastreamento de depressão pós-parto utilizadas, com as propriedades psicométricas e respectivos resultados dos estudos incluídos.....	25

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>11</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Marcos Biológicos e Emocionais da Gestação e Puerpério</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2 Síndromes Psiquiátricas Pós-Parto</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Depressão Pós-Parto</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Repercussões da Depressão Pós-Parto</b> .....	<b>16</b>
<b>3.5 Escalas de Rastreamento</b> .....	<b>17</b>
<b>3.6 Escalas de Rastreamento de Depressão</b> .....	<b>18</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos podem acometer os indivíduos em diversas fases da vida, uma vez que a vulnerabilidade pode ser agravada por eventos vitais. A fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, lembrando que a mesma passa por mudanças biológicas como também transformações de ordem subjetiva e os riscos para o desencadeamento de doenças mentais aumentam considerando o estresse inerente a esta fase do ciclo reprodutivo feminino (SILVA; BOTTI, 2005). Para os autores, os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas que promovem instabilidade no quadro emocional que se alterna entre a euforia e a depressão.

Entretanto, as doenças psiquiátricas pós-parto são pouco reconhecidas e tratadas ou pesquisadas. Somente a partir de 1995 a *American Psychiatric Association* – APA incluiu estes distúrbios na categoria de transtornos de humor. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) se encontra tanto a depressão maior quanto as manias que ocorrem após o parto, psicóticas ou não, na classificação de transtornos de humor. Não havia antes esta diferenciação por se considerar que a depressão puerperal não apresentava sintomas distintos da depressão maior (APA, 1995; KAPLAN; SADOCK, 1999).

As síndromes psiquiátricas pós-parto são as doenças mentais que ocorrem durante o primeiro ano após o nascimento da criança (KAPLAN; SADOCK, 1999). As seguintes síndromes de humor pós-parto são as mais freqüentes: melancolia de maternidade (*Pos partum blues*), que ocorre em 50 a 80% de todos os partos; Psicose pós-parto cuja prevalência varia de 0,1 a 0,2% e a Depressão pós-parto.

A prevalência da DPP variando entre 15 a 20% é confirmada em estudo realizado no município de Pelotas no ano 2000, com aplicação da Escala de Hamilton - Depressão cuja prevalência foi de 19,1%. Como fatores de risco para DPP os achados apontaram para o nível socioeconômico mais baixo, menor escolaridade, falta de apoio paterno e o fato de ter pensado em interromper a gravidez (MORAES et al, 2006). Outros estudos ainda sugerem como fator de risco a condição de ser mãe solteira, a gravidez não-planejada, a prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer (CAMACHO et al, 2006; MORAES et al, 2006).

O quadro clínico da DPP é variável podendo apresentar alterações físicas, cognitivas e comportamentais como tristeza, choro fácil, humor lábil, abatimento,

isolamento, distúrbios do sono (hipersonia ou insônia), anorexia, alterações gastrintestinais (SILVA et al, 2003). O curso e prognóstico da doença, mesmo sendo de início insidioso e abrupto, em geral são favoráveis. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o apoio familiar favorecem a melhora do quadro.

A DPP está associada a resultados cognitivos e socioemocionais adversos em crianças, pois durante o curso da doença há uma redução na afetividade e cuidados despendidos ao bebê. Estudos mostram que as crianças que passaram pela experiência de DPP materna apresentam, no futuro, transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos (FRIZZO; PICCININI, 2007). Outros estudos apontam repercussões mais precoces como baixos desempenhos em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe aos 12 meses (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

O diagnóstico precoce, aliado ao tratamento terapêutico e farmacológico fornece maior controle sobre a doença, prevenindo as complicações e repercussões no vínculo mãe-bebê (SILVA et al, 2003; SILVA; BOTTI, 2005). Embora as pesquisas sobre transtornos mentais iniciados após o parto tenham prosperado, um consenso final de diagnóstico, etiologia e tratamento ainda não existem. Por exemplo, para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1995) e seis semanas conforme o CID-10 (KAPLAN; SADOCK, 1999). Outra controvérsia é sobre se escalas de auto avaliação são úteis como instrumentos de triagem para casos de doença mentais no pós-parto (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

No Brasil, ainda não há uma rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão devido tanto à falta de conhecimento em sua utilização quanto ao tamanho das escalas que são, em geral, longas (MACHADO et al, 2003). Entretanto, a superposição de sintomas somáticos do puerpério com a sintomatologia da depressão pode ser um importante confundidor indicando a importância de ações de rastreamento diagnóstico de depressão por profissionais não-especialistas (SILVA; BOTTI, 2005). A equipe de enfermagem integra o contingente de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente. É exatamente esta proximidade enfermeiro-paciente e o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de DPP.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento de depressão pós-parto, em até 16 semanas após o parto.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Marcos Biológicos e Emocionais da Gestação e Puerpério

O ciclo vital da mulher possui três marcadores biológicos: a menarca na adolescência, a gravidez na idade adulta e a menopausa no climatério. Além de marcadores biológicos estes períodos possuem características psicológicas distintas, mudanças sociais e de identidade que exigem reajustes inter e intrapessoais e psíquicos. As mudanças emocionais na gestação ocorrem no mesmo ritmo das transformações biológicas observadas no corpo materno. O parto é um momento desencadeador de uma série de mudanças psíquicas e concretiza a separação física da díade mãe-bebê (OLIVEIRA, 2005; SILVA; BOTTI, 2005). O puerpério, período em que ocorre a transição biológica e emocional da mulher do estado gravídico para o anterior à gravidez, é iniciado a partir do parto. Possui duração indeterminada, por depender de características biológicas e emocionais que variam de mulher para mulher. Mulheres primíparas podem apresentar um puerpério mais longo, devido à inexperiência que se associa aos sentimentos comuns de ansiedade, medo, esperança, entre outros. Estes sentimentos podem somatizar-se produzindo um quadro de instabilidade maior que o observado nas demais puérperas (KAPLAN; SADOCK, 1999; SILVA; BOTTI, 2005).

Já na primeira consulta de pré-natal o profissional deve estar receptivo às queixas ou questionamentos da paciente para que os medos e anseios possam ser amenizados e superados, favorecendo o desenvolvimento de uma gravidez tranqüila. Entretanto é no terceiro trimestre que estes anseios se intensificam. O parto é o momento da gestação em que ocorrem as mudanças mais rápidas e as emoções mais fortes, em um período curto em tempo, porém, longo em vivências e expectativas (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

O puerpério é o período da concretização de tudo que foi idealizado e imaginado na gestação. É uma fase de intensas transformações psíquicas e sociais que promovem um quadro de instabilidade emocional aumentando a possibilidade de desencadeamento dos distúrbios psiquiátricos puerperais. Além destas, ocorrem transformações biológicas necessárias para o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas e ao estabelecimento da lactação. Neste período também ocorrem redefinições de papéis e a relação da puérpera com a família é um fator

importante na questão emocional, tornando-se muitas vezes um fator protetor ou desencadeador dos distúrbios (CAMACHO et al, 2006; OLIVEIRA, 2005).

### **3.2 Síndromes Psiquiátricas Pós-Parto**

Os distúrbios psiquiátricos pós-parto nem sempre são diagnosticados. Isto se deve ao fato de fazer parte de uma área não muito compreendida e estudada, não possuírem perfil sintomático definido, poderem ser confundidos com outros distúrbios ou não serem percebidos como patológicos devido às diferentes intensidades que os sintomas podem se apresentar (KAPLAN; SADOCK, 1999). O curto período de internação puerperal também prejudica a avaliação e as revisões obstétricas as quais as puérperas são submetidas, no período pós-alta, possuem enfoque clínico favorecendo que estas outras questões não sejam abordadas.

O puerpério é um período em que ocorrem muitas mudanças sociais, psicológicas, redefinições de papéis predispondo as mulheres ao aparecimento destes distúrbios. Luis e Oliveira (1998) descrevem que em qualquer cultura com o nascimento de um filho é esperado que a mulher fique feliz e esteja apta a desempenhar suas funções de mãe sem deixar suas funções de esposa, dona de casa e outras inerentes a sua vida social. O meio não considera possíveis modificações que venham ocorrer na relação afetiva, social e profissional que é interrompida.

Em alguns casos quando diagnosticados adequadamente nem sempre é realizado o tratamento da maneira apropriada, muitas mulheres não aceitam este tipo de diagnóstico numa fase da vida que normalmente é de alegria e por isso não aderem ao tratamento (CAMACHO et al, 2006).

Estes três transtornos psiquiátricos pós-parto categorizados como tristeza puerperal ou melancolia da maternidade, depressão puerperal e psicose puerperal, diferenciam-se principalmente quanto ao curso da doença e possuem alguns sintomas comuns (Quadro 1), justificando-se assim a dificuldade dos profissionais de saúde em fazer um diagnóstico precoce (SILVA; BOTTI, 2005).

	<b>TRISTEZA PUERPERAL</b>	<b>DEPRESSÃO PUERPERAL</b>	<b>PSICOSE PUERPERAL</b>
<b>CONCEITO</b>	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
<b>PREVALÊNCIA</b>	50 a 80%	10 a 20%	0,1 a 0,2%
<b>MANIFESTAÇÃO</b>	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
<b>SINTOMAS</b>	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
<b>CURSO E PROGNÓSTICO</b>	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado diagnóstico precoce e intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro
<b>TRATAMENTO</b>	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos especiais)

Quadro 1 - Quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais  
 Fonte: SILVA; BOTTI (2005)

### 3.3 Depressão Pós-Parto

A definição de DPP é variável na literatura. Utilizando os diferentes conceitos encontrados é possível afirmar que o distúrbio é classificado como transtorno de humor que apresenta início insidioso e abrupto normalmente a partir de 6 semanas após o parto, o quadro clínico é variável podendo apresentar sintomas comuns a outras fases da vida. São percebidas alterações físicas, cognitivas e comportamentais que repercutem na interação mãe-bebê/ família/ sociedade e no desenvolvimento psicossocial da criança (KAPLAN; SADOCK, 1999; SILVA et al, 2003; SILVA; BOTTI, 2005).

A etiologia da doença não é totalmente conhecida, porém estudos sugerem que seja multifatorial. Camacho et al (2006) afirmam que fatores hormonais e hereditários possam estar envolvidos na etiologia da DPP devido aos níveis elevados de estrógeno e progesterona durante o período gestacional e a queda brusca destes no momento do parto. Esta oscilação ocasionaria instabilidade no humor aumentando a vulnerabilidade da puérpera ao aparecimento da DPP. O fato de cada mulher possuir diferente sensibilidade à oscilação hormonal coloca em dúvida esta teoria.

Outros fatores são descritos como fatores de risco para a DPP: falta de apoio do parceiro e demais familiares, gestação não planejada, nascimento prematuro ou morte fetal, baixo peso do bebê ao nascer, número de filhos do casal, pouca idade materna, dificuldades na amamentação dificuldades financeiras/ desemprego, antecedentes psiquiátricos puerperais ou não e antecedentes psiquiátricos familiares (SILVA et al, 2003; SILVA; BOTTI, 2005). Estes fatores aumentam o nível de estresse e conseqüentemente promovem instabilidade no humor predispondo a puérpera à depressão.

Os sintomas em grande parte dos casos não são percebidos em estágio inicial, isto se deve principalmente à variabilidade e intensidade destes mesmos sintomas em cada mulher, que são descritos como: tristeza, abatimento, choro fácil, humor lábil, isolamento, distúrbios do sono (hipersonia ou insônia), anorexia, alterações gastrintestinais, idéias suicidas, perda de interesse sexual (SILVA et al, 2003; SILVA; BOTTI, 2005).

O curso e prognóstico da doença, em geral são favoráveis. Porém, é o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o apoio familiar que favorecem a

melhora do quadro clínico. Quando não tratada logo no início a DPP pode se tornar crônica e refratária ao tratamento estendendo-se até o terceiro ano após o parto (KAPLAN; SADOCK, 1999).

O tratamento da DPP pode ser farmacológico, psicoterápico e por meio de eletroconvulsoterapia - ECT. O tratamento preferencialmente é psicoterápico, porém quando o quadro clínico não é melhorado apenas com psicoterapia opta-se por aliar a farmacoterapia. Quando escolhido o tratamento farmacológico, deve-se avaliar a relação custo-benefício entre os riscos a que o recém-nascido está submetido e os benefícios do aleitamento materno. O uso de psicofármacos no puerpério apresenta contra-indicações devido ao aleitamento materno (BLAYA et al, 2005).

Em geral observa-se a combinação de tratamento farmacológico com psicoterapia e, em casos mais graves, a ECT. Através da abordagem psicoterapêutica novas estruturas são construídas com a puérpera e seus familiares com o objetivo de planejar ações adequadas a esta nova realidade (SILVA; BOTTI, 2005).

### **3.4 Repercussões da Depressão Pós-Parto**

A depressão pós-parto não traz apenas prejuízos de ordem biológica, ela atinge os relacionamentos em que a mulher está inserida. Portanto, a interação desta com o bebê, com a família e a sociedade como um todo, fica prejudicada. O bebê será mais atingido por ser totalmente dependente da qualidade dos cuidados e da sensibilidade da mãe (FRIZZO; PICCININI, 2007).

O padrão individual de relacionamento dos indivíduos começa a ser formado a partir das estimulações recebidas do meio externo e das pessoas com que convive, para o recém-nascido a referência de estimulação é a pessoa mais próxima, normalmente a mãe. A mãe quando age de maneira suficientemente boa cria o espaço ilusório que o bebê necessita permitindo o exercício de sua criatividade inata e o início de sua vida psíquica. Logo após o nascimento o que existe é um *self* verdadeiro em potencial que começa a ter vida através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação, pela mãe, das expressões de onipotência do bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005; OUTEIRAL, 2005).

A ausência materna causada pela DPP parece provocar mudanças evolutivas no bebê e tem sido empiricamente relacionada a um baixo envolvimento com

pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê. O neonato seria privado da mãe enquanto reguladora externa de estimulação. Os problemas gerados vão além da infância, como falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos atentos e afetivos (FRIZZO; PICCININI, 2005; 2007).

No âmbito familiar a DPP mobiliza as pessoas mais próximas à puérpera no cuidado à ela e ao neonato, onde o apoio familiar é descrito na como fator minimizador da depressão (PROCHNOW; LOPES, 2007). Frizzo e Piccinini (2007) comentam a importância do papel paterno, alertando que este muitas vezes constitui um fator protetor, uma vez que sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança.

### **3.5 Escalas de Rastreamento**

Definem-se escalas de rastreamento como *“um instrumento composto de uma lista breve de questões que tanto podem ser auto-aplicadas como aplicadas por entrevistadores leigos”* (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000, p. 45). Os primeiros estudos epidemiológicos utilizavam instrumentos que continham apenas listas de sintomas que a partir de um ponto de corte específico identificava a doença em questão nos indivíduos. Desde então, as escalas de rastreamento começaram a ser desenvolvidas com critérios mais rígidos de construto e validação. Também os instrumentos elaborados passaram a abordar outros pontos além dos sintomas como, por exemplo, a percepção da incapacidade de lidar com os problemas ou as dificuldades sociais e as questões de satisfação (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

A elaboração e validação de uma escala seguem três grandes pólos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). A primeira categoria envolve a pesquisa sobre o tema a ser trabalhada, que fornecerá subsídios aos procedimentos seguintes. Já a segunda categoria envolve a atividade experimental do construto e, por fim, a terceira categoria analisa os dados obtidos validando ou não o construto desenvolvido (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

A operacionalização do construto envolve a construção dos itens, ou seja, as tarefas ou questões que os sujeitos deverão executar ou responder para que sejam

avaliados os atributos pertinentes. Pode-se neste momento utilizar itens presentes em outros instrumentos já disponíveis sobre o mesmo tema ou buscar as informações através de entrevistas com o público alvo, por exemplo. A construção de itens deve obedecer a critérios de modo que as questões tornem-se claras e de fácil entendimento para todas as camadas da população. Antes do teste na população alvo deve-se fazer uma análise teórica dos itens que consiste em análise semântica para avaliar a clareza das questões evitando que a dificuldade de compreensão constitua um fator complicador no seu uso e chamada análise se juízes feita por peritos no assunto com o objetivo de avaliar se os traços comportamentais são suficientes para avaliação do tema proposto (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

Após esta análise o instrumento é testado na população alvo e validado através de um estudo realizado com metodologia científica, tornando-se disponível para uso em outras pesquisas.

Quando um pesquisador decide realizar um estudo com utilização de alguma escala é importante que ele analise dois aspectos: confiabilidade e validade. “*A confiabilidade refere-se a reprodutividade de uma medida, ou seja, ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto*” (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000, p. 23). Existem diversos coeficientes de confiabilidade que se adaptam aos diferentes tipos de instrumentos. A validade seria a capacidade do instrumento medir o que ele se propõe, incluindo um componente conceitual que é subjetivo e refere-se ao julgamento do pesquisador e outro, operacional, que é uma avaliação sistemática em comparação com critérios externos conhecido como padrão-ouro (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

### **3.6 Escalas de Rastreamento de Depressão**

A necessidade de utilização de escalas de rastreamento na psiquiatria foi evidenciada após os estudos realizados nas décadas de 1960 e 1970, que relataram enormes variações diagnósticas numa mesma população quando avaliada por diferentes profissionais. Estas variações são justificadas pela inexistência de marcadores biológicos ou outras representações mensuráveis objetivamente para a maioria dos transtornos psiquiátricos, sendo o diagnóstico realizado através de sintomas e síndromes clínicas permitindo diferentes interpretações entre os

profissionais. Existem várias escalas de rastreamento de depressão geral validadas e publicadas em diversos idiomas. Estas incluem as de auto-avaliação, as que são aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas. No entanto, a proliferação de escalas dificulta a seleção de uma ou mais para algum estudo específico (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

As escalas de auto-avaliação apresentam vantagens de uso em pacientes com transtorno de humor, uma vez que, estes estão em posição única de fornecer dados sobre seus sentimentos e humor. As desvantagens incluem: dificuldade em analisar a confiabilidade, sua utilização requer um grau mínimo de escolaridade e cooperação dos respondentes, e pacientes com patologias graves podem não se concentrar o suficiente para responder (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

A avaliação dos sintomas depressivos depende das categorias que serão incluídas no instrumento, sendo esta a principal diferença entre as escalas. São exemplos de categorias de sintomas depressivos: humor (tristeza, crises de choro ou risos), vegetativos ou somáticos (alterações no sono, apetite e peso), motores (inibição, agitação), sociais (apatia, isolamento), cognitivos (ideação de culpa e suicídio), ansiedade (psíquica, fóbica, somática) e irritabilidade (hostilidade, auto-agressão). Nem todas as categorias são abordadas nas escalas, por isso quando o pesquisador escolhe a escala a ser utilizada em um estudo deve observar os pontos que são pertinentes e qual a escala mais adequada (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

Machado (2003) em seu estudo de construção da Escala de Depressão em Hospital Geral – EDHG destaca as escalas *Beck Depression Inventory* - BDI, *Center for Epidemiological Studies-Depression* - CES-D; *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS e a PRIME-D. Estas escalas foram desenvolvidas de acordo com os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV (APA, 1995) e são amplamente utilizadas como padrão ouro em estudos comparativos sobre uso de escalas de depressão.

A Escala de Depressão em Hospital Geral - EDHG foi construída e validada através de uma pesquisa realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e teve como referencial os 48 itens das escalas BDI, CES-D e HADS. Esta pesquisa objetivou realizar uma comparação da detecção de depressão realizada por médicos não-psiquiatras e enfermeiros, entre 1987 e 2002. Neste estudo foi selecionado o conjunto mínimo de itens provenientes das três escalas citadas tomando o PRIME-D

como padrão ouro, sem estabelecimento prévio de critérios de conteúdo. Foi analisado, de forma unidimensional cada item. Desta maneira permitiu-se uma seleção sem critérios prévios, baseada apenas no desempenho verificado nas amostras em estudo (MACHADO et al, 2003).

As escalas utilizadas na construção da EDHG diferem entre si e possuem públicos alvos diferentes. A BDI contém 21 itens, é muito utilizada em estudos de depressão, inclusive transculturais devido a sua comprovada adequação psicométrica. Esta escala não possui pretensão diagnóstica apenas complementa a avaliação de pacientes já diagnosticados sob a ótica do paciente (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000). A CES-D é uma escala com 20 itens divididos em 4 sub-escalas que avaliam: humor reprimido, retardo psicomotor, dificuldades interpessoais e falta de bem-estar, é utilizada no rastreamento de depressão em comunidades. A HADS foi desenvolvida para uso em pacientes não-psiquiátricos. Possui 14 itens e a versão em português foi validada em pacientes internados em enfermaria clínica e pacientes ambulatoriais (MACHADO, 2003). A EDHG mostrou desempenho semelhante às demais com a vantagem de possuir pequeno número de itens, podendo ser um dispositivo de alerta para detecção da depressão na rotina de um hospital geral.

Além destas escalas, nos estudos sobre depressão puerperal encontramos outras escalas: *Edimburg Depression Postpartum Scale – EDPS*, *Postpartum Depression Screening Scale - PDSS*, *Hopkins Symptom Check List - SCL-25*, *Self-Report Questionnaire 20 - SRQ-20*.

A EDPS é uma escala auto-aplicável composta por 10 perguntas cada uma com 4 alternativas de resposta com pontuação de 0 a 3. O ponto de corte varia entre os estudos de 10 a 13 pontos. As perguntas abordam os sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de peso, perda do prazer, idéias suicidas, diminuição do desempenho e culpa (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

A PDSS avalia 7 categorias: distúrbios do sono, distúrbios alimentares, ansiedade/ insegurança, culpa/ vergonha, ideação suicida, confusão mental, sintomas emocionais. Segundo Mancini (2007) este instrumento foi criado a partir das palavras das próprias mulheres facilitando o entendimento das pacientes evitando a ocorrência de falsos negativos. A escala é composta de 35 questões com respostas que variam de discordo fortemente até concordo plenamente e o score

acima do ponto de corte não diagnostica a DPP, mas indica que a puérpera deve ser avaliada por um especialista.

A SCL-25 é uma escala auto aplicável com 25 questões que abordam sintomas de depressão e ansiedade, as respostas variam de 1 a 4 pontos e o total de pontos da escala varia de 25 a 100 pontos (EBERHARD-GRAN et al, 2007).

A SRQ-20 foi elaborada pela OMS para estudar transtorno mental comum (TMC) em países em desenvolvimento. Consiste de 20 perguntas com respostas sim ou não, a pontuação varia de 1 a 20. Foram considerados prováveis casos de TMC os que pontuaram 8 ou mais (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005)

As escalas de rastreamento de sintomas depressivos fazem parte da estratégia de busca ativa. São utilizadas freqüentemente em pesquisas e não na prática propriamente. A causa desta ocorrência pode estar relacionada à não familiaridade com o uso de escalas, ao tamanho delas ou ao tempo necessário para preenchê-las (MACHADO, 2003).

## 4 MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento para diagnóstico de depressão pós-parto. O método de revisão sistemática propõe-se a fazer uma síntese das informações disponíveis num dado momento acerca de um tema/ problema específico (LIMA; SOARES; BACALTCHUK, 2000). É objetiva e reproduzível por apresentar princípios gerais, como, por exemplo, a exaustão na busca de estudos analisados e a seleção justificada dos mesmos através dos critérios de inclusão e exclusão explícitos (COUTINHO, 2002; PEREIRA; BACHION, 2006).

Outra vantagem deste método de pesquisa está no fato de reunir uma grande quantidade de informações, com rigor científico para refinar os estudos existentes, tornando mais fácil o acesso às informações, servindo de base científica para formulação de condutas e de protocolos de tratamento.

Para o presente estudo serão utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed e Adolescente (Adolec). Foram considerados os estudos dos últimos dez anos (1998 a setembro de 2008), com os seguintes descritores, conforme classificação do DECS: depressão pós-parto ou depressão puerperal, escalas de rastreamento e revisão sistemática.

Foram incluídos na busca os artigos com delineamento de ensaio clínico, estudo de coorte e caso controle, em puérperas acima de 15 anos, até 16 semanas após o parto, nos idiomas português ou inglês. Os artigos indicaram a definição e validação precisa dos instrumentos utilizados. Os estudos excluídos foram aqueles que não preenchiam os critérios metodológicos de inclusão ou os que abordaram a DPP sem enfoque no rastreamento.

A pesquisa em bases de dados, a aplicação dos testes de relevância e a seleção dos artigos foram feitas, de forma independente. Os estudos referidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez (PEREIRA; BACHION, 2006).

Os aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados estão referenciados ao longo do texto deste estudo, juntamente com o ano de publicação da obra, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais (BRASIL, 1996).

## 5 RESULTADOS

Seguindo a metodologia anteriormente descrita foram encontrados na primeira busca, 273 resumos no MEDLINE, 10 na base de dados Adolesc, 04 na base de dados LILACS e 01 no SCIELO, totalizando 288 resumos. De acordo com o objetivo e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos foram selecionados, através de uma leitura preliminar dos resumos, 21 estudos do MEDLINE, 06 estudos da base de dados Adolesc, 02 estudos do LILACS e 01 estudo do SCIELO, totalizando 30 estudos. Por dependerem de solicitação ao exterior, 4 resumos foram excluídos.

Portanto, foram lidos 26 estudos na íntegra, sendo que 09 artigos preencheram completamente os critérios de inclusão. Dezesete artigos foram excluídos devido a coleta de dados ter ocorrido após 16 semanas do parto ou por não terem o delineamento preconizado. Pode-se observar que os estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2004 e 2007, sendo 2 dos artigos realizados no Brasil. As características gerais dos estudos estão apresentadas na Tabela 1.

As escalas de rastreamento dos estudos foram aplicadas por profissionais da área da saúde treinados (médicos obstetras e psiquiatras, enfermeiros, obstetras e psicólogos). O contato profissional com a paciente variou entre os estudos, porém a maioria realizou entrevista face – a – face durante a internação obstétrica, na consulta puerperal ou em visita domiciliar. O período de avaliação no puerpério imediato variou de 2 a 10 dias pós-parto e a segunda avaliação ocorreu entre 8 a 16 semanas pós-parto.

Através da leitura destes estudos na íntegra foi possível observar outros aspectos relativos às amostras, como os dados socioeconômicos e obstétricos (idade, paridade, tipo de parto, estado civil, entre outros). Estes fatores são descritos como fatores de risco para desenvolvimento da DPP, entretanto os estudos foram heterogêneos ao avaliarem estas variáveis.

**Tabela 1** - Características gerais dos estudos incluídos.

<b>Autores / Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Amostra</b>	<b>Abordagem</b>
Teissède et al, 2004	França	Longitudinal	1154	2-3 dias pós-parto 4-6 sem. pós-parto
Cruz et al, 2005	Brasil	Transversal	70	2-16 sem. pós-parto
Iranfar et al, 2005	Iran	Longitudinal	Total = 163 GP= 105 GNP= 58	37 ± 2 sem, pré-parto 10 dias pós-parto
Dennis e Ross, 2006	Canadá	Longitudinal	594	1, 4 e 8 sem. pós-arto
Vittayanont et al, 2006	Tailândia	Transversal	400	6-8 sem. pós-parto
Csator dai et al, 2007	Hungria	Transversal	1656	0-6 sem. pós-parto
Liabsuetracul, 2007	Tailândia	Prospectivo	400	36-40 sem. gestação 6-8 sem. pós-parto
Mancini, 2007	USA	Transversal	755	6 sem. pós-parto
Santos et al, 2007	Brasil	Longitudinal	Total = 886 Seguimento = 378	3 meses pós-parto 15 dias após escala

Nota - GP:Gravidez planejada; GNP: Gravidez não-planejada; USA – Estados Unidos da América.

Quanto às características sociodemográfica da amostra dos estudos, a média de idade das pacientes variou de 15 a 30 anos, com predomínio de puérperas casadas (união estável com o parceiro) variando de 50 a 97%. A etnia predominante foi a caucasiana, entre 33 a 91% nos estudos. O grau de escolaridade predominante foi o secundário variando de 35 a 44%. O restante das amostras incluía analfabetos funcionais, educação primária e terciária e entre estas a terciária foi a de menor freqüência, de 13 a 27%. A ocupação mais freqüente foi atividade do lar e a renda familiar mais prevalente, quando apresentada nos estudos, foi a de menor faixa salarial. No entanto, não foi viável padronizar a média salarial devido à variedade de países em que os estudos foram realizados (Tabela 1).

O tipo de parto mais freqüente foi o parto vaginal variando de 58 a 86% enquanto os demais foram cesariana. As primíparas são predominantes em quase todas as amostras, variando de 35 a 52%. Alguns estudos apresentam a taxa de

primíparas maior que a de primigestas devido aos abortos já realizados, nos estudos que apresentam esta variável o percentual varia de 2,9 a 50% incluindo história de aborto em gestação prévia e tentativa sem sucesso na gestação atual.

A tabela 2 apresenta a escala utilizada em cada estudo para o rastreamento de depressão com respectivas propriedades psicométricas e resultados encontrados.

A prevalência de DPP variou de 8,8% a 40%. Nos estudos que realizaram mais de uma avaliação houve diferença na prevalência da primeira e segunda avaliação, variando de 11,3% a 29,5% na primeira avaliação e 8,8% a 20,3% na segunda avaliação.

**Tabela 2.** Escalas de rastreamento de depressão pós-parto utilizadas, com as propriedades psicométricas e respectivos resultados dos estudos incluídos

Autores / Ano	Escala	Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Resultados
Teissèdre et al, 2004	EDPS	10	71 a 94 %	78 a 34 %	Escore 2-3 dias pós-parto: ≥10 = 11,3%; ≥13 = 13,4%; ≤10 = 75,3% Escore 4-6 sem. pós-parto: ≥10 = 12,6% ; ≥13 = 8,8% ; ≤ 10 = 78,6% Correlação + entre EDPS 2 a 3 dias após o parto com a pontuação 4 a 6 semanas do puerpério. A maior pontuação na EDPS nos primeiros dias após-parto é preditor de DPP em 4 a 6 semanas.
Cruz et al 2005	EDPS SRQ-20	10 08	72% 77%	89% 81%	Foi identificada correlação entre os instrumentos apresentando DPP = 37,1% através da EDPS e TMC = 37,1% através de SRQ-20
Iranfar, S. et al, 2005	BDI	10	NE	NE	Risco relativo para DPP = 1,9 para GNP GP = 23 (25,6%) X GNP = 19 (48,7%) Recomenda rastreamento de DPP para as gestações não-planejada.
Dennis e Ross, 2006	EDPS	09	NE	NE	DPP 1ª semana pós-parto = 175 (29,5%), destas 96 (54,8%) mantiveram DPP na 8ª semana pós-parto DPP 8ª semana pós-parto = 101 (20,3%),

					destas 78 (79,2%) já tinham DPP na 1ª semana pós-parto
					Ter sintomas de depressão já na primeira semana do pós parto é preditor para depressão em 8 semanas e se apresentar história prévia ou familiar de transtorno mental, baixa auto-estima, história de abuso na infância, pouco suporte social é indicado intervenção.
Vittayanont et al, 2006	PDSS-7	D. Menor = 51 D. Maior = 90	72% 75%	79% 99%	Total de 40 (10%) casos de DPP, sendo 36 (9%) DPP menor e 4 (1%) DPP maior.
Csatornai, S. et al, 2007	LQ	> 10	NE	NE	Total de 892 (53,9%) com vulnerabilidade para DPP, sendo maior nos casos de GNP ( $p < 0,001$ ), de abortos prévios induzidos ( $p = 0,001$ ), em abortos espontâneos ( $p < 0,001$ ) e história de desfechos obstétricos desfavoráveis ( $p < 0,001$ )
Liabsuetracul, 2007	PDRS	32 a 33	80%	74%	Total de 40 (10%) casos de DPP, sendo 36 (9%) DPP menor e 4 (1%) DPP maior, sendo que a probabilidade de detectar depressão pós-parto aumentou entre 10 a 25 % após o instrumento de rastreamento ter sido aplicado.
Mancini, 2007	PDSS-7 PDSS	14 60	94%	98%	Foi identificada DPP = 121 (16%) através da PDSS-7 e SP = 151 (20%) através da PDSS mostrando associação entre os instrumentos
Santos et al, 2007	EDPS	10	59,5%	88,4%	Melhor ponto de corte $\geq 10 = 82,6\%$ de sensibilidade e $65,4\%$ de especificidade casos moderados e graves $\geq 11 = 83,8\%$ de sensibilidade e $74,7\%$ de especificidade

Nota: DPP = Depressão pós-parto; SP = Sintomas potenciais; TMC = Transtorno mental comum; GP = Gestação planejada; GNP= Gestação não-planejada; EDPS = *Edimburg Depression Postpartum Scale*; SRQ-20 = *Report Questinnaire 20*; BDI = *Beck Depression Inventory*; PDSS = *Postpartum Depression Screening Scale*; LQ=Leverton Questionnaire; PDRS = *Postpartum Depression Risk Scale*

## 6 DISCUSSÃO

Após a análise dos estudos evidencia-se que as escalas de rastreamento são úteis na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolver a DPP. Observou-se que alguns estudos identificam maior número de puérperas em risco na primeira avaliação, realizada até o 10º dia de puerpério do que na segunda avaliação, realizada em até 3 – 4 meses pós-parto, enquanto que em outros estudos, o percentual de puérperas com DPP diminuiu no seguimento do estudo (DENNIS; ROSS, 2006; TEISSÉDRE; CHABROL, 2004). Quando a identificação dos sintomas é restrita ao período próximo ao parto, provavelmente é devido a ocorrência do *blues* (melancolia pós-parto) que inicia mais precocemente podendo atingir até 80% das puérperas, desaparecendo em até 2 semanas e a DPP tende a iniciar na 4ª semana de puerpério (CSATORDAI et al, 2007).

No entanto, a presença de sintomas de depressão já na primeira semana do pós-parto foi preditor para depressão em 8 semanas e, ainda, se a puérpera apresentar história prévia ou familiar de transtorno mental, baixa auto-estima, história de abuso na infância, pouco suporte social já é indicado iniciar com intervenções (DENNIS; ROSS, 2006). Outro estudo também encontrou correlação positiva entre os maiores escores da EDPS nos primeiros dias após o parto como preditor de DPP em 4 a 6 semanas do puerpério (TEISSÉDRE et al, 2004).

Entre os artigos selecionados encontramos escalas de rastreamento com diferentes tamanhos e questões abordadas. Este dado nos mostra que os serviços de saúde possuem diversos tipos de ferramentas de rastreamento disponíveis facilitando seu uso na assistência. Na atualidade não se observa este tipo de ferramenta na rotina assistencial e, se implantada, possibilitaria que muitas puérperas fossem diagnosticadas e conseqüentemente tratadas.

Nota-se que a EDPS foi utilizada em vários estudos com diferentes pontos de corte (Tabela 2). Sabe-se que o ponto de corte varia de acordo com o tamanho da amostra e da prevalência da doença em questão para equilibrar os valores de sensibilidade e especificidade. A sensibilidade pode ser definida como a proporção dos indivíduos com a doença, que têm um teste positivo para a doença, isto é, um teste sensível raramente é negativo na presença de doença. A especificidade é a proporção dos indivíduos sem a doença, que têm um teste negativo, isto é, um teste específico raramente é positivo na ausência da doença. Portanto, é desejável que

um teste seja altamente sensível e altamente específico. Na verdade, encontrar instrumentos ideais é tarefa difícil. Como os dados de avaliação clínica em geral são séries sucessivas de valores, procura-se localizar o ponto de corte que aproxime a sensibilidade e especificidade dos instrumentos (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

Os fatores de risco foram analisados na maioria dos estudos, porém cada estudo optou por analisar determinados fatores. Por exemplo, Iranfar et al. (2007) analisou o fator gravidez planejada e não-planejada. Os autores recomendam o rastreamento de DPP para puérperas com gravidez não-planejada devido ao fato de que as gestantes que planejaram a gravidez apresentaram 50% menos DPP. Outros fatores de risco como aleitamento materno, número de gestações, idade materna, tipo de parto, prematuridade e baixo peso do bebê ao nascer não apresentaram significância para DPP nos estudos incluídos nesta revisão.

Cabe pontuar algumas limitações deste trabalho. Entre os artigos selecionados verificou-se a heterogeneidade de tipos de escalas utilizadas, o período de aplicação e seguimento, a variabilidade do ponto de corte da mesma escala em diferentes estudos. Entretanto, os artigos incluídos foram originados de países de todos os continentes, com culturas muito diferentes e as conclusões foram semelhantes. Antes de serem utilizadas em pesquisa as escalas passam por um processo de validação que deve ser transcultural, ou seja, preconiza-se que o instrumento seja validado naquele meio em que se pretende realizar a pesquisa.

Um dado importante observado nos artigos incluídos foi a alta taxa de responsividade, em média mais de 80%, comprovando o interesse e preocupação por parte das pacientes na detecção da DPP. Mesmo tratando-se de um período que normalmente é de felicidade e que as famílias não falam em aspectos negativos a maioria das pacientes respondeu às escalas, os motivos que as motivaram podem ser vários, mas a existência de filhos recém-nascidos talvez estimule as mulheres a cuidarem de sua saúde.

Os profissionais da enfermagem por estarem acompanhando as puérperas na Unidade de Internação Obstétrica durante 24 horas diárias devem atentar para as questões abordadas neste estudo. Para isto se faz necessário capacitações que possibilitem a inserção de instrumentos de rastreamento na rotina assistencial. A alta taxa de responsividade nos estudos indicam aceitabilidade e preocupação por parte das pacientes sobre a temática.

## 7 CONCLUSÃO

Ao final deste estudo foi possível concluir que a DPP é um problema de saúde pública por ser prevalente e, freqüentemente, subdiagnosticado. Provavelmente, parte desta situação se deve ao desconhecimento da população e dos profissionais quanto ao quadro clínico e suas repercussões tanto para a puérpera, como para o filho e a família. As pesquisas nesta área vêm crescendo ao longo dos anos, mas ainda são insuficientes.

As escalas de rastreamento não são utilizadas na rotina assistencial, porém são amplamente utilizadas em pesquisa com bons resultados. Como os instrumentos com enfoque no rastreamento de pacientes em risco de desenvolver DPP são de diversos tamanhos e formas de aplicação, parece possível buscar a escala apropriada para os diferentes serviços de saúde, nos diferentes momentos do ciclo grávido-puerperal.

Alguns dos fatores de risco descritos na literatura são confirmados nos estudos incluídos neste trabalho: baixa renda, baixo grau de escolaridade, falta de suporte social do parceiro, gravidez não-planejada. Portanto, é exatamente em puérperas com tais características que se deve realizar o rastreamento de DPP.

Os profissionais da enfermagem por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário de 24 horas precisam ser capacitados e qualificados na identificação de traços depressivos e utilização de instrumentos de rastreamento no puerpério imediato para que as pacientes possam ser acompanhadas nas consultas de revisão puerperal com enfoque nestas questões.

## REFERÊNCIAS

APA. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. 830 p.

BLAYA, C.; LUCCA, G.; BISOL, L.W.; ISOLAN, L.R. **Uso de psicofármacos durante a gestação e a lactação**. IN: CORDIOLI, A. V. (Org). *Psicofármacos: consulta rápida*. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2005. p. 393-401.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. p. 21082-21085.

CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

COUTINHO, E.S.F. Meta-análise. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAYSAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da família. **Revista Brasileira de Gineologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

CSATORDAI, S. et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. **Patient Education and Counseling**, Ireland, v. 67, n. 1-2, p. 84-92, 2007.

DENNIS, C.; ROSS, L.E. Depressive Symptomatology in the Immediate Postnatal Period: Identifying Maternal Characteristics Related to True- and False-Positive Screening Scores. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 51, n. 5, p. 265-273, 2006.

EBERHARD-GRAN, M. et al., A short matrix-version of the Edinburgh Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 116, n. 3, p.195-200, 2007.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 3 ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996. 281 p.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 351-359, 2007.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.; ZUARDI, A.W. (edit.). **Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. 438 p.

IRANFAR, S. et al. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian woman? **La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale**, Alexandria, v. 11, n. 4, 2005.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 1141 p.

LIABSUETRACUL, T.; VITTAYANONT, A.; PITANUPONG, J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Reserch**, Melbourn, v. 33, n. 3, p. 333–340, 2007.

LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; BACALTCHUK, J. Psiquiatria baseada em evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 142 - 146, 2000.

LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, E.R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v.32, n.4, p. 314-24, 1998.

MACHADO, S.C.E.P. et al. Detecção de depressão em Hospital Geral Universitário: comparação entre 1987 e 2002. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 209-219, 2003.

MACHADO, S.C.E.P. **Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro**. Porto Alegre. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MANCINI, F.; CALSON, C.; ALBERS, L. Use of Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative Obstetric practice. **Journal of Midwifery e Women's Health**, New York, v. 52, n. 5, p. 429-434, 2007.

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

OLIVEIRA, D.L. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 423 p.

OUTEIRAL, J. **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes: Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 452 p.

PEREIRA, A.L.; BACHION, M.M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, 2006.

PROCHNOW, L.P.; LOPES, R.C.S. A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. **Psico-USF**, Itatiba, v. 38, n. 3, p. 285-291, 2007.

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

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista em Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2005.

SCHMIDT, E.B.; PICCOLOTO, N.M.; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SILVA, D.G. et al. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2003.

SILVA, E.T.; BOTTI, N.C.L. Depressão Puerperal – Uma Revisão de Literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

TEISSÈDRE, F.; CHABROL, H. Detecting woman at risk for postnatal depression using the Edinburgh Pstnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 49, n. 1, 2004.

VITTAYANONT, A.; LIABSUETRAKUL, T.; PITANUPONG J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): A Thai Version for Screening Postpartum Depression. **Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 89, n. 1, p. 1-7, 2006.