

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Gomes Kátia Silva¹

Popov Débora Cristina²

RESUMO:

A gravidez e o parto são períodos de grandes transformações para as mulheres em todos os âmbitos da vida, trazendo mudanças fisiológicas, sócio culturais e principalmente emocionais. A depressão pós-parto vem aumentando segundo pesquisas e causando preocupação para a Saúde Pública. **Objetivo:** Identificar na literatura fatores de risco relacionados à depressão pós-parto e levantar intervenções para a enfermagem no diagnóstico precoce. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão da literatura dos estudos relacionados à depressão pós-parto. Para tanto foram selecionadas as publicações em português na íntegra do período de 2005-2015. As fontes de obtenção de dados foram: Portal BVS, bases de dados SciELO, LILACS, e Portal do Ministério da Saúde. Foram utilizados doze artigos para composição do trabalho. **Desenvolvimento:** Através dos estudos foram levantados os fatores de risco de maior prevalência e sugeridas intervenções de enfermagem e medidas para o seu diagnóstico. **Conclusão:** Os fatores de risco para depressão pós-parto encontrados com maior prevalência foram: o baixo suporte social e familiar, baixa renda, evento de depressão anterior, conflitos conjugais, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, ser mãe solteira, baixa escolaridade e prematuridade. Através destes indicadores foram sugeridas medidas de diagnóstico e capacitação dos profissionais de enfermagem para reconhecer esses fatores.

DESCRITORES: Depressão no puerpério, Depressão pós-parto, Fatores de risco, Enfermagem e pré-natal.

¹ Aluna do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro (UNISA). São Paulo, SP. E-mail: gomesdasilvakatia@gmail.com

² Orientador. Professor Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro (UNISA). São Paulo, SP. E-mail: dpopov@unisa.br

POST-BIRTH DEPRESSION: NURSING INTERVENTION IN EARLY DIAGNOSIS

Gomes Kátia Silva¹

Popov Débora Cristina²

SUMMARY:

Pregnancy and childbirth are periods of great transformation for women in all walks of life, bringing physiological, socio-cultural and especially emotional changes. Postpartum depression has been increasing according to research and causing concern for Public Health. **Objective:** To identify in the literature risk factors related to postpartum depression and to raise interventions for nursing in the early diagnosis. **Method:** This was a literature review of literature review of studies related to postpartum depression. For this purpose, the Portuguese publications were selected in full for the period 2005-2015. The sources of data collection were: VHL Portal, SciELO databases, LILACS, and Portal of the Ministry of Health. Twelve articles were used to compose the paper. **Development:** Through the studies the risk factors of higher prevalence and suggested nursing interventions and measures for its diagnosis were raised. **Conclusion:** The risk factors for postpartum depression found with higher prevalence were: low social and family support, low income, previous depression event, marital conflicts, unwanted pregnancy, teenage pregnancy, being a single mother, low schooling, and prematurity . Through these indicators, diagnostic and training measures were suggested for nursing professionals to recognize these factors. **KEY WORDS:** Depression in the puerperium, Postpartum depression, Risk factors, Nursing and prenatal care.

¹Student of the 8th Semester of the Nursing Course of the University of Santo Amaro (UNISA). Sao Paulo-SP. E-mail: gomesdasilvakatia@gmail.com

² Master teacher of Nursing Course at the University of Santo Amaro (UNISA). Sao Paulo-SP. E-mail: dpopov@unisa.br

1. INTRODUÇÃO

A Depressão é considerada um dos transtornos mentais mais comuns entre a população e representa umas das queixas psiquiátricas mais identificadas em Instituições de Saúde Mental. ^(1,2,3,4,5)

Estudos na década de 90 já indicavam que a depressão seria a segunda principal causa de incapacidade no mundo em 2010. Um problema sério de Saúde Pública, atingindo de 2% a 5% da população em geral. ⁽¹⁾

A incidência de depressão é quase duas vezes maior em mulheres do que em homens e seu início ocorre normalmente entre 20 e 40 anos, muitas vezes precedida por eventos marcantes, como o da gestação, o parto e o período pós-parto. ⁽¹⁾

Para a psiquiatria, a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência o pensamento. É uma doença afetiva ou do humor e não sinal de fraqueza, ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. A medicina trata a depressão como um mau funcionamento cerebral, distinguindo-a de má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida possa oferecer podendo se manifestar de várias formas, comprometendo o ânimo, inclusive para atividades que antes gerariam prazer. ^(6,7)

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais cognitivas, comportamentais e físicas e pode variar na apresentação e na intensidade dos sintomas de acordo com a personalidade, história de vida da puérpera e das mudanças bioquímicas ocorridas logo após o parto. A doença ocorre principalmente, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, atingindo a sua intensidade máxima, nos primeiros seis meses depois do nascimento. Diagnosticados casos em todo mundo, conforme a região e o instrumento utilizado, a sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção para 1000 mães, e não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. ^(1, 2,3,5,6,8,9,10)

A DPP pode causar desgaste progressivo na relação com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal e pode afetar na interação entre mãe e filho prejudicando o desenvolvimento da criança e predispondo-a a problemas emocionais e comportamentais futuros.^(1,4,5,6)

As mulheres costumam negligenciar o seu diagnóstico reportando os seus sintomas depressivos com medo do estigma associado a doença, já os maridos e familiares acabam atribuindo os sintomas ao “desgaste e cansaço” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê.^(4,5,6,7)

O enfermeiro ocupa posição singular dentro desse contexto, pois acompanha a gestação, e é um dos profissionais que realiza o pré-natal da mulher, momento de preparo físico e psicológico para o parto e maternidade, e como tal, é um momento de intenso aprendizado.⁽⁸⁾

Os profissionais de enfermagem devem estar qualificados para identificar os fatores de risco que podem indicar a DPP, além de identificar os sintomas iniciais da doença, propondo intervenções de apoio emocional, e encaminhando para acompanhamento especializado ainda no ensejo da consulta de pré-natal.^(3,6,8,9,10)

Ainda há uma necessidade de implementação de medidas que possibilitem a assistência integral às gestantes e puérperas e devido à dificuldade dos profissionais para identificarem e intervirem nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério, o número de casos identificados pelos serviços de atendimento primário e encaminhamento para tratamento especializado ainda é muito baixo.^(3,6,8,9,10)

O Ministério da Saúde preconiza diversas políticas e ações que visam à promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher, sendo fundamentadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e adequadas nas Unidades de Atenção a Saúde.⁽¹³⁾

Este trabalho teve como objetivo Identificar na literatura fatores de risco relacionados à depressão pós-parto e levantar intervenções para a enfermagem o seu diagnóstico precoce.

1. MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão da literatura dos principais estudos sobre a prevalência da depressão pós-parto, fatores de risco associados e medidas de diagnóstico. As fontes de obtenção dos dados foram: portal BVS, bases de dados SciELO, LILACS, e portal do Ministério da Saúde. Foram selecionados artigos publicados no período entre 2005 a 2015 na língua portuguesa dispostos na íntegra. Para composição da amostra foram utilizadas as palavras chave: Depressão Pós-Parto, Puerpério, Fatores de Risco, enfermagem e pré-natal. Foram encontrados 19 artigos, destes foram selecionados doze com maior relevância sobre o tema escolhido. Dos artigos analisados, quatro investigavam incidência, prevalência e os fatores de risco relacionados a depressão pós-parto, dois investigavam as interações entre depressão pós-parto e família, mãe e bebê, dois analisavam a associação entre suporte social e depressão em gestantes, um investigava os aspectos epidemiológicos da depressão em amostra brasileira, um avaliava o impacto da prematuridade na saúde mental nas mulheres, um avaliava as implicações pós-parto na psique do bebê e um abordava a prevenção da depressão pós-parto com estratégias do enfermeiro no pré-natal.

2. Resultados e discussão

A seguir apresentaremos os artigos utilizados para a revisão, e que responderam aos questionamentos do estudo.

A.1	RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS ⁽¹⁾ Alvarenga P, Palma EMS, Silva LMA, Dazzani MV; 2012.
A.2	IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS PARTO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE. ⁽⁶⁾ Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva M; 2010.
A.3	PREVENINDO A DEPRESSÃO PUERPERAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ⁽⁸⁾ Valença CN, Germano RM. 2010.
A.4	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM AMOSTRA BRASILEIRA ⁽²⁾ Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. 2007.
A.5	DEPRESSÃO PÓS-PARTO: INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ⁽⁵⁾ Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV, Nicolaou SK, Hess VB, Maluf EMC.;2011
A.6	O PRÉ NATAL PSICOLÓGICO COMO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO ⁽¹²⁾ Arrais AR, Mourão MA, Fragale B. 2014.
A.7	PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS ⁽³⁾ Morais IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. 2006.
A.8	DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS: CONHECENDO AS INTERAÇÕES MÃE, FILHO E FAMÍLIA ⁽¹⁰⁾ . Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA; 2010.
A.9	AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE PREMATURIDADE NA SAUDE MENTAL DAS PUÉRPERAS ⁽¹¹⁾ Favaro MSF, Peres RS, Santos MA. 2012.
A.10	FATORES PSICOSSOCIAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO ⁽⁷⁾ Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E.;2015.
A.11	ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM GESTANTES ⁽⁴⁾ Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR; 2006.
A.12	AS IMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA PSIQUE DO BEBÊ: CONSIDERAÇÕES DA PSICOLOGIA ANALÍTICA ⁽⁹⁾ Freitas LV, Scarabel CA, Duque BH;2012

Quadro 1: Referentes aos Artigos selecionados por Título, Autores e ano de publicação. São Paulo, 2016

3.1 Fatores de risco

Fatores de risco são entendidos por eventos negativos que se configuram preditivos, aumentando o grau de tensão, influenciando nas respostas individual ou ambiental que potencializam a vulnerabilidade do desenvolvimento de uma vida saudável do indivíduo, sua etiologia podem incluir fatores biológicos, psicológicos e sociais, porém são considerados marcadores de alerta que muitas vezes não se

manifestam com as complicações possíveis. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. ^(5,12,13)

Através da análise dos artigos selecionados foram obtidos resultados em números (N), referentes à prevalência de fatores de risco nos estudos e serão apresentados na tabela abaixo:

Fatores para DPP	A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9	A.10	A.11	A.12	Total(N)
Baixo Suporte Social e familiar	X		X	X	X	X	X	X		X		X	9
Baixa renda	X		X	X		X	X	X	X	X		X	9
Depressão anterior	X		X	X	X	X				X			6
Conflitos conjugais	X				X	X		X		X		X	6
Gravidez indesejada	X		X		X		X					X	5
Gravidez na adolescência				X	X	X	X						4
Mãe solteira	X			X		X	X						4
Baixa escolaridade	X	X	X					X					4
Prematuridade								X			X		2

Tabela 1- Prevalência de fatores de risco para DPP nos artigos analisados em numeros. São Paulo, 2016

No gráfico a seguir apresentaremos os fatores de risco em porcentagem, encontrados com maior prevalência nos artigos analisados .

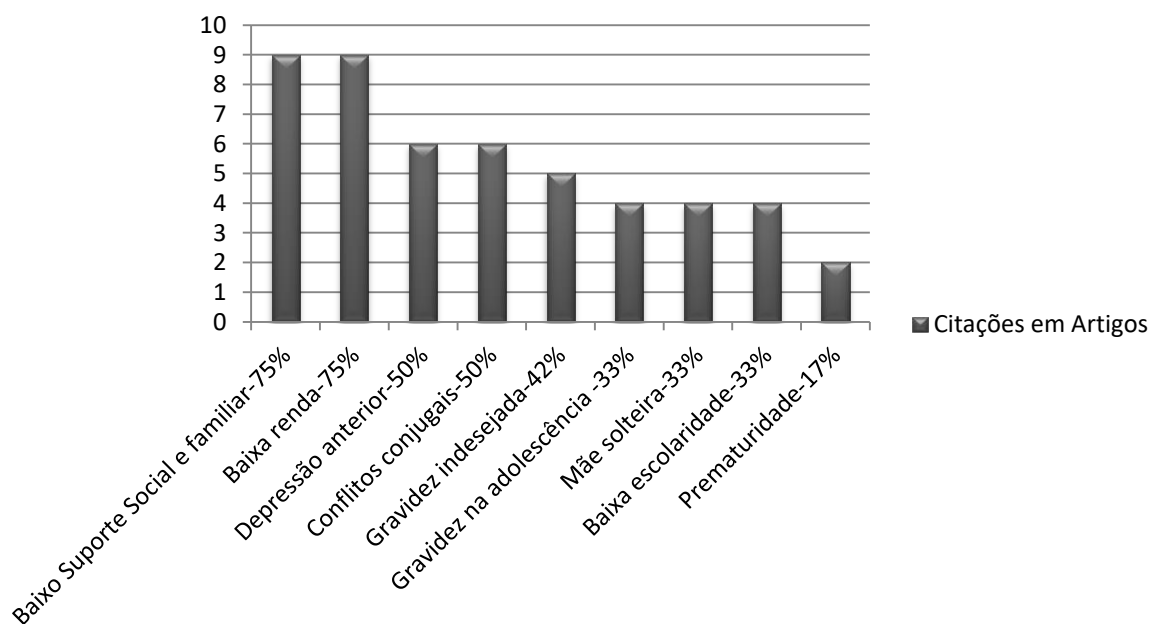


Gráfico 01: Prevalência de fatores de risco para DPP nos artigos analisados em porcentagem. São Paulo, 2016

Alguns fatores de risco se destacaram pela frequência em que foram citados, após análise dos artigos chegou-se aos seguintes resultados: os fatores de risco citados com maior prevalência foram: o baixo suporte social e familiar (75%), baixa renda (75%), seguido por evento de depressão anterior (50%), conflitos conjugais (50%), gravidez indesejada (42%), gravidez na adolescência (33%), ser mãe solteira (33%), baixa escolaridade (33%) e prematuridade (17%).

A seguir descreveremos os resultados obtidos nos artigos analisados ao que se referem aos fatores de risco.

O artigo A.1⁽¹⁾ demonstrou através de estudo com um total de 77 mães divididas em dois grupos, onde foram obtidos resultados de 39 mães com níveis de depressão entre leve, moderada e grave, através deste grupo foram investigadas uma série de preditores e indicadores de comportamento e levantados dados que demonstraram que a falta de suporte social é um dos mais fortes fatores de risco para DPP. Segundo o estudo mães com sintomas depressivos apresentaram menores escores de apoio social e que o baixo índice ou falta de apoio social nos períodos pré e pós-parto estavam associados a um maior risco á depressão. Nessa mesma perspectiva uma maior satisfação com apoio social estava relacionada a um nível reduzido de depressão pós-parto. ^(1,4)

O papel do suporte social, segundo o artigo A.11⁽⁴⁾ é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos que observam diversas modificações psicossociais e fisiológicas como no caso da gravidez e do puerpério, sendo que a falta de suporte social está associado com saúde mental, especificamente com sintomatologia depressiva e ansiosa nos estados gravídicos e puerperais. ⁽⁴⁾

Dentro desse contexto o suporte familiar pode ser muito importante no sentido de evitar o desenvolvimento ou piora de sintomatologias depressivas, considerado como fator de redução de eventos estressantes que ocorrem no cotidiano, a interação e as relações de apoio emocional, afetivo e material devem ser mantidas, também podem ser associadas diversas outras medidas, tais como competência pessoal, comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, estratégias de enfrentamento, percepção, senso de estabilidade e bem estar psicológico, dentre outros. ^(1,3,4,6)

O apoio social deve ser particularmente importante para gestante de baixa renda, já que a DPP é praticamente duas vezes maior em mulheres pobres do que em mulheres com situação econômica mais favorável, como citado no mesmo artigo.⁽⁴⁾

O artigo A.10⁽⁷⁾ avaliou a prevalência de DPP e fatores associados, tendo como composição da amostra, 462 mulheres, moradoras na cidade de São Paulo, sendo que 205 realizaram seu parto em um hospital público e 257 o parto ocorreu em hospital privado, a maior parte das mulheres usuárias do serviço público eram de classe baixa e média baixa, enquanto as mulheres que deram a luz no hospital privado eram de classe alta e média alta. Através de questionários, escalas e entrevistas foram obtidos os seguintes resultados: prevalência de depressão pós-parto em mulheres com parto realizado em hospital público sugerindo a baixa renda como variável socioeconômica para DPP, porém após incluir variáveis psicossociais e sociodemográficas, verificou-se efeito significativo sobre a DPP apenas nas variáveis de nível de escolaridade, qualidade de relacionamento com o parceiro e ocorrência de depressão anterior, o estudo também apontou falta de apoio social como fator preditivo para DPP, sendo apoio social fator de proteção.⁽⁷⁾

Através do A.3⁽²⁾ que objetivou identificar os fatores de risco de forma descritiva, com abordagem quantitativa e utilizando-se de formulários socioeconômicos e demográficos e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo para avaliação da DPP realizadas com 95 puérperas, de faixa etária entre 16 e 40 anos, sendo 19% adolescentes, (de acordo com a Organização Mundial de Saúde que considera adolescente a faixa etária entre 10 a 19 anos), concluiu-se que a adolescência é caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, que sofre influência de sua cultura e subcultura, da família e dos companheiros, com complexas mudanças para o desenvolvimento do ser humano, constituindo um dos grupos mais sensíveis aos graves problemas na atualidade, como a fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, prostituição, violência, abandono, desintegração familiar. Ante tais fatores a depressão na adolescência foi considerada momento de risco iminente para a DPP, pois envolve ainda o fato da imaturidade afetiva, do abandono precoce dos estudos, da separação repentina dos colegas e frustrações nos relacionamentos amorosos. Esse fator é particularmente

importante tendo em vista o grande número de adolescentes grávidas no Brasil (19% do total de gestações em 2011).⁽¹⁴⁾

Observou-se ainda no estudo a falta de apoio do parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento como fator de risco para DPP, a baixa renda econômica e baixa escolaridade são considerados contribuintes para o aumento de conflitos entre o casal, produzindo um efeito direto no relacionamento conjugal.

Entre os conflitos conjugais podemos citar a violência doméstica. A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde geralmente se encontra fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste muitos sentimentos, como humilhação, vergonha, culpa, medo ou depressão.⁽¹³⁾

O artigo A.5⁽⁵⁾ através de um estudo descritivo baseado em um questionário de identificação e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, composta com amostra de 146 mães, com média etária de 28 a 97 anos, na sua maioria casada (76%) e com ensino superior (56%), tendo como renda mensal de 4-6 salários mínimos, foi realizada em Unidades Básicas de Saúde de Curitiba, onde do total, 46 obtiveram escores compatíveis com DPP, caracterizou-se o relacionamento insatisfatório com o companheiro como fator de risco para DPP, o estudo ainda cita outros fatores com gestação não planejada, gravidez na adolescência, desemprego, depressão anterior, baixos níveis socioeconômicos, falta de apoio e doenças psiquiátricas anteriores ou durante a gestação devem ser avaliados.

O artigo A.7⁽³⁾ através de estudo realizado na cidade de Pelotas, entrevistadas 410 mulheres em um hospital, utilizando dois questionários com informações obstétricas e psicossociais e posteriormente entre 30 e 45 dias após o parto essas puérperas foram visitadas em casa e foram obtidos os resultados dos seguintes fatores : falta de apoio conjugal , condições socioeconômicas e não aceitação da gestação como predominantes para DPP .

A gravidez indesejada causa riscos psicológicos à gestante e ao seu bebê, de início essas mulheres podem não aceitar sua gravidez e podem vir a desenvolver sintomas depressivos, essa gestante deve ser avaliada e acompanhada

pois após passar alguns meses, ela pode desenvolver uma maior ligação com o feto, e muitas vezes passar a aceitar a gestação.⁽¹³⁾

O artigo A.9⁽¹¹⁾, apresenta um estudo com objetivo comparar a ocorrência de sintomas de depressão em mães de bebês e mães de bebês a termo ,através de um estudo transversal ,descritivo realizado em um hospital filantrópico do interior paulista constatou-se que 75 % das mulheres apresentaram sintomas de ansiedade e 50% apresentaram sintomas de depressão, já as mães de bebês a termo, 65% não apresentaram nenhum sintoma significativo. Os resultados sugeriram que a prematuridade tende a ter impacto negativo a saúde mental da mulher que vivencia esta situação.

O parto prematuro, ou seja, aquele que ocorre com menos de 37 semanas completas de gestação tende a frustrar as expectativas relacionadas ao nascimento do bebê, de modo que pode ser considerado um acontecimentos desestruturante para a família, e principalmente para a mãe. Tal fato é compreensível, sobre tudo porque a condição biológica do bebê geralmente torna a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um imperativo para sua sobrevivência.⁽¹¹⁾

Diversos sentimentos negativos como: apreensão resultante da incerteza da evolução clínica do bebê, tristeza desencadeada pela separação precoce imposta pela internação e culpa por não ter conseguido conduzir a gestação até o final, ainda a mãe cabe a árdua tarefa de se adaptar à “imagem real” do bebê, abrindo mão a “imagem ideal”, alimentada ao longo da gravidez por fantasias de natureza inconsciente.⁽¹¹⁾

3.2 Intervenção de Enfermagem e Medidas de Prevenção

Destacam-se a grande variedade de métodos e instrumentos disponíveis para o rastreamento da DPP, segundo os artigos analisados, porem o melhor momento para aplicá-las ainda não foram estabelecidos.⁽⁵⁾

Uma forma de o enfermeiro detectar precocemente a DPP seria utilizando instrumentos de coleta de dados. De acordo com os artigos estudados os instrumentos de coleta de dados possíveis de serem aplicados são apresentados na

tabela 2. Entendemos Instrumento de coleta de dados todo instrumento que pode trazer informações relevantes sobre determinado indivíduo, e também pode ser traduzido como escalas validadas e aplicadas na prática de detecção precoce da DPP.

INSTRUMENTOS PARA DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9	A.10	A.11	A.12	TOTAL
ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		10
ENTREVISTA		X	X	X			X	X		X			6
QUESTIONÁRIOS		X				X	X				X	X	5
INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO (BDI)	X			X		X						X	5
ESCALA DE APOIO SOCIAL (EAS)										X			2

Tabela II-Instrumentos para coleta de dados utilizados para e detectar a DPP, citados nos artigos analisados. São Paulo, 2016.

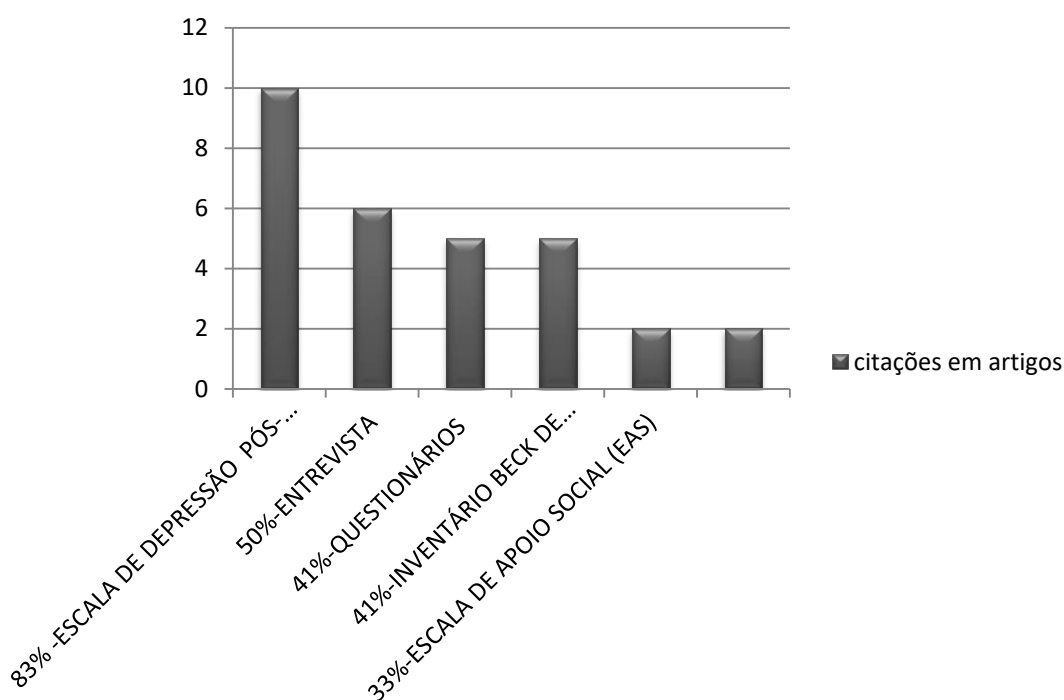


Gráfico II- Instrumentos utilizados para coletas de dados segundo pesquisa nos artigos. São Paulo, 2016.

Entre os instrumentos, a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo é a mais utilizada para rastreamento de sintomas depressivos, criada em 1987, traduzida em 24 idiomas e validada no Brasil em 2000 é considerado um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação a rotina clínica, utilizada durante a gestação e no pós-parto, podendo ser aplicada por profissionais enfermeiros nas áreas básicas de saúde. ^(2,5)

Não exigindo mais que dez minutos para a sua aplicação, tornando-a ideal para o uso na rotina clínica por enfermeiros não especializados na área de saúde mental, com a finalidade de rastrear mães que apresentem sintomas depressivos, não sobrecarregando os serviços especializados. Trata-se de um instrumento de auto registro composto por dez enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo e alterações do comportamento. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerada sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido em amostra brasileira. ^(2,8) (Anexo 1)

Outra estratégia utilizada é a entrevista que deve ser realizada em local privativo onde o profissional deve oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço para a mulher expressar seus medos e suas ansiedades, além de oferecer trocas de experiências, descobertas e informações com extensão a família, em especial do companheiro. ⁽¹²⁾

Nesse momento deve-se levar em consideração a condição da gestante, compreendendo esse estado de maior vulnerabilidade psíquica, devem ser abordados os aspectos sociais, econômicos e culturais, acolhendo a gestante e discutir questões fisiológicas e emocionais relacionadas ao pós-parto, orientando-a e incentivando-a para a formação de uma rede de apoio e auxiliar a mãe a lidar adequadamente com as angústias e culpas do puerpério, assim como com o excesso de trabalho e o cansaço. ⁽¹⁴⁾

São utilizados diversos questionários para coleta de dados, na sua maioria visando o preenchimento de dados referentes a história gestacional, condições sócio demográficas, desejo da gestação, característica familiar e de moradia, dados do perfil como idade da gestante, escolaridade, profissão, estado civil, existência de outros filhos, estado de saúde durante a gestação e data prevista para o parto, também são constados. ^(1,4)

Outra escala utilizada é o Inventário *Beck* de Depressão, uma escala sintomática de auto relato, composta de 21 itens com diferentes alternativas de resposta sobre como o indivíduo tem se sentido, e que correspondem os níveis diferentes de gravidade de sintomatologia depressiva. A soma dos escores

individuais fornece um escore total classificado em: mínimo (0a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) ou grave (36 a 63 pontos).⁽¹⁾ (Anexo2)

A Escala de Apoio Social desenvolvida no *Medical Outcomes Study (MOS)*, é utilizada para medir a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social. Constituída por 19 itens abrangendo cinco dimensões funcionais de apoio: (quatro perguntas-provisão de recursos prático e ajuda material): Afetivo (três perguntas-Demonstrações físicas de amor e afeto): emocional(quatro perguntas-disponibilidade de pessoas para divertir-se ou relaxar) e informação (quatro perguntas-disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos e orientações). Cada item busca medir numa escala ordinal (1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=quase sempre e 5=sempre) a frequência que o sujeito acredita dispor de apoio social, as cinco dimensão foram avaliadas e a pontuação nas 19 perguntas foram geradas para gerar o escore total.⁽¹⁾ (Anexo 3)

Além desses instrumentos de coleta de dados às visitas domiciliares são oportunidades para complementar a investigação integral da mulher. Deve ser avaliado todo o contexto familiar e social, buscando identificar riscos à mulher ou a outros membros da família. Deve ser realizada de acordo com a rotina do Serviço de Saúde.⁽¹³⁾

Também ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos. Realização de grupos de gestantes para educação em saúde, incluindo também seus parceiros nesses grupos, pode aumentar a segurança e colaborar para sanar dúvidas desse período de intensas transformações.^(5,13)

É necessário planejar a organização da Rede Regional de Atenção à Saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas Unidades de Atenção à Saúde, garantindo retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar, se for o caso.⁽¹³⁾

A política nacional de atenção integral possui o programa de “Assistência Integral à Saúde da mulher”, que institui assistência integral em todas as fases da vida da mulher, incluindo na reprodução.⁽¹³⁾

Durante a gravidez, o organismo feminino produz hormônios sexuais e não sexuais pela placenta, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais, não condizentes com os comportamentos habituais.⁽⁴⁾

O pré-natal é a fase configurada pelas consultas programadas e realizadas pela gestante a fim de monitorar a evolução da gestação, a preparação adequada para o parto, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Tais consultas também objetivam a detecção de doenças maternas, diagnósticos precoce e tratamento das complicações da gravidez e implementar as atividades de controle pré-natal é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta.⁽⁸⁾

A detecção precoce da DPP pode ser relacionada com o envolvimento do enfermeiro e a sua atuação no pré-natal e puerpério. Sinais como desatenção, grande ansiedade e falta de interesse por atividades antes consideradas agradáveis, grande tristeza de natureza prolongada, baixa autoestima, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono e /ou apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio devem ser atentamente analisados e acompanhados.^(1,2,3)

Poucas são enfatizadas as ações de promoção a saúde ao que se refere à DPP, e quando isso acontece estas são direcionadas na atenção básica para grupos específicos, ignorando na maioria das vezes a gestante e puérpera.⁽⁶⁾

O despreparo por parte dos profissionais de enfermagem em identificar e acompanhar possíveis gestantes de risco acabam aumentando os índices de DPP e conseqüentemente diminuindo a qualidade prestada, tornando-a assim um problema de Saúde Pública.⁽⁶⁾

A visão da equipe que atende a mulher no ciclo grávido-puerperal precisa ser ampliada, não se restringindo a aspectos de habilidade biomédica. As transformações dinâmicas e intensas dessa fase da vida da mulher devem ser valorizadas. Para isso, é relevante que a mulher seja avaliada considerando-se o

ambiente em que vive, sua história social e transformações emocionais. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (mulher, família, cuidadores) é uma dimensão necessária que cria vínculo, gera segurança e propicia uma ação individualizada. ⁽¹³⁾

O principal papel do profissional envolvido neste atendimento é a escuta qualificada e atenta, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que as gestantes possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. ⁽⁸⁾

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do empenho da equipe que presta assistência e nas ações de saúde desenvolvidas identificando precocemente os sinais preditivos da DPP. ⁽⁸⁾

A identificação precoce desses fatores contribui para prevenção de maiores consequências, pois quanto mais tarde a descoberta da DPP mais intensos serão os sintomas. ⁽⁶⁾ É fundamental que o profissional de saúde trate a mulher com respeito e dignidade. Não se deve, em nenhum momento, colocar em questão a veracidade da sua história ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. ⁽¹³⁾

Conclusão

Concluimos com essa pesquisa que os fatores de risco para DPP encontrados na literatura com maior frequência foram: o baixo suporte social e familiar, baixa renda, evento de depressão anterior, conflitos conjugais, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, ser mãe solteira, baixa escolaridade e prematuridade. As principais medidas de rastreamento e intervenção foram instrumentos como escalas, entrevistas e questionários.

A assistência de saúde direcionada a cuidado da DPP a gestante com sintomatologia depressiva e/ou fatores de risco associados deve ser iniciado ainda no nível de atenção básica de saúde. Aos Profissionais de enfermagem que lidam diariamente com a assistência prestada cabe a capacitação e sensibilização para a promoção á saúde da mulher como um todo, o acolhimento qualificado ,direcionamento adequado, medidas preventivas e encaminhamento ao serviço especializado quando necessário, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência á gestante será a melhor medida preventiva.

5. Referências

1. Alvarenga P, Palma ES, Silva LM, Dazzani MV. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação Psicol.* Jan/abr 2013;17(1):47-57.
2. Ruschi G, Sun YS, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima V. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Psiquiatr RS.* 2007;29(3):274-280.
3. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta B, Luis, Sousa P, Faria A. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *saúde Pública.* 2006;40(1):65-70.
4. Baptista M, Baptista AS, Torres ER. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de psicologia da vetor Editora.* 2006;7(1):39-48.
5. Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV, Nicolaou SK, Hess VB, Maluf EMCP. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *rev med (São Paulo).* 2011; jul-set.;90(3):149-154.
6. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rene.* 2010;11(Número Especial):117-123.
7. Moraes MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de psicologia.* Jan/mar2015;20(1):40-49.
8. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na Estratégia Saúde da Família: Ações do enfermeiro no pré-natal. *Rene Fortaleza.* Abr/jun2010;11(2):129-139.
9. Freitas LV, Scarabel CA, Duque BH. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. *Psicol Argum.* 2012;30:253-263.
10. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):411-416.
11. Favaro MSF, Peres RS, Santos MA. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental em puérperas. *Psic-USF, Bragança Paulista.* 2012;17(3):457-465.
12. Arrais R, Mourão MA, Fragale B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *saúde soc São Paulo.* 2016;23(1):251-264.

13. Ministério da Saúde(BR).Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica se Saúde da mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Secretária de saúde do Estado de São Paulo, 2010
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.
15. Daandels N, Arboit EL,Der Sand ICP. Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):782-788.
16. Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. *Saúde (Santa Maria).* 2012;38(2).
17. Moraes MHC, Crepaldi MA. A Clínica da Depressão Pós-Parto. Mudanças - Psicologia da Saúde. 2011;19(1-2):61-67.
18. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev psiquiatr clín.* 2008;35(4):144-153.
19. Silva MCF, Furegato ARF, Júnior MLC. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2003;11(1).
20. Marcolino JAM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LAST. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Rev Bras. São Paulo,*2007; 57 (2)157-166.
21. Mattar R, Kochi EY S, Camano L, Abrahão A R, Colás O R ,Andalaft Neto J A Umberto Gazi Lippi. A violência domestica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto.5ª ed.Porto Alegre,2002;768.
22. Harter R,Chor D, Faerstein E, Werneck GL. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 21(3)mai-jun2005,p703-714
23. Alberto R M, Gorenstein[C. Conduas em depressão. Escalas de avaliação em depressão,2016. [internet.][acesso em 20nov. 2016] Disponível em: <http://pt.slideshare.net/CassyanoJCorrer/escalas-de-depresso>

Anexo 1

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL

<p>Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.</p>	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sem dúvida, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Como sempre senti</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Talvez, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Com certeza menos</p> <p><input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de jeito nenhum</p>
<p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, de maneira alguma</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p>	<p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, quase todo o tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>
<p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez</p>	<p>10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Algumas vezes nos últimos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Nenhuma vez</p>

Fonte: Mattar R, Kochi EY S, Camano L, Abrahão A R, Colás O R, Andalaft Neto J A Umberto Gazi Lippi. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Porto Alegre, (5)2002,768

Anexo 2

Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study*, adaptadas para o português.

Tipo de apoio	Item Se você precisar, com que frequência conta com alguém...
Material	que o ajude, se ficar de cama? para levá-lo ao médico? para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Afetivo	que demonstre amor e afeto por você? que lhe dê um abraço? que você ame e que faça você se sentir querido?
Emocional*	para ouvi-lo, quando você precisar falar? em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? que compreenda seus problemas?
Informação*	para dar bons conselhos em situações de crise? para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? de quem você realmente quer conselhos? para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?
Interação social positiva	com quem fazer coisas agradáveis? com quem distrair a cabeça? com quem relaxar? para se divertir junto?

Fonte: Harter R, Chor D, Faerstein E, Werneck G L. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3)mai-jun2005,p703-714

Anexo 3

ANEXO 4. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo.
 - 3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer nenhum trabalho.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que o habitual.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior que o habitual.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
 - 2 Perdi mais de 5 kg.
 - 3 Perdi mais de 7 kg.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde que o habitual.
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
 - 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Fonte: Alberto R M, Gorenstein C. Condutas em depressão. Escalas de avaliação em depressão, 2016. [internet.][acesso em 20 nov. 2016] Disponível em: <http://pt.slideshare.net/CassyanoJCorrer/escalas-de-depresso> .