

LUCINÉIA MARTINS DA COSTA

DEPRESSÃO PÓS- PARTO

Monografia apresentada como requisito
para obtenção do Título de Especialista
Saúde Coletiva e da Família, pela
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba– Unicamp.

PIRACICABA

2013

LUCINÉIA MARTINS DA COSTA

DEPRESSÃO PÓS- PARTO

Monografia apresentada como requisito
para obtenção do Título de Especialista
Saúde Coletiva e da Família, pela
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
– Unicamp.

Orientação: Prof.^a Dra. Rosana Fátima
Possobon.

PIRACICABA

2013

Ao meu esposo Edmar e meu filho Edmar Filho pelo amor e paciência que se dispuseram a mim e apoio incondicional, se não fosse pelo mesmo terminar essa jornada seria impossível.

Ao meu querido pai José Martins e minha querida mãe Ondina, aos meus irmãos que sempre torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, quero agradecer a Deus, por mais essa benção na minha vida.

A Prof.Dr^a Rosana Possobon, pela sua grande contribuição na orientação desse trabalho. Obrigada!

A todos os meus Professores pelas suas inestimáveis contribuições no decorrer do curso, em especial Professora Luciane, a quem me identifiquei muito. Obrigada!

A toda equipe CEPAE que tanto influenciou positivamente em minha vida durante o tempo em que convivemos juntas.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Meu muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
1. INTRODUÇÃO	08
2. MATERIAIS E MÉTODOS	09
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Depressão Pós- Parto	10
3.2 Prevalência	11
3.3 Diagnostico	13
3.4 Prevenção	15
3.5 A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a Depressão Pós-Parto (DPP)	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

RESUMO

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres. A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma síndrome que afeta muitas mulheres e que pode comprometer o funcionamento emocional e social da mulher e interferir no desenvolvimento da criança. Este estudo descreve a depressão pós-parto e apresenta os fatores de risco que podem contribuir para a DPP, sua prevalência, as escalas mais utilizadas pelos profissionais da saúde para o diagnóstico desta síndrome, os tratamentos mais recomendados e a importância da capacitação das equipes de saúde da família para o atendimento integral da mulher. O método adotado foi de revisão da literatura e a busca foi realizada nas bases SciELO , Google Acadêmico e Pubmed, utilizando os descritores “Saúde da Mulher”, “Puerpério” e “Depressão pós-parto”, “Escala de Rastreamento da DPP” e “Tratamento da DPP”. Foram selecionados 51 artigos, publicados entre 2007 e 2012.

Palavras- chave: Depressão; Pós- parto.

ABSTRACT

Pregnancy and the puerperium are periods of a woman's life that need to be viewed with special attention, as they involve many physical, hormonal, psychological and social inclusion changes, which can directly reflect on the mental health of these women. The Postpartum Depression (PPD), also called postnatal depression, is a syndrome that affects many women and can compromise the women's emotional and social functioning and also interfere in the child development. This study describes the postnatal depression and presents the risk factors that may contribute to the DPP, its prevalence, the scales most commonly used by health professionals to diagnose this syndrome, the most recommended treatments and the importance of empowerment of family health teams for the comprehensive care of women. The adopted method was to review the literature, and the search was performed on the SciELO, PubMed and Google Scholar bases, using the keywords "Women's Health", "Puerperium" and "Postpartum Depression", "Scales Tracking DPP" and "treatment of PPD. We selected 51 articles, published between 2007 and 2012.

Palavras-chave: Depression; Postpartum.

1. INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres (Camacho et al., 2006).

Isso requer uma atenção especial para a síndrome da depressão pós-parto (DPP) que, de acordo com Appleby (1998), geralmente aparece em torno da quinta/sexta semana após o nascimento do bebê. Ela também é menos frequente que o blues, forma mais branda da DPP, que ocorre, em média, entre 10% e 15% da população de puérperas.

Vale salientar que os distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe-filho promovem desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal. Além disso, aumentam as possibilidades de manifestação de comportamentos agressivos contra si mesma e as pessoas de seu convívio. O desequilíbrio gerado pela DPP pode repercutir negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar (Gomes et al., 2010).

Segundo Tessari (2006), as condições existenciais e vivenciais nas quais se dá a gravidez pode influenciar na depressão pós-parto. Desta forma, entender os processos psicológicos da mulher nos períodos gestacional e pós-parto e conhecer os fatores de risco e de proteção da DPP é fundamental para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento desta síndrome.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O método adotado foi à revisão da literatura. Foram consultadas as bases de dados bibliográficos SciELO, Google Acadêmico e PubMed. A busca foi realizada a partir dos descritores “Saúde da Mulher”, “Puerpério”, “Depressão pós-parto”, “Escala de Rastreamento DPP” e “Tratamento DPP”.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais; disponibilizados na íntegra; publicados no período de 2007 a 2012; nos idiomas português, com definição do método, cenário do estudo, população estudada, apresentação consistente dos resultados encontrados. Os critérios de exclusão foram estudos que apresentaram insuficientes resultados. Foram selecionados, a princípio, 180 artigos. Após analisados e excluídos aqueles que não atingiam os critérios de inclusão, permaneceram 51 artigos que compõem este estudo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Depressão Pós- Parto

A depressão pós-parto (DPP) é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher (Camacho et al., 2006).

Segundo Camacho et al., (2006), existem três categorias de depressão: 1) o baby blues, que é a forma mais branda da depressão pós-parto; 2) a depressão puerperal e 3) as psicoses puerperais, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio.

Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas.

Fatores etiológicos

Embora não se conheça claramente a etiologia da DPP, sabe-se que alguns fatores podem contribuir para a sua precipitação, tais como baixa condição socioeconômica, a não aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o companheiro, história de problemas obstétricos, maior tempo para tocar no bebê após o nascimento, violência doméstica, pouco suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade (Santos Jr et al, 2009). Fatores biológicos, histórico de transtorno do humor ou ansiedade e de transtorno disfórico pré-menstrual e doenças psiquiátricas na família também são citados como relacionados à etiologia da DPP (Ryan et al., 2005).

Outros fatores de risco estão envolvidos com o desenvolvimento da DPP. Entre os principais, são citados: mães com idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou insuficiência de suporte social ou emocional. Inclui-se, ainda, nesta lista, a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, as relações afetivas insatisfatórias e os abortamentos espontâneos ou de repetição (Gomes, 2010; Tessari, 2006).

Um estudo de Bergant et al., (1999), que analisou os fatores psicossociais e obstétricos que poderiam estar associados à depressão puerperal precoce (5º dia pós-natal), em uma amostra 1.250 puérperas, teve como conclusão que fatores como a sobrecarga de trabalho com os cuidados ao recém - nascido, elevados traços de ansiedade, baixa satisfação com a vida,

baixa classe social e baixo peso do recém-nascido pareciam ser relevantes na instalação da depressão puerperal precoce.

Esta síndrome pode ser desencadeada pelo fato de que a gravidez, o parto e o período pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais e nas rotinas diárias dos membros da família. Pode contribuir, também, para o quadro depressivo, as expectativas irreais das mulheres em relação a estes momentos de suas vidas (Romito et al., 1999). Segundo Raphael-Leff et al. (2000) (apud PICCININI, 2008), a gestação pode tanto desencadear uma anormalidade emocional para as gestantes como estabelecer um potencial de adaptação e resolução de conflitos. O modo como a mulher lida com estas alterações do período gestacional deverá influenciar intensamente a relação futura com a criança.

O alto grau de exigência, imposto pela sociedade ou pela própria mãe a si mesma, em relação ao exercício perfeito do papel de mãe, pode levar ao desenvolvimento desta síndrome. Pode-se dizer que a maternidade é um conceito socialmente construído, mas que acaba por ser confundido com a capacidade da mulher de gerar e amamentar os filhos. De acordo com essa construção, é pressuposto que a mulher é inata para a maternidade, enquanto que o homem precisa aprender a exercer a paternidade. Assim, tanto a maternidade quanto a paternidade são representações que se diferenciarão a depender da cultura (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

O suporte social, de acordo com Antunes & Fontaine (1996), refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. Assim, é muito importante que haja engajamento da família e dos amigos para propiciar a percepção de suporte social, que se torna um possível fator protetor para DPP. Essa assistência afetiva, combinada com procedimentos terapêuticos, tanto médicos como psicológicos, colabora para a melhora nesse período em que as pacientes se encontram (Konradt et al., 2011).

3.2 Prevalência

Considerando a população mundial, a doença depressiva é bastante comum e, ao mesmo tempo, insuficientemente diagnosticada e tratada. Segundo Wilkinson et al. (2003), cerca de 25% da população mundial tem ou terá um episódio moderado ou grave de depressão. No entanto, as mulheres destacam-se como um segmento mais sensível do que os

homens na manifestação da depressão, principalmente nos contextos que envolvem exclusivamente o mundo feminino, notadamente nas situações relativas à maternidade (Lara et al., 2004).

Dawson et al. (2000) (apud BRUM & SCHERMANN, 2006) demonstram que é possível encontrar explicações genéticas e biológicas sobre a prevalência de depressão na população feminina, amplamente reconhecida e comprovada, como mudanças de estado de humor durante o ciclo menstrual e parto, as quais são associadas às alterações hormonais que acontecem nesses períodos.

Ainda não há uma tendência entre os pesquisadores em avaliar a prevalência de depressão no pós-parto imediato, possivelmente porque as alterações de humor, que caracterizam o "blues", são bastante frequentes e podem ser confundidas com depressão, distorcendo os resultados dos testes (Ganesh, et al, (2010).

Pesquisas mostram que a prevalência da DPP atinge entre 18 e 39% das puérperas, podendo haver variação a depender dos critérios utilizados no diagnóstico, do período de tempo estudado e da população que compõe a amostra (Santos Jr e et al., 2009; Pawar, G et al, 2011).

Rojas et al. (2010) afirmam que metade dos casos de DPP podem ser iniciados durante a gravidez ou mesmo antes, geralmente em mulheres que não tem trabalho remunerado, nos casos de gestações não planejadas, sem adequado apoio social e com histórico familiar de depressão.

Em um estudo realizado por Zinga *et al.* (2005), constatou-se que 8 em cada 10 mulheres podem apresentar a melancolia da maternidade (postpartum blues), um transtorno transitório do humor tipicamente marcado por labilidade do humor, momentos de choro, irritabilidade e transtorno do sono, que perdura cerca de duas semanas após o parto. Em algumas mulheres, os sintomas depressivos não se resolvem e persistem, levando à depressão pós-parto.

Em 2006, Moraes *et al.* publicaram um estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), entre outubro e novembro de 2000. Foram entrevistadas 410 mães em um hospital da cidade, utilizando dois questionários para obtenção de informações obstétricas e psicossociais. Entre 30 e 45 dias depois do parto, as puérperas foram visitadas em casa e aplicada a Escala de Hamilton. A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 19,1%.

Gomes *et al.* (2010) realizaram um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que teve como objetivos identificar os fatores de risco que podem contribuir para a Depressão Pós-parto (DPP) e identificar os sintomas que podem caracterizá-la no período puerperal

imediatamente. A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2008, com 95 puérperas de uma maternidade de referência da cidade de Fortaleza (CE). Os instrumentos utilizados foram um formulário com informações socioeconômicas e demográficas e a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para avaliação da DPP. A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 24,2%. Os achados sugerem que baixas condições socioeconômicas podem contribuir para o desenvolvimento de DPP e, apesar de ser uma enfermidade subdiagnosticada, os números encontrados revelam alto percentual de puérperas suscetíveis a desenvolver sintomas depressivos após o parto.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a DPP no Brasil, feita por Cantilino *et al.* (2010), incluiu dez estudos e mostrou taxa de prevalência de DPP entre 7,2% e 43%. Os autores sugerem que esta grande variação pode ser devida a fatores culturais e aos instrumentos utilizados para o diagnóstico. A maioria dos estudos utilizou a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), uma escala de rastreamento largamente encontrada em pesquisas de DPP.

3.3 Diagnóstico

O diagnóstico da DPP é difícil e não há, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento. Segundo os critérios do DSM-IV, para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. O CID-10 considera DPP até seis semanas após o parto.

Não existem parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão puerperal. Porém, escalas de avaliação psicométricas podem ser utilizadas para mensurar e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser consideradas como critério de diagnóstico.

Existem várias escalas de rastreamento de depressão geral, validadas e publicadas em diversos idiomas: as de autoavaliação, as aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas (SCHARDOSIM & HELDT (2011)). As escalas de autoavaliação 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 seu humor. As desvantagens incluem a dificuldade em analisar a confiabilidade, além do fato de que a sua utilização requer um grau mínimo de escolaridade e cooperação dos respondentes. Pacientes com patologias graves

podem não se concentrar o suficiente para responder as questões SCHARDOSIM & HELDT (2011).

Nos estudos sobre depressão puerperal, têm sido utilizadas as seguintes escalas: Edimburg Depression Postpartum Scale (EDPS), Pospartum Depression Screening Scale (PDSS), Hopkins Symptom Check List (SCL-25) e Self-Report Questinnaire 20 (SRQ-20). Elas variam no número de perguntas e nas categorias de sintomas abordados (SCHARDOSIM & HELDT, 2011).

- Edimburg Depression Postpartum Scale (EDPS),

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é das mais utilizadas para realizar o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto. A EPDS foi traduzida para o português e validada para o Brasil por Santos et al no ano 2000. É uma escala auto-aplicável, constando de 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EPDS mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos sentidos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples e pode ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos (Figueira et al, 2009 Menezes et al, 2012).

- Pospartum Depression Screening Scale (PDSS),

A escala Pospartum Depression Screening Scale (PDSS) é um questionário de auto-relato composto por 35 itens que avaliam 7 dimensões: dormir/comer distúrbios, ansiedade/insegurança,; instabilidade emocional, cognitiva, perda de auto-culpa, vergonha, e temor de prejudicar o outro. CHAUDRON et al, (2010).

- Hopkins Symptom Check List (HSCL-25)

A Hopkins Symptom Check List (HSCL) é uma escala amplamente utilizada como instrumento de rastreamento para obter informações sobre sintomas de ansiedade e depressão em pacientes clínicos, doentes e na população normal. O questionário é breve, usa linguagem simples e pode ser auto-administrado por pacientes alfabetizados e bem compreendido por pessoas de todos os níveis de escolaridade. É dividida em 10 itens sobre ansiedade e 13 itens sobre depressão. Halepota & Wasif (2001).

- Self-Report Questinnaire 20 (SRQ-20).

O SRQ é composto, originalmente, por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, 4 para rastreamento de transtornos psicóticos, 1 para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e 5 questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool. O SRQ está recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em

desenvolvimento, por ser de fácil uso e custo reduzido. É considerado um instrumento de rastreamento e não de diagnóstico (Gonçalves, Stein, Kapczinski, 2008).

3.4 Prevenção

Segundo Konradt *et al.* (2011), a prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome. Os autores sugerem, como prevenção, o uso de abordagem terapêutica logo no início da gestação, a fim de diagnosticar possíveis fatores de risco da DPP e iniciar o tratamento precocemente. O terapeuta pode auxiliar, não somente a gestante, mas as pessoas do seu convívio, possibilitando o planejamento de estratégias apropriadas acerca desta nova realidade vivida pela família.

As benfeitorias da atuação terapêutica precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães e familiares; ela representa, também, um grande benefício para as crianças, uma vez que pode existir relação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos (Cunha et al., 2012).

Seguindo o conceito de prevenção precoce da DPP, é imprescindível que o médico estabeleça uma adequada relação profissional/paciente, que o auxilie a identificar as mulheres com fatores de risco, durante o acompanhamento pré-natal. Neste período, eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas podem ser resolvidos. Desta forma, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e o impacto social desse transtorno (Shimizu & Lima, 2009).

Chaudron & Pies (2003) afirmam que é importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e que um enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante.

O apoio e a preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto (Figueiredo, 1997).

A intervenção psicológica em grupo durante a gestação funciona como suporte, contendo as ansiedades e fomentando as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A

interligação do falar, refletir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e conseqüentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimerman & Osório,1997).

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se na farmacologia e na psicoterapia. Porém, o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contra-indicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, sua farmacocinética e a sensibilidade individual (Rocha, 1999).

Os benefícios terapêuticos, no caso da DPP, não se limitam às mães e podem melhorar a qualidade de vida das crianças. Isto porque as desordens depressivas das mães podem levar a distúrbios emocionais nas crianças. Assim, a terapia é essencial na prevenção e tratamento da DPP. Na psicologia, existem muitas técnicas e abordagens diferentes e todas derivam de teorias que dizem respeito às causas da doença mental, sendo que cada uma delas tem seus respectivos benefícios e são consideradas úteis no tratamento da DPP. (Camacho et al.,2006).

Segundo Silva & Botti (2005), o terapeuta, junto à puérpera e familiares, edificará novas composições a partir da realidade vivenciada. Sendo assim, é possível o entendimento e o planejamento de ações de intervenção adequadas acerca dessa nova realidade.

Uma das abordagens mais empregadas no tratamento da DPP é a Terapia Comportamental-Cognitiva (TCC) que tem como base analisar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, causando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (Camacho et al.,2006).

Esta terapia foi desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Aaron Beck, na década de 60. Esta técnica se concentra em melhorar a auto-imagem e a visão do mundo, auxiliando a puérpera na reestruturação do “eu” e, conseqüentemente, criando possibilidades para enfrentar sua nova realidade. Esta terapia é frequentemente, breve, durando de 12 a 16 sessões (AMA, 2002).

Outra abordagem terapêutica que pode ser usada no tratamento da DPP é Terapia Interpessoal, desenvolvida pelo psiquiatra Gerald Klerman e pela psicóloga Myrna Weissman, nos Estados Unidos, na década de 70. Trata-se de uma técnica que visa modificar os relacionamentos pessoais que podem contribuir para a depressão, auxiliando a paciente que tem dificuldades neste tipo de relacionamento. O tratamento, geralmente, tem duração de 12 a 16 semanas. (AMA,2002).

Outra terapia recomendada pela Associação Médica Americana (AMA) para tratar DPP é a Terapia Comportamental ou Terapia da Modificação do Comportamento. Esta abordagem deriva do trabalho realizado pelo psicólogo russo Ivan Pavlov, nas décadas de 20 e 30 do século passado. Segundo esta teoria, a depressão é uma espécie de comportamento que tanto pode ser adquirido quanto desaprendido. Esta terapia pode ajudar a puérpera a modificar ações e pensamentos que podem agravar a depressão (AMA, 2002).

A AMA também cita como possibilidade de tratamento para a DPP, a Terapia Psicodinâmica ou Psicanálise. Baseada nas teorias e ensinamentos do médico austríaco Sigmund Freud, se baseia no pressuposto de que o histórico de vida e os anseios e medos inconscientes exercem um poderoso efeito sobre as emoções e o comportamento.

Outra terapia citada pela AMA é a Terapia Familiar, que procura informar os familiares sobre a doença e mostrar-lhes como ajudar a paciente no tratamento.

Além destas, a Terapia de Casais, também recomendada como alternativa para o tratamento da DPP pela AMA procura aliviar a tensão que esta síndrome gera entre a paciente e seu cônjuge, estimulando a discussão entre eles para resolução de seus problemas de forma saudável. (AMA, 2002).

A paciente acometida pela DPP pode ser tratada, também, pelo uso de medicação antidepressiva que, na prática clínica, têm se mostrado eficaz e essencial no tratamento da DPP Cantilino et al. (2000).

Numa revisão sistemática realizado por Dennis e Stewart encontraram três estudos comparando a eficácia de três medicamentos para tratamento da DPP: sertralina, fluvoxamina e venlafaxina, com grupos pequenos e sem grupo de controle, que avaliavam eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxina na DPP, e em todos eles foram observada melhora dos sintomas depressivos.

Uma das preocupações em relação ao emprego de fármacos no tratamento de puérperas é a excreção destes no leite materno. O estudo de Silva et al. (2003) mostrou que níveis significativos de Fluoxetina e Citalopram foram encontrados no plasma sanguíneo dos lactentes de puérperas que utilizaram esses fármacos. O mesmo não aconteceu quando foram utilizadas a Sertralina e a Paroxetina.

Weissman et al. (apud MAGALHÃES, 2006) sugerem que, até que esteja muito claro o conhecimento as consequências do uso de antidepressivos sobre o desenvolvimento da criança, os fármacos transmissíveis para o leite materno deveriam ser evitados.

3.5 A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a Depressão Pós- Parto (DPP)

O Programa de Saúde da Família foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994 e, a partir de 1998, passou a ser reconhecido pelo próprio Ministério como Estratégia de Saúde da Família, se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica. (Brasil, 1994).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio da atuação de equipes, que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, e que tem como objetivo principal, a superação do modelo centrado na doença. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 1994).

Um dos pontos centrais da ESF é o estabelecimento de vínculos da equipe com a comunidade e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, ou seja, esta passa a participar dos processos de combate às doenças e na melhoria da qualidade de vida em um território definido. (Brasil, 1994).

A ESF representou um avanço na transformação do modelo de saúde vigente, por oferecer um atendimento humanizado. Isto tem melhorado a relação entre os profissionais e os usuários, com a criação de vínculo, fator decisivo para a realização de efetivas ações de saúde. (Brasil, 1994).

Tendo em vista a característica da ESF, espera-se que o enfermeiro, integrante da equipe, ao realizar as ações inerentes à esta estratégia, particularmente no que diz respeito ao pré-natal, seja capaz de identificar fatores ou condições relacionados aos riscos e agravos à saúde da mulher, em especial, a DPP (Valença; Germano,2010).

Desta forma, a ESF é um importante campo prático para que os trabalhadores em saúde atuem, também, prestando cuidados aos sujeitos com transtornos psíquicos, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. (Valença e Germano,2010).

Para o desenvolvimento de suas atividades em relação à transtornos psíquicos, as ESF recebem auxílio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelo sistema de matriciamento. Grando et al, 2012.

O CAPS é o serviço responsável e ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais e tem como funções dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e os Programas Saúde da Família no atendimento às necessidades em saúde mental, propiciando a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais (Cavalcanti et al 2012). O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (Pinto et al 2012).

Atualmente, verifica-se que existe uma grande demanda da população no cuidado de saúde mental do território e o matriciamento constitui uma proposta que facilita o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada (Pinto et al 2012).

Os atendimentos em saúde mental podem ser prestados na própria ESF ou no domicílio, pelos trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Essa relação favorece a constituição de vínculos e a co-responsabilização entre os atores envolvidos no processo de cuidar.

No que se refere à saúde da mulher, a assistência ao pré-natal, juntamente com o cuidado, deve ser realizada integral e universalmente. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) divulgou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que pretende, entre outras ações, atender a mulher na sua integralidade e em todas as fases da vida, do ponto de vista clínico, ginecológico e de reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) e nos casos de doenças crônicas ou agudas. O PAISM reconhece a assistência como o cuidado de toda a equipe de saúde, priorizando práticas educativas, que compreendem a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. Por meio deste programa, as gestantes são identificadas precocemente na comunidade, possibilitando a realização adequada do acompanhamento pré-natal (Grando et al, 2012).

O pré-natal configura-se como consultas programadas e realizadas pelas gestantes com os integrantes da equipe de saúde, a fim de monitorar a evolução da gravidez e preparar a gestante para o parto, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Tais consultas também objetivam a detecção de doenças maternas, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das complicações da gravidez, além de exercer a vigilância do crescimento e da vitalidade fetal. Logo, o pré-natal refere-se aos cuidados médicos e de enfermagem prestados

à mulher grávida, no período compreendido entre a concepção e o trabalho de parto (Menezes, F. L., et al 2012; Matão et al, 2012).

No pré-natal, os profissionais devem estar atentos, também, a problemas emocionais relatados pela mulher ao longo do período gravídico, integrando a família no cuidado à gestante (Matão et al., 2012; Menezes *et al.*, 2012).

Para tanto, a equipe de saúde deve estar preparada para perceber os sinais iniciais de transtornos emocionais e para intervir de maneira ágil e competente. Além disso, deveria possuir ou desenvolver a escuta qualificada e atenta às necessidades destas pacientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir, com autonomia, suas gestações e partos (Valença e Germano, 2010).

Os profissionais do PSF encontram-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a equipe faz-se mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias categorias (Valença e Germano, 2010).

O Ministério da Saúde junho do ano 2000 instituiu uma política de humanização, conhecida como Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é garantir, para a gestante, acesso e qualidade durante o acompanhamento pré-natal. Este Programa tem como principal objetivo garantir, às gestantes, atendimento digno e de qualidade. Assim, foi instituído o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-Natal) como forma de acompanhar a situação de cada gestante. O SIS Pré-natal disponibiliza a identificação individualizada de cada gestante atendida nas Unidades.

Na política de humanização, o acolhimento é um aspecto essencial, que se inicia com a recepção da gestante na unidade de saúde, responsabilizando-se pela mesma e garantindo a atenção necessária, o que implica em ouvir suas queixas, angústias e preocupações, a fim de dar continuidade ao cuidado com qualidade. Depois de acolhidas, as gestantes são submetidas a uma avaliação inicial, por meio de consultas de enfermagem e médica. A consulta de enfermagem garante a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, por meio de ações de prevenção e promoção de saúde às gestantes (Fontana & Rodrigues, 2012).

Seguindo esta tendência, em 08 de março 2004 foi lançado pelo MS o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que teve, como uma de suas ações estratégicas, a saúde da mulher portadora de transtornos mentais, visando promover o

diagnóstico oportuno e o tratamento às mulheres com quadro de depressão puerperal. Rattner (2009).

Menezes et al. (2012) afirma que a melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e executadas por uma equipe multiprofissional composta por agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e que são adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

Um estudo realizado por Konradt *et al.* (2011), no Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas (RS), com amostra composta por 1.019 mulheres acompanhadas no período pré e pós-parto, verificou o impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão, no período de 30 a 60 dias pós-parto. Os instrumentos utilizados foram um questionário com variáveis sociodemográficas (idade materna, estado civil, situação socioeconômica) e sobre a percepção subjetiva da gestante quanto ao suporte do companheiro, de familiares e de amigos, bem como ocorrência de episódios depressivos. Além disso, foi aplicada escala de rastreamento (Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS). A média de idade das mães foi de $25,2 \pm 6,4$ anos, sendo que 58% pertenciam à classificação socioeconômica C e 28,2% não viviam com companheiro. Conforme a percepção destas gestantes, 7,8% não receberam suporte do companheiro, 3,2% não receberam suporte dos familiares e 4,6% não receberam suporte de amigos. Neste estudo, 16,5% das mulheres apresentaram DPP. Esse estudo indica a necessidade de capacitação dos funcionários do SUS/PSF, a fim de prepará-los para identificar uma possível tendência a desenvolver a DPP e para oferecer o suporte necessário para minimizar este quadro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública. É uma condição clínica séria que ocorre no puerpério e que exige um diagnóstico preciso e o mais precoce possível. Quando não diagnosticada, pode ter um impacto negativo para a mãe e para a criança e pode atingir toda a estrutura familiar, inclusive, a vida afetiva do casal.

As mudanças hormonais ocorridas durante a gestação podem ser consideradas como causa principal da DPP. Entretanto, as condições existenciais e vivências, tais como uma gravidez indesejada ou contrária à vontade dos familiares, dificuldades financeiras, insatisfação com a transformação do próprio corpo e, principalmente, a falta de apoio e afeto do cônjuge também podem ser considerados como fatores desencadeantes dessa síndrome.

Pesquisas mostram que a DPP pode atingir entre 7,2 e 43% das puérperas, podendo haver variação a depender dos critérios utilizados no diagnóstico, do período de tempo estudado e da população que compõe a amostra.

As possibilidades de tratamento se baseiam na farmacologia e na psicoterapia. Porém, o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contra-indicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, sua farmacocinética e a sensibilidade individual (Rocha, 1999).

A equipe multidisciplinar que atua na ESF pode diagnosticar e oferecer intervenções por meio do acompanhamento da gestante. No pré-natal é essencial que se estabeleça uma adequada relação de respeito e confiança com as gestantes, facilitando assim a prevenção e o diagnóstico precoce da DPP, prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome.

A abordagem terapêutica logo no início da gestação, a fim de diagnosticar possíveis indícios da DPP e iniciar o tratamento precocemente pode ser uma boa estratégia de prevenção.

A bibliografia consultada mostra várias escalas de depressão, validadas e publicadas em diversos idiomas. A mais utilizada é a escala EDPS que rastreia os sintomas depressivos manifestados no pós-parto, é de fácil aplicação e pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, não necessariamente profissional da saúde mental ou psicólogo.

Os profissionais do PSF estão em uma posição favorável para detectar precocemente a DPP e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a

equipe faz-se mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias áreas.

Este estudo demonstrou que os desafios em relação à DPP são grandes, mas que podem ser superados. As escalas de autoavaliação e a proximidade dos profissionais do PSF com as puérperas podem facilitar o rastreamento de sintomas depressivos. Entretanto, parece ainda haver a necessidade da difusão de cursos de capacitação para as equipes de saúde na sistematização do cuidado com as puérperas.

REFERÊNCIAS ^{1*}

Antunes C, Fontaine AM. Relação entre o conceito de si próprio e percepção de apoio social na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica* 1996; 12: 81-92. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15534/2/208.pdf> [2013 Jan 16].

Appleby L. Considérations épidémiologiques et approche clinique et thérapeutique en psychiatrie périnatale. *Psychiatrie Périnatale*. 1998; p. 275-285.

Barbosa PZ, Rocha CML. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica* 2007; 19 (1): 163-185.

Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1999; 46(4): 391-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a01v34n4.pdf> acesso 01/2013 [2012 jan 2011].

Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Saúde dentro de casa do Programa Saúde da Família (PSF). *Diário Oficial da União* 1994.

Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*. Porto Alegre; 2006. v. 37. n. 2. p. 151-158.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E *et al*. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2006. 33(2): 92-102.

Cantilino A. *et al*. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo; 2010. v. 37. p. 278-284.

¹

^{1*}De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Cavalcante, CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012. 24(2): 102-108.

Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11): 1284-1292. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/14658941/reload=0;jsessionid=6WGtUdK27KHWDFFPWV9HF.2> [2013 jan 25].

Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI *et al*. 2010. Precisão das ferramentas de depressão de triagem para identificação de depressão pós-parto entre as mães urbanas. *Pediatrics*. 125(3): 609-617.

Cunha AB, Richen JX, Lima P, Gil S, Cyrino LAR. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa* 2012; vol. 05 Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/> [2003 jan 13].

Dawson G, Ashman S, Carver L. O Impacto da Depressão materna NAS Interações iniciais. *Revista Eletrônica PUCRS* 2000. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?source=search_app#output=search&sclient [2012 jan 21].

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. *Revista Rene*. 2010; v. 11. p. 117-123.

Gonçalves MD, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-Tr. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2008. vol. 24. n.2.

Grando T, Cardoso SMM, Fontana R, Rodrigues FCP. Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do sus. **Cogitare Enfermagem**. 2012; 17(2): 336-41.

Guia Essencial da Depressão: Um quadro abrangente da depressão, suas causas e tratamentos, com o rigor científico da Associação Médica Americana (AMA). **Associação Médica Americana (AMA)** 2002; ed. Aquariana.

Halepota AA, Wasif SA. Hopkins Checklist Sintomas 25 (HSCL-25) Urdu tradução: um instrumento para a detecção de ansiedade e depressão em tortura e vítimas de trauma 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11558218> [2012 jan 11].

Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LA, Souza LDM *et al*. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**. 2011; 33(2): 76-79.

Lara MA, Acevedo M, Berenzon S. La depression feminina vista desde La subjetividad de lãs mujeres. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 2004. v. 20. n. 3. p. 818-828.

Magalhães, SPV *et al*. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Revista de psiquiatria Clínica** 2011 v. 33. n.5 p. 245- 248. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/Ipq/revista/vol33/n5/pdf/245.pdf>. [2013 fev 12].

Magalhãe, PVS; Pinheiro, RT, Faria, AD, Osório, CM, Silva, RA. **Revista Psiquiatria Clínica** 2011 33 (5); 245- 248, 200. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=weissman+depressao+pos+parto&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5 [2013 fev 12].

Matão MEL, Miranda DBD, Campos PHF, Oliveira LND, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós. 2012.

Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Satri F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**. 2012; 38(2): 21-30.

Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**. 2006; 40(1): 65-70.

Pawar, G, Christine W, e Dwenda, G. A prevalência de sintomas depressivos no pós-parto imediato. *O Jornal da Câmara Americana de Medicina Familiar* 2011; 24: 258-261. Disponível em:

http://scholar.google.com.br/scholar?q=wetzker+e+gjerdingen%2C+2011&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2009 [2013 jan 05].

Piccinini, CA, Gomes AG, Nardi TD, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13 (1): 63.

Pinto AG, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC *et. al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade Matrixing support as an instrument of primary healthcare in mental health: multiple views and devices for resolution. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 653.

Raphael JL. Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In: *J. Raphael-Leff (Ed.), 'Spilt milk' perinatal loss & breakdown*. 2000; p. 7-16. Londres: Institute of Psychoanalysis.

Rattner D. *Humanização na atenção a nascimentos e partos*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu 2009; 759-768. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf> [2013 jan 15].

Rocha FL. Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Belo Horizonte; 1999. v. 48. n. 3. P. 105 -114.

Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterização de mães deprimidas no pós-parto *Revista Medicina Chile*. 2010; p. 536-542.

Romito P, Saurel-Cubizolles M, Lelong J. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*. 1999; 49, 1651-1661.

Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien. 2005; 51: 1087-1093.

Santos HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2009; 30(3): 516-24.

Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2011; 32(1): 159-66.

Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009; 62(3): 387-92.

Silva DG, Souza M, Moreira V, Genestra M. Depressão pós- parto: prevenção e consequências **Revista Mal Estar e subjetividade**. 2003; 3(2): 439- 450.

Silva OET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás; 2005. v. 7. n. 2. p. 231-238.

Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011; (11): 4295.

Tessari O. Depressão pós-parto. **Bolsa de Mulher** 2006. Disponível em: [https://www.google.com.br/webhp?source=search_app#output=search&sclient=psy-ab&q=Tessari+\(2006\)](https://www.google.com.br/webhp?source=search_app#output=search&sclient=psy-ab&q=Tessari+(2006)) [2012 jan 11].

Valença CN, Germano, RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2010; (2): 11.

Weissman, AM; Levy, BT; Hartz, AJ; Bentler, S; Donohue, M; Ellingrod, VL *et al.* Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. **Am J Psychiatry**. 2006; 161 (6).

Wilkinson G, Moore B, Moore, P. Tratar a depressão. Lisboa: **Climespsi Ed**. 2003.

Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com Grupos. **Editora Artes Médicas**; Porto Alegre (RS). Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=Zimerman%2C+DE.%2C+%26+Os%C3%B3rio%2C+L.+C.+%281997%29.&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5# [11 jan 2013].

Zinga D, Phillips DS, Bor L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira Psiquiatria** 2005; 27: S56-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0d/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf [2012 jan 2011].