



**CARMEN LUIZA DA SILVA GONÇALVES**

**PREPARO E INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**RIO GRANDE**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PREPARO E INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**CARMEN LUIZA DA SILVA GONÇALVES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira**

**RIO GRANDE**

**2017**

### Ficha catalográfica

G635p Gonçalves, Carmen Luiza da Silva.  
Preparo e intervenções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente à depressão pós-parto / Carmen Luiza da Silva Gonçalves. – 2017.  
83 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2017.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Adriane Maria Netto de Oliveira.

1. Período Pós-Parto 2. Estratégia de Saúde da Família  
3. Depressão Pós-Parto 4. Enfermagem I. Oliveira, Adriane Maria Netto de II. Título.

CDU 616-083

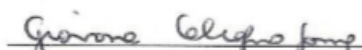
Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130

**Folha de aprovação**

**CARMEM LUIZA DA SILVA GONÇALVES**

**PREPARO E INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

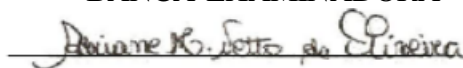
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 18 de agosto de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

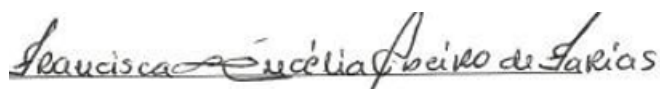
**BANCA EXAMINADORA**



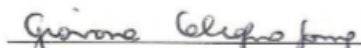
Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Presidente (FURG)



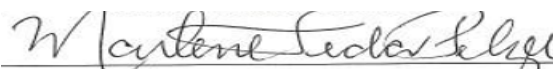
Dra. Mara Regina Santos da Silva - Membro interno (FURG)



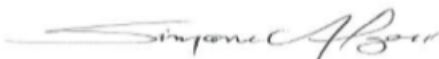
Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias - Membro externo (UNIFOR)



Dra. Giovana Calcagno Gomes - Membro interno (FURG)



Dra. Marlene Teda Pelzer - Membro interno (FURG)



Dra. Simone Algeri - Membro externo (UFRGS)

## RESUMO

GONÇALVES, Carmen Luiza da Silva. **Preparo e intervenções dos profissionais da estratégia de saúde da família frente à depressão pós-parto. 2017.** 83f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

A Depressão Pós-Parto é um problema de saúde que ocorre com frequência em puérperas, podendo iniciar entre as quatro primeiras semanas após o parto e, mostrar sinais e sintomas até um ano de vida do bebê. Mundialmente estima-se que 10% a 20% das mães são acometidas com sério impacto negativo pessoal, familiar e para o desenvolvimento da criança. No contexto brasileiro, na Estratégia Saúde da Família ocorrem condições favoráveis para o enfrentamento da Depressão Pós-Parto com a utilização do acolhimento, triagem e acompanhamento da puérpera, do seu bebê e dos familiares. Com a Rede de Apoio para o enfrentamento das doenças mentais, o matriciamento e o Centro de Atenção Psicossocial surgem como um processo de construção compartilhada e de intervenção psicoterapêutica em articulação com a Estratégia Saúde da Família nas demandas cotidianas, para um atendimento conjunto e interdisciplinar elaborando assim, um plano terapêutico singular. O presente estudo objetivou conhecer o preparo e as intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente à depressão pós-parto. Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, que está vinculada ao macro-projeto intitulado: “Detecção precoce da Depressão Pós-Parto: Promoção da Saúde da Família”. A coleta de dados realizou-se no período de junho a setembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, com a participação de 09 enfermeiros, 08 médicos e 17 agentes comunitários de saúde, que desempenham suas atividades profissionais em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, de um município do extremo sul do Brasil. Os aspectos éticos foram contemplados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos, o macro-projeto acima citado obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o CAAE 71127817.9.000.5324 e, após a aprovação do Núcleo de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde com o parecer de Nº 81/2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante análise temática dos dados, constatou-se que a educação permanente é um importante instrumento para a capacitação dos profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família, que estes reconhecem a necessidade deste preparo para atuarem de forma mais eficaz com as gestantes e puérperas com depressão, a fim de promoverem a saúde da família. Quanto as intervenções realizadas pelos profissionais com a mulher com depressão pós-parto, bebê e família, constatou-se que os profissionais utilizam como principal intervenção o encaminhamento para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Os profissionais reconhecem a necessidade do acompanhamento da mulher desde o pré-natal como no puerpério, no território, entretanto, muitos desconhecem esse potencial. Conclui-se com o estudo a importância da conscientização dos profissionais de saúde acerca do conhecimento técnico-científico sobre a complexidade da depressão pós-parto, abrangendo sua sintomatologia, multiplicidade de fatores de riscos envolvidos e suas consequências para a vida da família e repensar sua prática cotidiana, a fim de se engajarem também, na promoção da saúde dessas famílias.

**Descritores:** Período Pós-Parto. Estratégia Saúde da Família. Depressão Pós-Parto. Enfermagem.

## ABSTRACT

GONÇALVES, Carmen Luiza da Silva. **Preparation and interventions of Family Health Strategy professionals in the face of postpartum depression.** 2017.83f. Dissertation (Masters in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing. Universidad Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande - RS.

Postpartum Depression is a health problem that often occurs in women who have recently given birth, and can start within the first four weeks after delivery and show signs and symptoms up to one year after birth. Worldwide it is estimated that 10% to 20% of mothers are affected with serious negative personal, family and child development. In the Brazilian context, in the Family Health Strategy favorable conditions for coping with the Postpartum Depression occur with the use of the host, screening and follow-up of the puerperal, their baby and their families. With the Support Network for coping with mental illnesses, matriciamento and the Center for Psychosocial Attention arise as a process of shared construction and psychotherapeutic intervention in articulation with the Family Health Strategy in the daily demands for a joint and interdisciplinary care elaborating thus, a unique therapeutic plan. The present study aimed to know the preparation and the interventions carried out by the professionals of the Family Health Strategy regarding postpartum depression. A qualitative, descriptive and exploratory research was carried out, which is linked to the macro-project titled: "Early Detection of Postpartum Depression: Promotion of Family Health". Data were collected from June to September 2016, through a semi-structured interview, with the participation of 09 nurses, 08 physicians and 17 community health agents, who perform their professional activities in four Basic Health Units of the Family, from a municipality in the extreme south of Brazil. Ethical aspects were contemplated in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council, concerning research involving human beings, the macro-project mentioned above was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande under the CAAE 71127817.9.000.5324 and, after the approval of the Nucleus of Research of the Municipal Health Department with the opinion of nº 81/2013. All participants signed the Informed Consent Term. Through a thematic analysis of the data, it was verified that lifelong education is an important instrument for the qualification of health professionals of the Family Health Strategy, who recognize the need for this preparation to act more effectively with pregnant women and puerperal women with in order to promote family health. Regarding the interventions made by professionals with the woman with postpartum depression, baby and family, it was verified that the professionals use as main intervention the referral to the Support Center for Family Health. Professionals recognize the need for women to follow them from prenatal care, such as in the puerperium, in the territory, but many are unaware of this potential. The study concludes with the importance of educating health professionals about technical-scientific knowledge about the complexity of postpartum depression, including its symptomatology, multiplicity of risk factors involved and its consequences for the family's life and rethinking its daily practice, in order to also engage in promoting the health of these families.

**Descriptors:** Postpartum Period. Family Health Strategy. Depression, Postpartum. Nursing.

## RESUMEN

GONÇALVES, Carmen Luiza da Silva. **Preparación e intervenciones de los profesionales de la estrategia de salud de la familia frente a la depresión posparto.** 2017. 83f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal del Rio Grande – FURG, Rio Grande - RS.

La depresión posparto es un problema de salud que ocurre con frecuencia en puérperas, pudiendo comenzar entre las cuatro primeras semanas después del parto y, mostrar signos y síntomas hasta un año de vida del bebé. Se estima que el 10% al 20% de las madres son afectadas con serios efectos negativos personales, familiares y para el desarrollo del niño. En el contexto brasileño, en la Estrategia Salud de la Familia ocurren condiciones favorables para el enfrentamiento de la Depresión Postparto con la utilización de la acogida, clasificación y seguimiento de la puérpera, de su bebé y de los familiares. Con la Red de Apoyo para el enfrentamiento de las enfermedades mentales, el matriciamiento y el Centro de Atención Psicosocial surgen como un proceso de construcción compartida y de intervención psicoterapéutica en articulación con la Estrategia Salud de la Familia en las demandas cotidianas, para una atención conjunta e interdisciplinaria elaborando un plan terapéutico singular. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la preparación y las intervenciones realizadas por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia frente a la depresión posparto. Se realizó una investigación con abordaje cualitativo, de carácter descriptivo y exploratorio, que está vinculada al macroproyecto titulado: "Detección precoz de la Depresión Post-Parto: Promoción de la Salud de la Familia". La recolección de datos se realizó en el período de junio a septiembre de 2016, por medio de una entrevista semiestructurada, con la participación de 09 enfermeros, 08 médicos y 17 agentes comunitarios de salud, que desempeñan sus actividades profesionales en cuatro Unidades Básicas de Salud Familia, de un municipio del extremo sur de Brasil. Los aspectos éticos fueron contemplados de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, concernientes a las investigaciones involucrando a seres humanos, el macroproyecto arriba citado obtuvo aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande, bajo el CAAE 71127817.9.000.5324 y, después de la aprobación del Núcleo de Investigación de la Secretaría Municipal de Salud con el dictamen de nº 81/2013. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. A través del análisis temático de los datos, se constató que la educación permanente es un importante instrumento para la capacitación de los profesionales de la salud de la Estrategia de Salud de la Familia, que éstos reconocen la necesidad de esta preparación para actuar de forma más eficaz con las gestantes y puérperas con depresión, con el fin de promover la salud de la familia. En cuanto a las intervenciones realizadas por los profesionales con la mujer con depresión posparto, bebé y familia, se constató que los profesionales utilizan como principal intervención el encaminamiento al Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia. Los profesionales reconocen la necesidad del acompañamiento de la mujer desde el prenatal como en el puerperio, en el territorio, sin embargo, muchos desconocen ese potencial. Se concluye con el estudio la importancia de la concientización de los profesionales de la salud acerca del conocimiento técnico-científico sobre la complejidad de la depresión posparto, abarcando su sintomatología, multiplicidad de factores de riesgo involucrados y sus consecuencias para la vida de la familia y repensar su vida práctica cotidiana, a fin de comprometerse también, en la promoción de la salud de esas familias.

**Descriptor:** Periodo Pósparto. Estrategia de Salud Familiar. Depresión Pósparto. Enfermería.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AM	Apoio Matricial
CAEE	Certificado de apresentação para apreciação ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
EDPS	Edimburg Depression Postpartum Scale
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEPESM	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAISM	Programa de Assistência integral à saúde da mulher
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNP	Pré-Natal Psicológico
SCL-25	Hopkins Symptom Check List
SRQ-20	Self-Report Questionnaire 20
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER FRENTE À GESTAÇÃO E O PARTO .....	17
3.2	O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO PRÉ-NATAL E NO PUERPÉRIO..21	
3.3	ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO .....	25
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	33
4.2	LOCAL DE ESTUDO .....	33
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	34
4.4	COLETA DOS DADOS .....	35
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
5.1	ARTIGO 1.....	38
5.2	ARTIGO 2.....	54
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde tem considerado que a manutenção da saúde mental da mulher no período pós-natal é uma importante questão de saúde pública, uma vez que esse momento se constitui em intensa mudança e transição na vida da mesma (UNITED NATIONS, 2013). A depressão tem prevalência anual, na população em geral, de 3% a 11%, sendo duas a três vezes mais frequente em puérperas (COSTA et al., 2012). A Depressão Pós-Parto (DPP) ocorre com frequência entre as quatro primeiras semanas após o parto e, mostrar sinais e sintomas até um ano do bebê (MEIRA et al., 2015).

A DPP tem sido relatada em quase 10% a 20% das mães e pode iniciar a partir do momento do nascimento do bebê, resultado de depressão desde a gravidez ou mesmo anterior a este período. A presença de depressão entre as mulheres obteve maior atenção, não somente pelo aumento da incidência ou distribuição mundial, mas também pelo sério impacto negativo de ordem pessoal, no relacionamento familiar e para o desenvolvimento da criança (SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA e RAMASAMY, 2015).

O risco de DPP é onze vezes mais frequente em mulheres com baixo status socioeconômico, incluindo baixa escolaridade, baixa renda econômica, ser solteira e estar desempregada, do que naquelas que não apresentam tais fatores de risco (GOYAL et al., 2012). As estimativas acerca da prevalência de sintomas depressivos pós-natais no Brasil não parecem diferir substancialmente quando consideradas pesquisas semelhantes realizadas em países com situação socioeconômica similar, tais como: Itália, Chile, África do Sul, Índia e Turquia. Nos países ricos, a DPP parece acometer uma proporção consideravelmente menor de mulheres (LOBATO; MORAES e REICHENHEIM, 2011). A grande variação da prevalência de DPP depende de uma série de fatores de ordem sociodemográfica e psicossocial (MORAIS et al., 2015).

No contexto brasileiro, os profissionais da atenção primária em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) se encontram em condições favoráveis para contribuir em relação ao enfrentamento da DPP, uma vez que os mesmos fazem o acolhimento, a triagem e acompanham a maioria das mulheres desde a gestação até o puerpério, tendo, assim, maior facilidade para identificar fatores ou condições relacionadas aos riscos e agravos à saúde da mulher e seu bebê, em especial esta psicopatologia (MEIRA et al., 2015).

Mesmo após a confirmação do diagnóstico e tratamento adequado para a DPP, torna-se indispensável a avaliação oportuna e integrada da equipe multiprofissional: psiquiatras,

psicólogos, obstetras e enfermeiros que atuam no serviço público de saúde, seja na atenção primária ou secundária, por serem estes os principais responsáveis em oferecer o suporte necessário nessa fase tão importante da maternidade (SOBREIRA e PESSÔA, 2012).

Os profissionais da saúde podem fazer uso das escalas que classificam o estágio em que se encontra a patologia. Nos estudos sobre depressão puerperal, têm sido utilizadas as seguintes escalas: *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS), *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), *Hopkins Symptom Check List* (SCL-25) e *Self-Report Questionnaire 20* (SRQ-20). Elas variam quanto ao número de perguntas e categorias relativas aos sintomas manifestados (SCHARDOSIM e HELDT, 2011).

A *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS) tem sido a mais utilizada, inclusive no Brasil. Porém, embora seja de fácil manejo até mesmo por profissionais da saúde não especializados, a EDPS apresenta limitações que interferem na real frequência da Depressão Pós-Parto podendo superestimar sua ocorrência, uma vez que serve para perceber o momento em que se encontra a gestante, podendo este modificar-se ao longo do período gestacional e puerperal (SCHARDOSIM e HELDT, 2011). No entanto, o tempo é difícil de ser mensurado por meio de uma escala seja qual for, uma vez que, a cada momento ou situação vivenciada, a mulher tende a modificar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Sendo assim, essa escala, talvez, seja mais eficaz, se aplicada ao longo dos meses de gestação e, após o parto até o primeiro ano de vida do bebê. Considerando que o contexto de vida é sistêmico e se modifica o tempo todo de acordo com as vivências experienciadas, isso também irá influenciar na mensuração dos sinais e nos sintomas da DPP.

As alterações dessa psicopatologia podem trazer consequências para o vínculo mãe-bebê e para o desenvolvimento normativo da criança, como evidenciados pelos pesquisadores, os quais referem que crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chance para desenvolver desordens emocionais e comportamentais quando comparadas com 8% de filhos de mães não deprimidas (CARLESSO e SOUZA, 2011). Igualmente, o contato com mães deprimidas, no primeiro ano de vida é responsável pela baixa habilidade cognitiva da criança até os quatro anos de idade (LANDIM; VELOSO e AZEVEDO, 2014).

A qualidade da interação mãe-bebê é importante para um bom desenvolvimento neurológico, neuroendócrino e psicológico. Assim, a dificuldade da mãe deprimida em promover estímulos adequados e adaptativos que favoreçam o desenvolvimento afetivo e a aquisição da linguagem do filho pode levar a alterações cognitivas, de memória e aprendizado e, ocorrerem alterações do padrão da resposta emocional a eventos estressantes (CARLESSO

e SOUZA, 2011). A falha materna de um olhar responsivo em relação ao filho influi negativamente no desenvolvimento das conexões neuronais, podendo provocar alterações na relação de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês (CRESTANI et al., 2012).

O estresse é um dos principais fatores responsáveis pelo desencadeamento da depressão, em que eventos do tipo: medo do parto, possível risco de vida da mulher e/ou feto, preocupações financeiras e/ou conjugais são vistos como elementos propulsores para tal, principalmente se essas forem primíparas. Vale ressaltar que o estresse manifestado tanto na gestação como no puerpério tem relação com a Depressão Pós-Parto, sendo que, quanto mais avançado o período gestacional, ou seja, no terceiro semestre, maior a probabilidade dessas mulheres apresentarem a doença (RODRIGUES e SCHIAVO, 2011).

Frizzo et al. (2011), ao analisarem as condições e o eixo conjugalidade e parentalidade, identificaram que mães depressivas tendem a parentalizar os filhos mais velhos e que dificuldades na relação com o cônjuge surgem na medida em que a doença não é diagnosticada e tratada. Segundo os mesmos autores, parentalizar é a nutrição emocional na relação pai e filhos, caracterizada por um conjunto de funções que incluem a socialização necessária para assegurar a viabilidade da criança no seu ecossistema, assim como o reconhecimento da mesma; incluindo a valorização e o carinho imprescindíveis para garantir sua consolidação como indivíduo. Ressalta-se que durante esse período emergem sentimentos tais como: carência afetiva; expectativas excessivas em relação ao cônjuge; a mãe não se sente querida, amada e, algumas vezes, têm sentimento de culpa, em função de não conseguir realizar os cuidados da casa, do bebê e trabalhar (FRIZZO et al., 2011).

O tratamento da DPP se constitui em um desafio para os profissionais da saúde, onde o uso de medicações e psicoterapia são as principais estratégias de cuidado (PATEL e WISNER, 2011). A terapia familiar e de casal tem se mostrado eficiente, uma vez que a mulher com sintomas leves a moderados de depressão prefere tratamento psicoterapêutico aos riscos de exposição do bebê aos efeitos dos medicamentos, devido à amamentação. Uma das vantagens da psicoterapia é a ausência de contraindicações e uma segurança provavelmente maior do que medicações antidepressivas para mulheres que amamentam (MELTZER-BRODY, 2011).

Outra consequência em decorrência da DPP é o risco aumentado da tentativa de suicídio. Estudo realizado na Inglaterra revelou que esta se encontra entre as principais causas de morte materna, acometendo 10% dessa população. Há indícios de que o diagnóstico psiquiátrico poderia ter sido realizado, evitando 86% dessas mortes. O diagnóstico de

depressão, acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva, se estendendo desde o comportamento suicida que compreende a ideação até a tentativa ou suicídio consumado, podendo alcançar até ¼ da população de gestantes (LANDIM; VELOSO e AZEVEDO, 2014).

Sobreira e Pessoa (2012) relatam que a maioria dos casos de DPP não tem sido detectado e com isso permanecem sem tratamento, sendo seu diagnóstico precoce extremamente importante, pois somente dessa forma é possível prevenir possíveis agravos e impactos na qualidade de vida da mãe e para o desenvolvimento saudável do bebê (SOBREIRA e PESSÔA, 2012).

Assim, as equipes de saúde da família devem utilizar estratégias de cuidado com o objetivo de buscar soluções efetivas, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Assim acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, considerando o contexto socioambiental e as diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral. Com isso, verifica-se a necessidade de integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença possui um sofrimento subjetivo. Olhando sob esta ótica todos os problemas de saúde também são de saúde mental (AMARANTE et al., 2011).

O Ministério da Saúde através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica vêm estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) considerada como diretriz para a reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou fundamental para a assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio de ações comunitárias que favoreçam a inclusão social no território onde vivem e trabalham (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

Nesse sentido, justifica-se a relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem serviços estratégicos para promoverem a desospitalização, aqui entendida enquanto oferta de serviços territoriais compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são ainda suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental. Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão

da saúde mental no cuidado por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio da ESF (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

De acordo com a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, a equipe da ESF é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A Estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, considerando as especificidades e necessidades na atuação de cada equipe (BRASIL, 2011).

Entretanto, muito ainda precisa ser feito para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas nesta área (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011). Por territorialização entende-se uma área adstrita, um território definido para permitir o planejamento, a programação descentralizada de ações com impacto na situação e nos condicionantes e determinantes de saúde do local (BRASIL, 2011). Esta permite um amplo conhecimento das necessidades da comunidade, determinando a oferta dos serviços de saúde com mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial focada no indivíduo, na família e na comunidade (MENDES, 2011).

Tentando facilitar a articulação entre as especificidades das equipes de saúde da família e a necessidade de atenção à saúde mental, o Apoio Matricial surge como um processo de construção compartilhada, numa nova proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O apoio matricial tem como um de seus pontos fortes, o potencial de ser um dispositivo articulador da rede, não apenas promovendo a corresponsabilização, mas também apoiando as equipes de ESF nas demandas cotidianas, além de contribuir na construção de ações de Saúde Mental no território (MACHADO e CAMATTA, 2013).

Logo, para o desenvolvimento de suas atividades em relação aos transtornos mentais, as ESF's recebem auxílio dos CAPS, pelo sistema de matriciamento. Sendo assim, o apoio matricial expressa uma atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar onde um profissional especializado realiza atendimento conjunto ou a discussão de caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico singular (HIRDES e SILVA, 2014).

O modo de organizar o trabalho e os processos de decisão na rede de Atenção a Saúde ainda contribui para a fragmentação e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada, pois o foco na doença e responsabilização territorial adstrita a área física da Unidade de Saúde não valoriza a pessoa de forma global (singularidade) (CUNHA e CAMPOS, 2011).

A relevância do presente estudo deve-se ao fato de que a DPP tem ganhado maior atenção não somente pelo aumento da incidência mundial, mas também, pelo impacto negativo que ocasiona na vida pessoal, familiar e para o desenvolvimento saudável da criança (SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA e RAMASAMY, 2015).

Nesse contexto, as questões que nortearam este estudo foram:

- ✓ Como se dá o preparo dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família para detectar a DPP?
- ✓ Quais as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família frente à DPP?

## **2. OBJETIVOS**

- ✓ Conhecer o preparo realizado pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família frente a DPP
  
- ✓ Conhecer as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família frente à DPP.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura são abordados aspectos importantes relativos às mulheres que têm DPP. Dentre os principais assuntos elencados encontram-se: 3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher Frente à Gestação e o Parto; 3.2 O Impacto da Depressão no Pré-Natal e no Puerpério e, 3.3 Atuação da Equipe de Estratégia Saúde da Família Frente à Depressão Pós-Parto.

#### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER FRENTE À GESTAÇÃO E O PARTO

Segundo a Lei Nº 8080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo Nº 198 da Constituição Federal, tendo como princípio à universalidade, a integralidade, a autonomia, a igualdade e o direito à informação, entre outros, relacionados ao acesso e aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A Saúde da Mulher está inserida na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde, a qual possui o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática” (PAISM). O PAISM propõe que a assistência seja prestada em todas as fases da vida, clínica, ginecológica, reprodutiva (planejamento, gestação, parto e puerpério), considerando também, os casos de doenças crônicas ou agudas, reconhecendo a assistência como cuidado médico e de toda a equipe de saúde, priorizando práticas educativas que compreendem o empoderamento das mulheres para que tenham capacidade crítica e autonomia (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) ressalta que a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), determinada pela Portaria MS/GM373 do dia 27 de fevereiro de 2002 tem como finalidade ampliar as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica, criando mecanismos de fortalecimento da gestão do SUS, atualizando os critérios de habilitação para os Estados e Municípios. Dentre essas responsabilidades da Atenção Básica à Saúde a serem executadas estão às ações da Saúde da Mulher, voltadas à prevenção, ao planejamento familiar e ao pré-natal (BRASIL, 2004).

O acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto, do puerpério e do período neonatal são direitos inalienáveis da

cidadania. Dessa forma, foi criada a Central de Regulação Obstétrica e Neonatal em todos os níveis federativos como instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da mulher visando assegurar a melhoria na qualidade da assistência (BRASIL, 2000).

A Estratégia Saúde da Família como rede de apoio social destaca como um de seus programas a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), o qual leva em consideração a singularidade da mulher, preconizando o atendimento prestado a partir da percepção ampliada do contexto em que vive, evidenciando suas especificidades e condições enquanto cidadã, capaz de se responsabilizar por suas escolhas. Dentro deste programa, merece destaque o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pois garante a gestante o direito a assistência no pré-natal, parto e puerpério de forma humanizada e segura, baseado nos princípios gerais e nas condições estabelecidas na prática em saúde, além da assistência centrada no princípio da integralidade (BRASIL, 2014).

Para tanto, foi elaborado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS que objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, promovendo a ampliação do acesso às intervenções, além do incremento da qualidade e da capacidade instalada de assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação (BRASIL, 2000).

Tais políticas e programas que visam à humanização se fazem necessários, uma vez que esta é uma condição imprescindível para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, assim como, a recepção digna da mulher e do recém-nascido é uma das obrigações das unidades de saúde territorial no qual ela encontra-se inserida. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização de rotinas, procedimentos e incorporação de condutas acolhedoras (BRASIL, 2000).

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é informatizado, desenvolvido e disponibilizado pelo DataSus para ser utilizado obrigatoriamente pelos municípios que aderem a este (MENEZES et al., 2012). A humanização conta com o apoio do SISPRENATAL, o qual tem por objetivo principal reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Tal programa apoia-se no direito ao acesso por parte das gestantes e dos recém-nascidos à assistência à saúde nos períodos que compreendem o pré-natal, o parto e o puerpério, tanto na gestação de baixo risco como na de alto risco e na assistência neonatal, por meio da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência, de acordo com os investimentos e custeios necessários. Já, o Pacto Nacional pela Redução da

Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004, traz como uma de suas ações estratégicas a saúde da mulher portadora de transtornos mentais, visando promover o diagnóstico oportuno e tratamento às mulheres com quadro de depressão puerperal (MENEZES et al., 2012).

Portanto, a avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde e da efetividade das ações desenvolvidas, possibilitando mudanças táticas/estratégias adotadas com o objetivo de melhoria dos indicadores registrados na ficha perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2014).

De acordo com a Portaria Nº 2.418 de 02 de dezembro de 2005, a gestante tem o direito de indicar um acompanhante durante o período do trabalho de parto e pós-parto (BRASIL, 2005). Toda gestante assistida pelo SUS também tem direito ao conhecimento e vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto e onde será atendida, em casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007). A presença do acompanhante no processo de parto reduz o stress ocasionando benefícios como diminuição do índice de cesárea, do uso de ocitocina, da duração do trabalho de parto, da analgesia para o alívio da dor, do trauma perineal e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento (CARVALHO et al., 2013).

A assistência pré-natal tradicional tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil que permanece como um campo de intensa preocupação na história da saúde pública brasileira. Salienta-se que, no Brasil, há persistência de índices preocupantes como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, e o crescente índice de cesarianas, os quais têm motivado o surgimento de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal com enfoque multidisciplinar. Diversas especialidades estão envolvidas com o cuidado à gestante, uma vez que a assistência ao pré-natal tradicional caracteriza-se pelo cuidado com o corpo e o acompanhamento do desenvolvimento do concepto (TOSTES, 2012).

A assistência pré-natal proporciona, além do controle biológico, uma base consistente para a mulher e sua família, viabiliza o cuidado obstétrico humanizado e integral, tornando-se assim, um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e transforma a realidade vivenciada pelas mulheres durante o período da gravidez, proporcionando um pré-natal de melhor qualidade, diminuição das complicações obstétricas, redução das taxas de cesáreas e um atendimento mais humanizado (TOSTES, 2012).

No período gravídico é fundamental que se dê atenção à saúde mental das gestantes. É importante ressaltar que a reorientação do modelo assistencial proposta pela Lei Federal Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que, de acordo com a Declaração de Caracas determina que a atenção em saúde mental deve ocorrer na comunidade, de forma descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (AMARANTE et al., 2011).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre os equipamentos comunitários de saúde mental, isto é, o acesso à educação, cultura, saúde, lazer e à ESF. A partir daí começa a implantação dos equipamentos ou dispositivos substitutivos, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Oficinas de Trabalho e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral.

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois são os serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica. Estes são considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda tanto para as residências terapêuticas como para a atenção básica. É importante ressaltar que o matriciamento pode ser entendido como uma estratégia de trabalho em rede, ou seja, mediante a integralidade dos serviços de saúde, uma das diretrizes do SUS (GAZIGNATO e SILVA, 2014).

As ações de saúde pública devem ser direcionadas não somente às questões reprodutivas da população feminina, mas precisam abranger também, a saúde da mulher de forma integral, levando em consideração sua saúde mental. Nesse sentido, é importante que as políticas públicas de saúde mental sejam transversais às demais, atuando de forma multidisciplinar no campo da prevenção, contribuindo de forma efetiva para o preparo e enfrentamento da mulher de modo a superar a doença e possíveis comorbidades, incluindo-se aí, o apoio a família (GUSMÃO, 2014).

### 3.2 O IMPACTO DA DEPRESSÃO NO PRÉ-NATAL E NO PUERPÉRIO

O ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais, fruto de fatores sociais e psicológicos que podem influenciar o desenvolvimento saudável da gestação, assim como o bem-estar e saúde materno-infantil. Entre os psicológicos que, geralmente, implicam em complicação durante a gestação, parto e pós-parto encontram-se os estressores vivenciados durante a gravidez e no puerpério (RODRIGUES e SCHIAVO, 2011).

Pesquisa aponta que mais de 75% das gestantes apresentam sinais significativos de estresse em algum nível. Aquelas expostas por longo prazo a eventos estressores são fortes candidatas a apresentar riscos à saúde. Quanto mais elevado o neste período, maior a probabilidade da criança apresentar problemas temperamentais e comportamentais. O estresse também pode resultar em consequências danosas para a saúde do neonato, como a prematuridade, baixo peso, além de causar complicações obstétricas na gestante e ser um fator de risco para a manifestação da DPP (RODRIGUES e SCHIAVO, 2011).

Os efeitos deletérios da depressão também acarretam graves consequências para a saúde materna e fetal como baixo peso ao nascer, diminuição do escore do Apgar, prematuridade, desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida e ideação suicida com tentativas de autoextermínio (SILVA et al., 2015).

A alteração no funcionamento dos neurônios é vista como hipótese de causa da depressão por inativação de receptores pré e pós-sinápticos e/ou deficiência de quantidade da produção de neurotransmissores, adrenalina, serotonina e dopamina, responsáveis pelo controle de atividades cerebrais básicas. Ocorrem reduções anatômicas reversíveis no córtex cerebral (direção do comportamento e conduta), hipocampo (memória de curto e longo prazo), amígdala (memória de eventos emocionais), giro do cíngulo (integração das emoções), tálamo (integração de estímulos sensoriais e motores) e gânglios da base (controle global do movimento do corpo) (COUTINHO et al., 2015).

Evidências de estudos pré-clínicos e clínicos em gestantes sob estresse psicossocial e ansiedade durante a gravidez mostram os efeitos adversos no desenvolvimento do recém-nascido. Entretanto, o conhecimento dos possíveis mecanismos é limitado e uma das prováveis causas talvez seja o elevado nível de cortisol, envolvendo o eixo hormonal hipotálamo-hipófise-adrenal (BEIJERS; BUITELAAR e WEERTH, 2014).

O período puerperal é um momento complexo na vida da mulher, que necessita cuidado, apoio e segurança. Enfatiza-se a importância da assistência de alguém de sua

confiança. A participação e o apoio do companheiro é fundamental para a manutenção dos fatores de proteção durante a transição decorrente do nascimento do filho, desde que este desempenhe um importante papel afetivo na relação conjugal. Logo, sua presença se torna necessária, especialmente, no desenvolvimento biopsicossocial da criança, possibilitando resultados positivos, entre eles o incentivo ao aleitamento materno (SILVA et al., 2016).

O posicionamento do pai à gestação e o estado conjugal são aspectos que influenciam na aceitação da gravidez, uma vez que o apoio reflete o comprometimento do pai com o recém-nascido. Neste âmbito, a falta de apoio do parceiro é um fator de risco intimamente ligado ao aparecimento de transtornos de humor na gravidez e no puerpério. Da mesma forma, o apoio da família também é um fator essencial para o bem estar da mulher grávida, sendo sua ausência associada à maior probabilidade da gestante apresentar transtornos mentais como ansiedade e depressão (SILVA et al., 2015).

Dar enfoque no aumento do nível da atenção à saúde durante o período pré-natal ou logo após o parto pode, como consequência, reduzir o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor pós-parto (VALENÇA e GERMANO, 2011). Além das alterações biológicas, há a necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel. A mulher aumenta sua responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa totalmente dependente dela (JUNIOR et al., 2015). Tais mudanças podem ocasionar doenças que se manifestem no puerpério. Entre elas, a depressão, a qual possui características semelhantes aos demais transtornos do humor, exceto pelos pensamentos e sentimentos de culpa devido à incapacidade para atuar como mãe, incluindo também, a possibilidade de ocorrerem sintomas psicóticos (MENEZES et al., 2012).

Segundo Sousa, Prado e Piccinini (2011) torna-se necessário que a mãe reorganize sua vida cotidiana, autoimagem e modo de agir devido às mudanças que a maternidade proporciona. Antes da gravidez, a mulher ocupava o papel de filha e, após o nascimento do bebê, passa a ser responsável pelo cuidado e formação do seu filho. Porém, relatos revelam que algumas mães podem não conseguir reorganizar sua identidade, tendo dificuldades para assumir o papel materno e mantém forte dependência em relação à própria mãe (SOUSA; PRADO e PICCININI, 2011).

Outra consequência em decorrência da doença são os riscos aumentados de tentativa de suicídio que, de acordo com estudo realizado na Inglaterra revela que está entre as principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população. Há indício de que o

diagnóstico psiquiátrico poderia ter sido realizado precocemente e o suicídio evitado em 86% dessas mortes (BENUTE et al., 2011).

A depressão materna é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível barreira no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode gerar consequências negativas importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação dialógica mãe-filho (CARLESSO e SOUZA, 2011).

Cabe ao profissional de saúde investigar sinais e sintomas da DPP ao longo do puerpério. As características que evidenciam essa hipótese são: a paciente se sentir esgotada, com excessiva irritabilidade, muito chorosa, exausta e apresentar transtornos do sono (insônia ou sonolência excessiva). Quando essas características duram pouco tempo, ou seja, até duas semanas após o parto, sugerem a ocorrência de *blues* puerperal (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

O *blues* puerperal, também conhecido como “melancolia pós-parto” ou “tristeza puerperal” é uma condição clínica cuja intensidade é variável, podendo atingir um quadro mais grave que é a psicose puerperal. Esses quadros clínicos correspondem a uma sequência em um espectro progressivo de maior gravidade e menor frequência. A melancolia pós-parto é um transtorno autolimitado, iniciando-se nas duas semanas após o parto e é considerado como fator de risco para DPP; muito comum, atinge de 50% a 80% das mulheres. No outro extremo há a psicose puerperal, considerada uma urgência, sendo indicada frequentemente a internação hospitalar e ocorre em apenas 0,1% a 0,2% das puérperas (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

Quando o quadro persiste por mais tempo e os sintomas referidos anteriormente se tornam mais intensos associados à sensação de culpa ou de inadequação; perturbação importante do apetite e do sono; pensamentos obsessivos e infundados sobre a saúde do recém-nascido; dificuldade em se concentrar ou em tomar decisões; perda do interesse pelo recém-nascido; dificuldades nas interações familiares; rompimento dos laços emocionais; ideação suicida e sintomas físicos, como palpitações, hiperventilação e hipertensão arterial, permite pensar na DPP, a qual pode se apresentar em grau de maior ou menor gravidade (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

O estudo salienta os efeitos deletérios da DPP na interação mãe-bebê, tais como: comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva, da regulação de comportamentos hostis, de intrusividade e falta de contingência (FIGUEIRA; DINIZ e SILVA FILHO, 2011).

Ao explorar a interação entre mães e bebês, alguns resultados apontam que as mães deprimidas quando comparadas as não deprimidas, ficam menos tempo olhando, tocando e falando com seus filhos, apresentam mais manifestações negativas do que positivas, demonstrando menos responsividade, menos espontaneidade e menores níveis de atividade. Observa-se que mães deprimidas tendem a ficar mais reclusas e introspectivas, pode ocorrer desatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas de seus filhos. Ao comparar mães com DPP e mães não deprimidas é possível inferir que estas tendem a ser mais hostis, menos afetuosas, menos comunicativas, menos habilidosas no trato com o bebê, menos responsivas e mais negativas na interação com a criança (CARLESSO e SOUZA, 2011).

O impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores, como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe, se é apático, intrusivo ou de excessiva super-proteção. Será nesse universo amplo que o psicólogo, dentre outros profissionais da saúde mental, inclusive o enfermeiro poderá contribuir com sua escuta, observando os aspectos qualitativos da depressão, por meio de atividades de prevenção e intervenção, visando à promoção da saúde mental tanto das mães, das crianças e da família (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

Nesse sentido, Frizzo e Piccinini (2012) realizaram a filmagem de bebês de 3 a 6 meses na interação face a face com suas mães e com um estranho. Os autores avaliaram a performance comportamental dos bebês através de uma escala de medida de interação. Os bebês de mães deprimidas demonstraram uma interação empobrecida não só com suas mães, mas também quando interagiram com estranhos. A maioria dos comportamentos não diferiu em ambos os grupos, exceto por apresentarem maior aversão ao olhar (olhavam ao longe) e menor orientação da cabeça em direção à mãe, sugerindo que fatores ambientais estejam envolvidos nos resultados (FRIZZO e PICCININI, 2012).



### 3.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O Ministério da Saúde ressalta a importância da rede de atenção à saúde mental do SUS e define-a “como de base comunitária, considerando-se a noção do território-processo”. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Significa, assim, resgatar os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções. O engajamento dos profissionais das equipes da ESF com os da saúde mental tem resultado em experiências bem-sucedidas, demonstrando ser possível a articulação dos princípios do SUS com os da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A fim de que a sociedade possa manejar com as diferentes formas de sofrimento psíquico ou com problemas de qualquer natureza é necessário que o sistema de saúde seja desprovido de preconceitos, considerando o outro como ser humano, abandonando os aspectos relativos à cura, adotando a concepção de cuidado, fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres imersos no contexto social, como proposto pela reforma psiquiátrica. Tal modo de agir possibilita a busca da atenção integral necessária nos diferentes contextos biopsicossociais. Dessa forma, para almejar a atenção integral, o enfermeiro da ESF deve buscar a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, os recursos materiais e os da comunidade (AMARANTE et al., 2011).

Deste modo, humanizar e qualificar a atenção em saúde requer aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. Portanto, a gestão da Política de Atenção à Saúde do SUS deve estabelecer uma dinâmica inclusiva em todos os níveis assistenciais, no contexto da descentralização, hierarquização e integração de ações e serviços. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito às diferenças sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais, de forma articulada e com a participação da sociedade civil, configurando uma rede integrada de ações (BRASIL, 2011).

Este tipo de atendimento propõe a igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios, indo ao encontro do apoio multidisciplinar através da articulação e participação da população. Os princípios e diretrizes do SUS têm origem na busca por qualidade de vida das pessoas e proporcionar ambientes saudáveis. A atenção à saúde deve ser integral, universal, promovendo a resolutividade, intersetorialidade, equidade e humanização no atendimento, a

fim de garantir o vínculo com a população que deve estar presente nas decisões, para que haja melhorias na assistência (AMARANTE et al., 2011).

Como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da atenção básica, definimos o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) que é formado por equipe multiprofissional especializada (nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra) que amplia o perfil generalista da Unidade Básica de Saúde e tem como objetivo aumentar a capacidade do cuidado e a articulação com a Rede (UBS, CAPS, Escola e Centros de Referência de Assistência Social), garantindo a assistência longitudinal continuada individual, domiciliar, atividades coletivas e com perspectiva da integralidade. Atua recebendo demanda pactuada, com discussão compartilhada dos casos que abrangem a clínica-assistencial e a técnico-pedagógica, para apoio educativo permanente as equipes de saúde (BRASIL, 2014).

Os profissionais da enfermagem por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário de 24 horas devem ser capacitados e qualificados na identificação das características depressivas, por meio da utilização de instrumentos de rastreamento na gestação e puerpério imediato, favorecendo o acompanhamento posterior dessas mulheres (SCHARDOSIM e HELDT, 2011).

É imprescindível que os enfermeiros estejam cientes que o conhecimento é importante dentro da sua profissão. Tratando-se da DPP é indispensável conhecer e buscar entender não só a psicopatologia, mas ir além, ou seja, ver e perceber a gestante de forma integral, as modificações que este período provoca na vida da mulher, como lidar com a mesma neste momento e após o parto, uma vez que é neste período que ocorre maior probabilidade de surgirem os sinais e sintomas da doença. Assim, fica claro que a busca contínua pelo conhecimento técnico-científico é de fundamental importância para que os profissionais possam desempenhar de forma segura sua função, em especial, os que lidam de forma direta com o outro (NASCIMENTO et al., 2013).

Os profissionais de saúde que integram esta rede podem e devem atuar como educadores, sensibilizando-se no que se refere às necessidades e aos agravos emocionais que a mulher vivencia ao longo do período gravídico-puerperal (MATÃO et al., 2011). É considerado relevante o apoio recebido pelos profissionais envolvidos nesse processo, pois contribui para a redução dos efeitos negativos da depressão, melhora da adaptação à nova fase e a possibilidade de exercer a função materna com maior qualidade.

Ressalta-se o papel do enfermeiro no apoio social, pois, uma vez que, se o mesmo conhece a rede de apoio as puérperas, é possível que a relação entre os membros da família seja fortalecida, pois este profissional se constitui em um elemento importantíssimo no diagnóstico e tratamento da doença. O enfermeiro e a equipe multiprofissional se tornam uma base confiável para que os familiares entendam os sintomas da psicopatologia e possam ajudar a realizar os cuidados necessários à mulher (TAVARES e SILVA, 2013).

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção da depressão, pois geralmente é com ele que a mulher faz sua primeira consulta no pré-natal de baixo risco. Esse atendimento possibilita a avaliação do estado mental, emocional e acompanhamento durante a gestação. Se houver algum sinal ou sintoma presente, este pode ser detectado e tratado o mais precocemente possível (FIGUEIRA; DINIZ e SILVA FILHO, 2011).

As consultas realizadas pelos enfermeiros estão atreladas às ações de cuidado, de aproximação, permitindo-os desvelar a captação e descoberta de dados que podem auxiliar na construção do projeto terapêutico singular, o qual irá definir metas para a promoção da saúde da mulher (PICCININI, 2011).

De acordo com Sousa, Prado e Piccinini (2011) é importante que os profissionais de saúde proporcionem às gestantes apoio emocional, impedindo o agravamento da doença e auxiliando no tratamento, para que esta receba orientações adequadas em relação ao seu problema, devendo o profissional estar preparado e habilitado para identificar prováveis sintomas de DPP, a fim de impedir a cronificação da doença (SOUSA; PRADO e PICCININI, 2011).

Segundo Brocchi, Bussab e David (2015), tais consultas objetivam igualmente a detecção de patologias maternas, prevenção, diagnóstico precoce das mesmas, podendo, assim, proporcionar a terapêutica apropriada para evitar as complicações da gravidez, além de realizar o acompanhamento e o crescimento do feto. Em função disso, pode-se dizer que o pré-natal está relacionado aos cuidados médicos e de enfermagem proporcionados à mulher, da concepção até o parto (BROCCHI; BUSSAB e DAVID, 2015).

Brum e Schermann (2011) mencionam ainda, que é nas consultas de pré-natal que o enfermeiro será capaz de identificar os fatores ligados às patologias e a importância do papel do mesmo em reconhecer precocemente os fatores de risco envolvidos, como condição essencial para sua prevenção (BRUM e SCHERMANN, 2011).

No entanto, o pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional, somando esforços e conhecimentos revela-se como uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar

transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos, utilizando estratégias como os encontros com estas, incluindo seu companheiro, caso tenha e familiares, o que possibilita momentos de intenso aprendizado e espaços para discutir as diferentes emoções e sentimentos vivenciados durante a gravidez (ALVARES; AZEVEDO e NETO, 2015).

A equipe multiprofissional reconhece o importante papel do agente comunitário de saúde, como membro da ESF, no repasse de informações para que a gestante receba a assistência adequada. Uma vez que esses profissionais conseguem identificar os sinais depressivos da puérpera, levam esta informação para a unidade de saúde, através dos dados obtidos por meio das visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas realizadas nos domicílios e na comunidade (MEIRA et al., 2015).

Os sinais depressivos das puérperas podem não ser facilmente detectáveis. Geralmente, a caracterização clínica da depressão está vinculada ao atendimento especializado por algum profissional de saúde mental, o que nem sempre acontece nas UBSF's, sendo inclusive, um dos motivos apontados para o escasso número de pacientes que recebem os cuidados específicos. Por outro lado, existem alguns instrumentos autoaplicáveis que permitem caracterizar a depressão e que merecem maior divulgação e treinamento de uso para os demais membros das equipes de saúde. Destaca-se, entre esses instrumentos, a Escala de Depressão Puerperal de Edimburgo (EDPE), o qual permite identificar os sintomas depressivos a partir das suas primeiras manifestações, ou seja, desde o momento em que a mulher é acolhida na unidade de internação obstétrica, o que viabiliza o planejamento das ações e cuidados a elas prestados (CARVALHO, MORAES, 2014).

As estratégias dos enfermeiros para atender a saúde mental no processo de trabalho da ESF compreendem atendimento em grupo, acompanhamento, visita domiciliar, atendimento à família, escuta, parcerias com a comunidade, proporcionar informações e auxiliar nas dúvidas relativas ao uso da medicação, quando for o caso. Portanto, essas estratégias têm como objetivo mostrar maior atenção à saúde que o enfermeiro deve prestar em um atendimento integral, englobando o indivíduo, sua família e as necessidades destes frente à saúde mental, em qualquer nível de atenção. Logo, o enfermeiro atuante na ESF deve buscar construir parcerias inter setoriais e a participação social dos usuários, bem como a ampliação do nível de saúde da comunidade (AMARANTE et al., 2011).

Para o manejo preventivo é importante detectar os fatores predisponentes e desencadeantes da DPP e/ou identificar as mulheres com risco elevado para DPP, as quais poderão participar de grupos focais e receber acompanhamento terapêutico, de acordo com o

projeto singular terapêutico desenvolvido a partir das reuniões de equipe, considerando as necessidades relatadas pela mulher (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

Ao obstetra cabe obter informações através da anamnese e no atendimento do pré-natal, que lhe permitam perceber se a paciente terá maior risco de desenvolver um quadro depressivo após o parto. Estes riscos estão associados aos antecedentes familiares, ou seja, presença de transtorno mental na família, história familiar de DPP, condições econômicas e sociais desfavoráveis, reduzido suporte social (MORAES e CRESPALDI, 2011).

As consultas pediátricas e de puericultura têm sido reconhecidas como excelentes espaços para o diagnóstico da DPP, onde esse atendimento pode, de fato, oferecer muitas vantagens. Tendo em vista a regularidade das consultas ao longo do primeiro ano de vida, bem como as diversas visitas para o cumprimento do calendário vacinal, vislumbram-se aí várias oportunidades de produção de saúde, não somente para a identificação da depressão, mas também para o tratamento e acompanhamento da sua evolução. Assim, a Rede Cegonha é uma estratégia lançada pelo Governo Federal que visa entre outras ações, à atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e a capacitação dos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde. Acolher a gestante criando um ambiente de confiança e respeito entre os profissionais da equipe, favorecendo o vínculo, avaliação e a integralidade do cuidado, por meio da implementação de ações educativas (BRASIL, 2013).

Constitui-se em uma ferramenta que somada à capacidade das equipes e dos gestores contribui para a constante melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Portanto, aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde, planejamento e questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto e situações legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério (BRASIL, 2013).

Além disso, permitem a detecção dos casos com início tardio, após a realização da consulta de revisão pós-parto. Com este propósito, é importante ampliar o âmbito de ação dos pediatras e dos outros profissionais responsáveis pela assistência materno-infantil, incluindo a avaliação dos aspectos relacionados à dinâmica e ao ambiente familiar em sua integralidade (LOBATO; MORAES e REICHENHEIM, 2011).

Mediante o diagnóstico de DPP, o psicólogo será o profissional responsável pelo tratamento psicoterápico, podendo ser na forma de psicoterapia breve com o objetivo de recuperar sua integridade psíquica e emocional, fundamental para essa fase da vida que a mulher está vivenciando. Outra possibilidade diante da doença é a busca junto à paciente do

saber o que fazer frente aos problemas que vivencia, de forma que esse momento possa proporcionar também, o crescimento pessoal e a resignificação da condição atual, ajudando a mulher a superar o processo de adoecimento (SAMPAIO NETO e ALVARES, 2013).

Os familiares necessitam de orientação profissional para lidar com a mulher em depressão. Agindo como educadores, devem orientar sobre a importância da consulta de pré-natal, bem como estarem atentos a problemas emocionais sentidos pela mulher ao longo do período gravídico, integrando a família no cuidado e informando a mesma sobre a importância de estar atenta a qualquer alteração no comportamento da gestante (MATÃO et al., 2011).

Observa-se que quando a assistência é atuante, proporciona um pilar que fornece um fator de proteção importante, viabilizando o cuidado obstétrico integral e humanizado, demonstrando uma acentuada redução de morbimortalidade materna proporcionando mudanças na realidade vivenciada pelas mulheres durante o período de gravidez e do pós-parto (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014).

O pré-natal tradicional pode ser complementado com a psicoterapia preventiva oferecendo apoio emocional e proporcionar soluções para demandas que podem surgir no período gravídico puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à má formação fetal, as mudanças dos papéis familiares e sociais, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhamento durante o trabalho de parto e parto (ARRAIS; CABRAL e MARTINS, 2012).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que é difícil avançar a reforma psiquiátrica se não houver uma relação com a atenção básica. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, por isso é preciso estender o cuidado em saúde mental em todos os níveis de assistência. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica, muitas vezes se sentem fragilizadas diante do cuidado em saúde mental. O matriciamento visa dar o suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização (GAZIGNATO e SILVA, 2014).

O apoio matricial oferece aos profissionais de saúde conhecimentos e ações para auxiliá-los a manejar com o sofrimento psíquico dos usuários. Este suporte é realizado através da construção de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas com as equipes da atenção básica, por meio de consultas, visitas domiciliares, entre outras ações que irão proporcionar

aumento da capacidade resolutiva e qualificação para uma atenção ampliada em saúde mental (WETZEL et al.,2014).

Por meio do matriciamento, as redes de cuidados e de suporte social ganham espaço na medida em que se estabelecem ambientes permanentes e periódicos de encontros e discussões entre as equipes da Atenção Básica, demais equipes de saúde e de outros serviços do território. Portanto, investindo em espaços de reuniões que têm por objetivo proporcionar troca de conhecimento e metodologias em fóruns colegiados, locais de educação permanente e rodas de conversas, a equipe de saúde se mostra como essencial neste processo, dando suporte fundamental para construção de estratégias de aproximação e cuidados com a população (BRASIL, 2013).

O apoio matricial propicia também a construção coletiva de saberes em Saúde Mental, garantindo espaço de cuidado aos Agentes Comunitários de Saúde, fomentando a implantação de redes no cotidiano, possibilitando, dessa forma, aos serviços e aos profissionais, maior aceitação e compreensão da Saúde Mental na atenção primária (MORAIS e TANAKA, 2012).

O trabalho em conjunto ajuda os profissionais a se sentirem mais seguros e perceberem que não estão sozinhos para resolverem os problemas relativos aos transtornos mentais, que podem compartilhar responsabilidades e se fortalecerem para lidar melhor com a situação do dia a dia. Assim, fica evidente a ênfase do matriciamento como suporte especializado de saberes e ações para os trabalhadores, surgindo como importante forma de capacitação, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das equipes (DELFINI e REIS, 2012).

A importância do matriciamento em saúde mental visa aumentar a resolubilidade dos casos das ESFs. A aproximação entre os CAPS e as ESFs amplia o potencial desses serviços como gestores de novas tecnologias de cuidado. Em função disso, os técnicos em saúde mental têm como tarefa atuarem como apoiadores e desmistificarem a ideia de que somente os especialistas produzem resolutividade (GAZIGNATO e SILVA, 2014).

Atualmente surgiu outra estratégia de cuidado em saúde mental, o Pré-Natal Psicológico (PNP). Este promove uma abordagem diferenciada nos cursos para gestantes, se constitui em uma modalidade de atendimento raramente encontrada nos serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional, do parto e da construção da parentalidade. Pioneiro em Brasília, o programa visa à integração da gestante e da família em todo processo gravídico-

puerperal, por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014).

O pré-natal tradicional se ocupa prioritariamente das questões fisiológicas da gestação, com sua maior preocupação voltada para a saúde física da mãe e do bebê, o pré-natal psicológico, que ainda é pouco difundido, tem por objetivo minimizar a lacuna referente a integralidade existente nesse período e permitir um atendimento ampliado para a mãe-pai-bebê. Trata-se de uma abordagem terapêutica preventiva, que tem a finalidade de acompanhar as gestantes e casais grávidos, oferecer apoio emocional, orientar para o trabalho de parto e, para questões mais complexas que podem surgir no período gravídico-puerperal (ARRAIS; CABRAL e MARTINS, 2012).

Complementar ao pré-natal tradicional, tem caráter psicoterapêutico, oferece apoio emocional, discute soluções para dificuldades que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à mal formação fetal, o medo do parto e da dor, os transtornos psicossomáticos, os transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, os conflitos conjugais, o ciúme dos demais filhos, o planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (ARRAIS, CABRAL e MARTINS, 2012).

Diante das evidências das repercussões da Depressão Pós-Parto para a interação familiar e das transformações inerentes ao processo de construção da maternidade, é muito importante que os psicoterapeutas e demais profissionais da saúde atentem cada vez mais para a necessidade de intervir precocemente nessas situações. Nesse sentido, a escuta das representações maternas torna-se imprescindível para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenções voltadas para a interação familiar (SOUSA; PRADO e PICCININI, 2011).



## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que se dirige “à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais” (FLICK, 2016). Para Minayo, esse tipo de pesquisa atua como a matéria-prima das vivências, das experiências, cotidianidade e, também, analisa as estruturas e as instituições como ação humana objetivada (MINAYO, 2016).

Esta abordagem trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Segundo a autora, esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano interpreta suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2016).

A caracterização exploratória descritiva deste estudo permitiu à pesquisadora ampliar o conhecimento relativo à experiência dos profissionais das ESFs quanto a DPP. Os estudos exploratórios visam compreender o problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Já, a pesquisa descritiva busca a resolução de problemas para melhorar as práticas, por meio da análise e descrição objetiva, utilizando-se de instrumentos para a padronização de técnicas e validação do conteúdo. Nela, não há interferência do pesquisador, pois essa busca somente perceber, com o necessário cuidado, a forma e a frequência com que o fenômeno acontece (DITTRICH e LEOPARDI, 2015). O presente estudo encontra-se vinculado ao macro-projeto de pesquisa intitulado: **“Detecção precoce da Depressão Pós-Parto: Promoção da Saúde da Família”** realizado no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental (GEPESM).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município do Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul, localizado na planície costeira, com uma área de 2.709,522 Km<sup>2</sup>. Segundo dados do IBGE sua população é de 197.228 habitantes (IBGE, 2015).

O estudo ocorreu em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), as quais se encontram situadas nos bairros: Castelo Branco I, Cidade de Águeda, São João e São Miguel. Essas Unidades seguem as diretrizes e normas propostas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 08 médicos, 09 enfermeiros e 17 agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais atuam em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família de Rio Grande, locais onde se encontrou maior número de puérperas com escore positivo para DPP, a partir da aplicação da escala no pós-parto imediato, nas maternidades deste município.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: não estar de licença saúde ou férias no período da coleta dos dados e expressar concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos todos os sujeitos que não se enquadram nos critérios de inclusão, ou seja, estar de licença saúde ou férias no período de coleta e não expressar a concordância em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para ilustrar os participantes, segue-se a relação das Unidades Básicas de Saúde com o respectivo número de profissionais. Optou-se por discriminar as UBSF I, II, III e IV, a fim de preservar os nomes das instituições.

Quadro 1 - Número de profissionais por unidade pesquisada. Rio Grande, RS, Brasil, 2017

<b>Profissional</b>	<b>UBSF I</b>	<b>UBSF II</b>	<b>UBSF III</b>	<b>UBSF IV</b>
Enfermeiro	3	2	1	3
Médico	2	2	2	2
Agente Comunitário	3	4	6	4

No que se refere a características dos sujeitos, trinta e três profissionais eram do sexo feminino e apenas um profissional do sexo masculino. Em relação ao tempo de atuação profissional, a média foi entre um ano e meio e 26 anos e o tempo de trabalho nas unidades variou de 7 dias a 15 anos.

#### 4.4 COLETAS DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, composta por questões que visaram caracterizar os participantes do estudo, bem como a forma de preparo e intervenções dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família frente à depressão pós-parto (Apêndice A).

Segundo Triviños (2015), a entrevista semiestruturada se constitui em um diálogo vivo entre os participantes, os quais procuram a construção de um conhecimento relativamente comum para a realidade pessoal e coletiva. Nesse sentido, é importante que o pesquisador favoreça este momento de intimidade, planejando a entrevista e estabelecendo um ambiente de confiança e harmonia (TRIVIÑOS, 2015).

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a setembro de 2016 e foi realizada pelas bolsistas do projeto, as quais foram capacitadas pela coordenadora da pesquisa para exercerem tal atividade. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes.

#### 4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin (2011), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações. Esta se compõe de três fases distintas, a primeira chamada de pré-análise que consiste na organização das ideias iniciais, a fim de operacionalizar e sistematizar os dados com a retomada dos objetivos da pesquisa em relação ao material coletado; inclui também a leitura flutuante, a qual proporciona um contato preciso com o conteúdo a ser analisado; ea constituição do corpus que envolve a organização do material, respeitando as regras como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e, posteriormente, a elaboração das categorias (BARDIN, 2011).

Na segunda fase foi realizada a exploração do material, o qual foi categorizado a partir das características mais relevantes encontradas no texto elaborado a partir dos discursos dos participantes por meio da entrevista. E, a última fase, contempla a interpretação e discussão dos dados.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve parecer favorável para sua execução por intermédio do Comitê de Ética em Pesquisa da FURG sob CAAE: 52761515.0.0000.5324 (Anexo A), e, após aprovação pelo Núcleo Municipal de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde com o parecer de Nº 81/2013 (Anexo B). Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Os profissionais foram informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Logo após a aprovação das instituições mencionadas no parágrafo anterior, as bolsistas entraram em contato com os participantes do estudo, convidando-os para participarem do mesmo, esclareceram os objetivos e a metodologia, e solicitaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para gravarem as entrevistas.

Para preservar a identidade dos participantes, os discursos foram identificados pela letra “ENF” para enfermeiro e da letra “MED” para médico e “ACS” para os Agentes Comunitários de Saúde seguido do numeral arábico correspondente à ordem da entrevista.

## 5. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados dois artigos que compuseram os resultados dessa dissertação. O primeiro artigo intitula-se “Preparo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para detectar a depressão pós-parto por meio da Educação Permanente”. Sua elaboração seguiu as normas da revista Cogitare Enfermagem (Qualis B1) disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/diretrizes-autores/>. O segundo artigo, intitulado “Intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família com a mulher com depressão pós-parto, o bebê e a família” segue as normas da Revista Escola de Enfermagem da USP – REEUSP (Qualis A2). As normas encontram-se disponíveis em: <http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1420/2094/147>

## 5.1 ARTIGO 1

**PREPARO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA  
DETECTAR A DEPRESSÃO PÓS-PARTO POR MEIO DA EDUCAÇÃO  
PERMANENTE<sup>1</sup>**

Carmen Luiza da Silva Gonçalves<sup>1</sup>; Adriane Maria Netto de Oliveira<sup>2</sup>, Giovana Calcagno Gomes<sup>3</sup>, Mara Regina Santos da Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Anhanguera. Rio Grande – RS – Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande – RS – Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande – RS – Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande – RS – Brasil.

**Artigo de pesquisa****Autor Correspondente:**

Adriane Maria Netto de Oliveira  
Rua Visconde de Paranaguá 102 Centro.  
CEP: 96203-900 – Rio Grande – RS – Brasil  
E-mail: [adrianenet@vetorial.net](mailto:adrianenet@vetorial.net)  
Telefone: (53) 32338855

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação intitulada: Preparo e intervenções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente à depressão pós-parto. Universidade Federal do Rio Grande - FURG, 2017.

## **PREPARO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA DETECTAR A DEPRESSÃO PÓS-PARTO POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE**

### **RESUMO:**

Estudo de abordagem qualitativa e exploratória descritiva, que teve por objetivo conhecer o preparo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para atuarem frente à detecção e intervenção da depressão pós-parto por meio da educação permanente. Foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no período de junho a setembro de 2016, mediante entrevista semiestruturada. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), sob o CAEE 71127817.9.000.5324. Mediante análise temática dos dados, constatou-se que a educação permanente é um importante instrumento para a capacitação dos profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família, os quais reconhecem a necessidade deste preparo para atuarem de forma mais eficaz com as gestantes e puérperas com depressão, a fim de promoverem a saúde da família.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Depressão pós-parto; Estratégia saúde da família.

### **INTRODUÇÃO**

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um problema de saúde frequente em mulheres durante o período puerperal, podendo se iniciar entre as primeiras quatro semanas e se prolongar até um ano após o nascimento do bebê. É considerada um grave problema de saúde pública, devido sua alta prevalência, que varia de 10 a 20%, dependendo da região e dos instrumentos de mensuração utilizados<sup>1</sup>.

Dentre as principais manifestações clínicas, a DPP apresenta sintomas de tristeza duradoura, perda do prazer, choro fácil, apatia, alterações do apetite, distúrbios do sono,

fadiga, irritabilidade, hipocondria, dificuldade de concentração e memorização, redução do interesse sexual e ideação suicida<sup>2</sup>.

As alterações dessa psicopatologia podem trazer consequências para o vínculo mãe-bebê e para o desenvolvimento normativo da criança, como evidenciados pelos pesquisadores, os quais referem que crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chance para desenvolver desordens emocionais e comportamentais quando comparadas com 8% de filhos de mães não deprimidas<sup>3</sup>. Igualmente, o contato com mães deprimidas, no primeiro ano de vida é responsável pela baixa habilidade cognitiva da criança até os quatro anos de idade.

Outra consequência em decorrência da DPP é o risco aumentado da tentativa de suicídio<sup>2</sup>. O diagnóstico de depressão acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva, o mesmo compreende a fase desde o comportamento suicida que é acometido pela sua ideação até a tentativa ou suicídio consumado, podendo alcançar até ¼ da população de gestantes e/ou puérperas<sup>2</sup>.

Logo, torna-se imprescindível aos profissionais de saúde a detecção precoce e o auxílio no enfrentamento dessa doença. Vale destacar que, no contexto brasileiro, os profissionais da atenção primária em saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) encontram-se em situação favorável para contribuírem no enfrentamento dessa patologia, uma vez que acompanham a maioria das mulheres desde a gestação até o pós-parto, tendo, assim, maior facilidade para identificarem os fatores ou condições relacionadas aos riscos do desenvolvimento da DPP, bem como, agravos à saúde da mulher e seu conceito<sup>1</sup>.

É importante destacar que há necessidade de ser realizada a capacitação da equipe multiprofissional de saúde acerca da DPP, para que desenvolvam novas práticas, competências, habilidades e se constituam em sujeitos comprometidos com a equidade do cuidado, do acesso e da cidadania, rompendo com o modelo biomédico, por meio de



processos educativos que promovam práticas profissionais organizadas, a partir das necessidades da população<sup>4</sup>.

A fim de detectar a DPP, tão logo seja possível, os profissionais buscam capacitar-se através de cursos e de instrumentos que auxiliam nesta prática, a exemplo da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) sendo esta uma das ferramentas mais utilizadas nos estudos referentes à detecção dos sintomas depressivos nas puérperas, pois além de ser de fácil aplicação, funciona como uma efetiva triagem. Sua utilização permite identificar os sintomas depressivos desde as primeiras manifestações, podendo ser aplicada em qualquer momento do período gestacional, sendo ideal durante o início do pré-natal. No entanto, caso isso não tenha ocorrido, pode-se ainda aplicá-la, a partir do momento em que a mulher está na unidade de internação obstétrica para que seja possível viabilizar o planejamento das ações de cuidado, caso apresente os sintomas da doença<sup>5</sup>.

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de qualificação dos serviços de saúde, por meio de ações intencionais e planejadas para fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas da equipe multiprofissional. Visa a melhoria do indivíduo e, nem sempre se traduz em aprendizagem organizacional que se transfira para a ação coletiva. Neste contexto, a formação de facilitadores/ativadores no âmbito do Ministério da Saúde (MS) ganha destaque no processo, uma vez que a ação valoriza e reconhece o saber do trabalhador da área da saúde, atuando como um orientador/catalisador do método de aprendizagem e difusão do conhecimento em atividades educativas<sup>6</sup>.

Neste processo, o facilitador da Educação Permanente em Saúde assume a função de acompanhar, estimular, facilitar a reflexão crítica sobre as diversas dinâmicas de trabalho das equipes que operam no Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis, com o objetivo de contribuir na qualificação dos processos de gestão e de atenção<sup>7</sup>.

Sendo assim, as práticas de gestão e atenção à saúde desenvolvidas no país, demonstram um distanciamento da formação de seus trabalhadores com relação às reais necessidades do SUS, o que aumenta as dificuldades em prover, de forma adequada e com qualidade as ações e os serviços realizados para os cidadãos brasileiros. Nesta perspectiva, o MS propõe fortalecer a EPS como norteador de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa, a partir dos desafios identificados pelas equipes no cotidiano de trabalho<sup>8</sup>.

Evidencia-se que “Educar” “no” e “para” o trabalho é pressuposto da proposta em EPS, sendo esta, um instrumento para transformar o profissional da saúde em um profundo conhecedor da realidade local, apto para promover mudanças articuladas entre si, a partir da problematização das realidades nos diversos seguimentos. No entanto, observamos a necessidade de articular as experiências e transformações da EPS nos serviços com as mudanças estruturais e pedagógicas das instituições de ensino e formação. É imprescindível a articulação ensino-serviço, pois o saber posterior e a formação acadêmica do trabalhador da saúde se concretiza privilegiadamente pelo trabalho<sup>9</sup>.

Esse modelo favorece a construção coletiva e individual do conhecimento, possibilitando uma visão crítica e reflexiva da realidade, no qual o profissional da área da saúde, em especial o enfermeiro, tem um papel importante na corresponsabilização e capacitação para a construção do empoderamento, principalmente àqueles relacionados à saúde<sup>10</sup>.

O enfermeiro vem contribuindo com seu conhecimento técnico-científico como gerente/supervisor e líder de equipe. Em seu contexto histórico, emerge como líder da equipe em virtude de possuir ou por ter desenvolvido durante a sua formação acadêmica e profissional uma visão ampliada dos sistemas “ser humano”, “cuidado” e “saúde”, para além do que é visível, articulando os saberes e ações necessárias para oferecer uma assistência de

qualidade<sup>11</sup>. Na articulação do trabalho do enfermeiro, a EPS tem um significado especial, uma vez que, ao promover o repensar das práticas, favorece a participação na tomada de decisão e a articulação entre o trabalho dos membros das equipes de saúde e de enfermagem<sup>12</sup>.

O presente estudo apoiou-se na seguinte **questão norteadora**: qual o preparo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para realizarem intervenções com puérperas que manifestam sinais e sintomas da depressão pós-parto, por meio da educação permanente?

O **objetivo** deste trabalho foi conhecer o preparo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para atuarem frente à detecção e intervenção da depressão pós-parto por meio da educação permanente.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva. Os locais do estudo foram quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), situadas em diferentes bairros da periferia do município. Participaram 09 enfermeiros, 08 médicos e 17 agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados de junho a setembro de 2016, por meio da entrevista semiestruturada.

Os mesmos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática<sup>13</sup>, a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para a análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, sendo portanto, uma técnica de pesquisa que visa a descrição do conteúdo manifesto da comunicação de maneira objetiva e sistemática. É composta por três fases: pré-exploração do material ou de leituras flutuantes; seleção das unidades de análise e processo de categorização e sub-categorização.

Os aspectos éticos seguiram a resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relativo às pesquisas envolvendo seres humanos e a pesquisa teve seu início após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade

Federal do Rio Grande (CEPAS) sob o CAAE 71127817.9.000.5324. Todos os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa, bem como informados acerca das etapas a serem realizadas e, posteriormente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). De modo a preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra MED (Médicos), ENF (Enfermeiros) e ACS (Agentes Comunitários de Saúde), acompanhado pelo respectivo número da entrevista.

## **RESULTADOS**

No que se refere as características dos sujeitos, trinta e três profissionais eram do sexo feminino e um profissional do sexo masculino. Em relação ao tempo de formação profissional, a média foi entre 1 ano e meio e 26 anos e o tempo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família variou de 7 dias a 15 anos.

### **Percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família quanto à importância das ações de educação permanente frente à depressão pós-parto**

Nesta categoria os profissionais referem a importância da qualificação sobre a temática da depressão pós-parto, mostrando a necessidade de um processo de educação permanente.

*Capacitações seriam muito válidas, porque a gente nunca teve nenhuma. A depressão é uma coisa muito séria e a maioria das pessoas não vêem dessa forma. Quando o médico fala algo sobre depressão, a própria pessoa se menospreza. É um caso que não pode ser menosprezado, é muito sério. É uma coisa muito íntima, porque a pessoa se fecha e tem que trabalhar muito pra detectar e fazer a pessoa enxergar. Pra mim a depressão... a pessoa tem que enxergar, como outra doença qualquer (ACS5 - UBSF2).*

A valorização da capacitação dos profissionais foi uma das ações julgadas por parte dos entrevistados como importante, já que a tomada de decisão em relação ao diagnóstico, atendimento e encaminhamento requer o conhecimento do profissional sobre o tema. Nesse

sentido, possivelmente estejam mais sensibilizados para o reconhecimento de que é uma doença grave e que precisa ser diagnosticada e encaminhada.

A criação de espaços coletivos construídos para troca de saberes, reflexões e avaliações foram descritos pelos profissionais como importantes e sinalizam a possibilidade desse contexto como uma forma de abordar o tema.

*A gente está sempre em educação permanente na unidade todas as quartas-feiras, depois da reunião sempre tem um tema que a gente fala e a gente fala muito em gestantes, isso com a enfermeira e com a médica. Nunca passei por nenhuma capacitação sobre depressão pós-parto, mas já se falou a respeito” (ACS4 - UBSF4).*

Somado a falta de capacitações dos profissionais, a utilização de recursos e instrumentos que auxiliam na detecção da depressão pós-parto também é destacado neste estudo.

*Um questionário viria muito a agregar no nosso trabalho, ajudaria muito (ACS5 - UBSF2).*

*Eu acho importante que tivesse um instrumento, até mesmo nas consultas de pré-natal, para que detecte o mais cedo possível, não que seja depois que já ganhou o bebê. Porque elas vêm apresentando a depressão já antes mesmo de ganhar o bebê. A gente não tem esse instrumento aqui no posto (ACS4 - UBSF2).*

*Um instrumento auxiliaria, mas, além disso, são necessárias a percepção e a escuta e não apenas o instrumento (ACS1 - UBSF4).*

Percebe-se no relato dos profissionais, que apenas a existência de um instrumento, por si só não é suficientemente eficaz para detectar a depressão pós-parto. De acordo com ACS1 é preciso que os profissionais tenham uma percepção aguçada e disponibilidade para a escuta sensível e compreensiva. Entretanto, sabe-se que a escuta profissional ainda é muito limitada, uma vez que os profissionais se reconhecem despreparados para lidarem com a depressão pós-parto devido à falta de capacitação.

### **Aspectos valorizados pelos profissionais da Estratégia saúde da Família na educação permanente para capacitar-se para a atuação frente à depressão pós-parto**

Nesta categoria, destacam-se os aspectos valorizados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na educação permanente. As falas mostram a relevância de investir em espaços educativos como facilitadores para o encontro dos profissionais, a fim de adquirirem o conhecimento técnico-científico específico relativo à DPP, para que possam compreender de modo eficaz as vivências das gestantes e puérperas, bem como identificar os sinais e sintomas da doença, propiciando assim, a implementação de novas intervenções, tanto no pré-natal, como no puerpério, para qualificarem o cuidado prestado e poderem atender as necessidades dessas mulheres.

*Acho muito bom o trabalho que está sendo desenvolvido sobre depressão pós-parto, pois esse assunto me ajudou a refletir e ver que muitas coisas devem passar despercebidas pela falta de preparo e capacitação para lidar com a depressão, a unidade atende em média 5.500 pessoas com apenas uma enfermeira e uma médica, se houvesse uma capacitação para a depressão pós-parto para os profissionais da unidade isso melhoraria e muito o nosso trabalho (ENF1 - UBSF2).*

Além da capacitação, a utilização de um instrumento é considerado pelos profissionais como uma metodologia que possibilitaria melhor identificação e conseqüentemente encaminhamento dos casos.

*Acho que sim, porque às vezes elas não falam sobre os sintomas, um questionário é mais fácil(ACS2 - UBSF3).*

*Sim é importante, pois a consulta de puerpério é realizada mensalmente e com essa distância de tempo pode não ser possível identificar sinais e sintomas de depressão. Assim, os agentes comunitários podem identificar melhor esses sinais relacionados à depressão pós-parto devido à maior proximidade junto à comunidade. Um instrumento de avaliação da depressão pós-parto ajudaria, pois seria uma forma de orientar a detecção de depressão pós-parto visto que não há esse preparo (ENF1 - UBSF2).*

A partir dos relatos dos profissionais percebe-se que não há a disponibilização de um instrumento que possa avaliar os sinais e sintomas da DPP nas ESFs. Tal situação revela que

estes, além de não terem meios para fazerem esta detecção de forma adequada, também desconhecem as intervenções que devem realizar com estas mulheres. Os participantes sua maioria, não sabiam que existe a Escala de Edimburgo e que pode ser implementada na Rede de Atenção Básica (RAB), em função da fácil aplicação, do baixo custo, sendo inclusive, autoaplicável, portanto, não exige um trabalho extra dos profissionais da saúde, em termos de tempo.

## **DISCUSSÃO**

As experiências na gestação, no parto e no puerpério influenciam de maneira significativa a saúde mental das mulheres, sobretudo, no período pós-natal, que é considerado uma das fases de transição do ciclo vital, cuja manifestação clínica dos transtornos mentais podem ser mais frequentes, como a depressão pós-parto<sup>14</sup>.

Considerando o crescente aumento da doença, principalmente em uma faixa etária produtiva da vida, acredita-se que os profissionais da saúde necessitam não somente estar habilitados em manejar com esta psicopatologia, a fim de manter e/ou recuperar a saúde da mulher, mas também estarem capacitados para enfrentar o problema.

Mesmo após a confirmação do diagnóstico e tratamento adequado para a DPP, torna-se indispensável a avaliação oportuna e integrada da equipe multiprofissional: psiquiatras, psicólogos, obstetras e enfermeiros que atuam no serviço público de saúde, seja na atenção primária ou secundária, por serem estes os principais responsáveis em oferecer o suporte necessário nessa fase tão importante da maternidade<sup>15</sup>.

Para tanto, as equipes de saúde da família devem utilizar estratégias de cuidado com o objetivo de buscarem soluções efetivas, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a mulher, a família e a comunidade. Esse cuidado inclui a construção e aprofundamento

do vínculo, realização do acolhimento e de um espaço para que elas possam manifestar suas dúvidas, emoções e sentimentos<sup>4</sup>.

O estudo apontou a necessidade de capacitação para todos os trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde sobre a DPP, destacando a importância de construir novas práticas, a partir da aquisição de competências e habilidades para que continuem comprometidos com a busca da equidade do cuidado, do acesso e da cidadania. A Política de Educação Permanente em Saúde preconiza a capacitação dos profissionais com habilidades técnicas, fortalecendo o conhecimento, as atitudes e as práticas em seu cotidiano. É parte essencial da estratégia de mudança institucional no processo de trabalho<sup>16</sup>.

Percebe-se, no relato dos profissionais, que estes ainda se encontram centrados no aspecto fisiológico da gestação, mesmo quando parecem identificar alguns aspectos da doença e buscando ter um olhar mais aprofundado em relação às emoções envolvidas, no entanto, ainda é pouco para manejarem de forma adequada e eficaz com a DPP. O principal objetivo da intervenção psicológica é de oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, oferecendo um espaço para que a mãe possa expressar seus medos e ansiedades, além de proporcionar a troca de experiências, descobertas e informações, necessitando assim, a promoção da integridade biopsicossocial da gestante, em que os profissionais da ESF são os principais responsáveis neste processo<sup>17</sup>.

Para ser efetiva, a educação permanente em saúde se utiliza de recursos, instrumentos e principalmente a compreensão da temática, sendo imprescindível sua associação com a prática, a comunicação, a informação e a escuta qualificada<sup>10</sup>. Destaca-se então, que a Escala de Edimburgo é considerada um método eficaz para diagnosticar a Depressão Pós-Parto, visto que é facilmente utilizada, contemplando diferentes níveis socioeconômicos e etnias, e visa detectar precocemente a depressão, através de uma intervenção efetiva e eficaz por parte dos



profissionais que, a partir do conhecimento dos fatores de risco da DPP, poderão planejar e executar ações preventivas seja no nível primário, secundário ou terciário<sup>18</sup>.

O apoio matricial, de acordo com o resultado se apresenta como um dispositivo articulador da rede, promovendo a corresponsabilização das ESF's, objetivando a busca de soluções efetivas e contribuindo na construção de ações de Saúde Mental no território. Portanto, esse apoio expressa uma atividade de atendimento colaborativa e interdisciplinar, onde o profissional especializado realiza atendimento conjunto, facilitando a discussão das problemáticas em equipe para superar as dificuldades encontradas<sup>19</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir de cada realidade, cabe a reflexão de que é imprescindível a articulação da educação e da saúde, tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e instituições formadoras. Faz-se necessário realizar propostas de Educação Permanente em Saúde com profissionais dos serviços e gestores da saúde, bem como, os educadores das instituições de ensino superior inserirem esta temática na formação dos profissionais, a fim de que sejam introjetadas mudanças na estrutura do trabalho e do ensino, possibilitando assim, a qualificação coletiva do profissional que precisa se adequar as mudanças e necessidades frequentes do mercado de trabalho.

Embora os participantes deste estudo mantenham sua atividade profissional na ESF e tenham a oportunidade de ter o contato com as mulheres desde o período gestacional, o foco da assistência pré-natal é por eles relatado como ainda limitado, devido à carência de intervenções e ações, dificultando a detecção da depressão na mulher nestas fases do ciclo vital, realizar intervenções efetivas e encaminhá-las para os dispositivos de saúde especializados.

Para a maioria dos participantes desta pesquisa é necessário rever os métodos utilizados nos serviços de saúde, investindo em um acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, visando garantir a continuidade da avaliação e/ou tratamento no período gestacional, puerperal e após um ano do nascimento do bebê. Tal modo de agir, assegura esclarecimentos e orientações necessárias às mulheres e a família, a fim de torná-las mais seguras para cuidarem de si e do bebê, bem como enfrentarem as dificuldades advindas deste momento de transição. Os familiares também necessitam de informações a fim de poderem ajudá-las, quando estas não se encontram em condições físicas e psíquicas para realizarem tais cuidados.

Todos os participantes consideraram necessário a realização de pesquisas e capacitações por meio da EPS, a fim de qualificá-los para um atendimento com qualidade, eficácia e de maneira mais segura, a partir do conhecimento adquirido, estabelecendo intervenções viáveis para que o sistema de saúde brasileiro possa identificar e tratar as mulheres com DPP no nível da atenção primária, promovendo ações que garantam a prevenção precoce da doença ou de o seu agravamento, por meio da identificação dos fatores de risco que envolvem a puérpera, a criança e sua família.

Nesta perspectiva, a educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Desse modo, as Instituições de Ensino Superior articuladas com os serviços de saúde podem formar um profissional capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, onde o serviço se fortalece com a presença da constante atualização do conhecimento. Assim, a educação permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas, devido à heterogeneidade do público-alvo a quem o trabalho se propõe.

## REFERÊNCIAS

1. Meira B, Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto Contexto –Enferm.* 2015; 24(3): 706-712. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00706.pdf). Acesso em 12 fev 2017.
2. Landim LS, Veloso LS, Azevedo FHC. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. *Rev. Saúde em Foco.* 2014; 1(2): 41-59. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/274/425>. Acesso em 12 fev 2017.
3. Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev. CEFAC.* 2011; 13(6): 1119-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n6/76-10.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
4. Alvares LB, Azevedo GR, Sampaio Netto LF. Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias. *Rev. Fac. Ciênc. Méd* 2015; 17(4): 222-225, dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/25339/pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
5. Carvalho FA, Moraes MLS. Relação entre depressão pós-parto e apoio social: revisão sistemática da literatura. *Psico.* 2014; 45(4): 463-474. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15423/12473>. Acesso em 12 fev 2017.
6. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação

permanente em saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde (Série Pactos pela Saúde), Brasília, v. 9, p. 64, 2009.

7.Cavalcanti YW, Padilha WWN. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 170-180, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0170.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

8.Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Agenda 2014, Brasília, 1. ed., 1. reimpr., p. 120, 2014.

9. Miccas FL, Batista SHS. Educação permanente em saúde: meta-síntese. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

10.Salci MA, et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto Contexto - Enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_27](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27). Acesso em 12 fev 2017.

11.Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(4): 557-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

12. Fagundes NC et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. Rev. Enferm UERJ 2016; 24(1): 1-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a03.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2011; 11(4): 369-79.
15. Sobreira NAS, Pessôa CGO. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. Rev. Enferm. Integrada. 2012; 5(1): 905-18.
16. Menezes FL et al. Depressão puerperal, no âmbito da saúde pública. Saúde, Santa Maria. 2012; 38(1):21-30.  
Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822/3803>. Acesso em 12 fev 2017.
17. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde Soc. 2014; 23(1): 251-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
18. Alfaia JRM, Rodrigues LR, Magalhaes MM. Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós-parto: revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. e Sociedade 2016; 1(1): 1-19.
19. Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. Cad. Saúde Colet. 2013; 21(2): 224-232.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf>. Acesso em 12 fev 2017

## 5.2 ARTIGO 2

**INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO, O BEBÊ E A FAMÍLIA<sup>2</sup>**

Carmen Luiza da Silva Gonçalves<sup>1</sup>, Adriane Maria Netto de Oliveira<sup>2</sup>, Giovana Calcagno Gomes<sup>2</sup>, Mara Regina Santos da Silva<sup>2</sup>, Marta Regina Cesar-Vaz<sup>2</sup>, Francisca Lucélia Ribeiro de Farias<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Anhanguera. Rio Grande – RS – Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Escola de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

**Artigo original****Autor Correspondente:**

Adriane Maria Netto de Oliveira

Rua Visconde de Paranaguá 102 Centro.

CEP: 96203-900 – Rio Grande – RS – Brasil

E-mail: [adrianenet@vetorial.net](mailto:adrianenet@vetorial.net)

Telefone: (53) 32338855

---

<sup>2</sup> Artigo extraído da dissertação intitulada: Preparo e intervenções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente à depressão pós-parto. Universidade Federal do Rio Grande - FURG, 2017.

## INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO, O BEBÊ E A FAMÍLIA

### Resumo:

Objetivou-se identificar as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, com a gestante ou puérpera com depressão pós-parto, com o bebê e sua família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no período de junho a setembro de 2016, mediante entrevista semiestruturada. Após a análise temática, constatou-se a relevância do acompanhamento do pré-natal na detecção precoce dos sinais de depressão e a importância de uma vigilância intensa por parte da equipe de saúde, por serem estes os principais responsáveis em oferecer o suporte necessário nessa fase tão importante da maternidade.

**Descritores:** Enfermagem, Depressão Pós-Parto, Estratégia Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde tem considerado que a manutenção da saúde mental da mulher no período pós-natal é uma importante questão de saúde pública, uma vez que esse momento se constitui em intensa mudança e transição na vida da mesma<sup>1</sup>. A depressão tem prevalência anual, na população em geral, de 3% a 11%, sendo duas a três vezes mais frequente em puérperas<sup>2</sup>. A Depressão Pós-Parto (DPP) pode iniciar entre as quatro primeiras semanas após o parto e, mostrar sinais e sintomas até um ano do bebê<sup>3</sup>. É relevante destacar que a grande variação da prevalência da DPP depende de vários fatores de ordem sócio-demográfica e psicossocial<sup>4</sup>.

Observa-se que, em alguns países como Singapura, Malta, Malásia, Áustria e Dinamarca há poucos relatos sobre DPP, enquanto que, em outros países como o Brasil, Guiana, Costa Rica, Itália, Chile, África do Sul, Taiwan e Coreia, a sua prevalência é maior<sup>3</sup>. O risco de DPP é onze vezes mais frequente em mulheres com baixo status socioeconômico, incluindo baixa escolaridade, baixa renda econômica, ser solteira e estar desempregada, do que naquelas que não apresentam tais fatores de risco<sup>5</sup>.

No Brasil, a DPP tem sido relatada em quase 10% a 20% das mães e pode iniciar a partir do momento do nascimento do bebê ou ser resultado da depressão desde a gravidez, até mesmo anterior a este período. A presença da depressão entre as mulheres obteve maior atenção, não somente pelo aumento da incidência ou distribuição mundial, mas também, pelo

sério impacto negativo de ordem pessoal, no relacionamento familiar e para o desenvolvimento da criança<sup>6</sup>.

No período puerperal podem ocorrer algumas alterações de humor das puérperas, que são denominadas: Tristeza Materna ou *Blues*, Depressão Pós-Parto e Psicose Materna. O que as difere é a duração e a gravidade dos sintomas apresentados. A Tristeza Materna ou *Blues* é um transtorno auto-limitado, com início nas duas primeiras semanas após o parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerado fator de risco para a depressão no primeiro ano após o parto. Já, a Psicose Pós-Parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o nascimento da criança, constituindo-se em uma emergência<sup>7</sup>.

Considerando este enfoque, o Ministério da Saúde define entre as linhas de cuidado prioritárias no âmbito do novo modelo obstétrico vigente, a proposta de qualificar os profissionais para promoverem a atenção humanizada transdisciplinar e sistêmica, no intuito de alcançar a integralidade. Sendo assim, a nova proposta, apresentada pela Rede Cegonha, que dispõe sobre a equipe multidisciplinar para a assistência ao parto e nascimento, aponta para a importância da qualificação, sobretudo do enfermeiro, ao considerar que a assistência, quando realizada por esses profissionais demonstram menores taxas de intervenções bem como, maior satisfação das parturientes e familiares<sup>8</sup>.

Além da Rede Cegonha, outros programas vêm ao encontro da otimização da qualidade da assistência prestada pelas equipes multidisciplinares, bem como, da redução de riscos e danos à população, sendo eles o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o matriciamento ou Apoio Matricial (AM) e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), que contribuem e apoiam as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>9</sup>.

Com base nesse paradigma, destaca-se a relevância do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, de acordo com a Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, a equipe é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, considerando as especificidades e necessidades na atuação de cada equipe<sup>10</sup>.



Desse modo, recomenda-se que haja incentivo na formação e qualificação do maior número de profissionais de enfermagem na condução do parto de risco habitual para se alcançar mudanças nas práticas e rotinas institucionais, uma vez que a organização da instituição reflete-se na atenção e na prática da obstetrícia, sendo estes os pilares do princípio da recursão organizacional. Logo, pode-se afirmar que a partir da união entre o conhecimento das partes e do todo, possibilita-se alcançar a superação da fragmentação das ações e a integralidade da assistência no que concerne, sobretudo, ao parto e nascimento<sup>8</sup>.

Nessa perspectiva, os profissionais da atenção primária em saúde na ESF se encontram em condições favoráveis para contribuir em relação ao enfrentamento da DPP, uma vez que os mesmos fazem o acolhimento, a triagem e acompanham a maioria das mulheres desde a gestação até o puerpério, tendo assim, maior facilidade para identificar fatores ou condições relacionadas aos riscos e agravos à saúde da mulher e do seu bebê<sup>3</sup>.

É importante destacar que, mesmo após a confirmação do diagnóstico e tratamento adequado para a depressão pós-parto é indispensável a avaliação contínua e integrada da equipe multiprofissional: psiquiatras, psicólogos, obstetras e enfermeiros que atuam no serviço público de saúde, seja na atenção primária ou secundária, por serem estes os principais responsáveis em oferecerem o suporte necessário nessa fase tão importante da maternidade<sup>11</sup>.

Embora seja de fácil manejo até mesmo por profissionais da saúde não especializados, a EDPS apresenta limitações que interferem na real frequência da depressão pós-parto podendo superestimar sua ocorrência, uma vez que possibilita perceber o momento em que se encontra a gestante, podendo este modificar-se ao longo do período gestacional e puerperal<sup>12</sup>. Ressalta-se que a fase em que se encontra a mulher é uma variável nos resultados da utilização da escala, uma vez que, com o passar do tempo a mesma tende a modificar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Sendo assim, essa escala, talvez, seja mais eficaz, se aplicada ao longo dos meses de gestação e, após o parto até o primeiro ano de vida do bebê. Considerando que o contexto de vida modifica o tempo todo de acordo com as vivências experienciadas pela mulher, isso também irá influenciar na mensuração dos sinais e nos sintomas da DPP<sup>12</sup>.

Assim como a aplicação de escalas é importante na prevenção e detecção da depressão puerperal, a relação familiar estabelecida com a puérpera é fundamental nesse processo. A DPP pode ser negligenciada pelos familiares, companheiro e, até mesmo pela própria puérpera, em função do desconhecimento da doença. Estes podem entender os sintomas

apresentados como natural no processo puerperal, associando-os a cobrança das tarefas domésticas e aos cuidados com o bebê. Assim, as mulheres apresentam também, a preocupação de não conseguir conciliar o ser uma boa mãe e esposa, devido ao receio em função das mudanças físicas que podem interferir na sua autoimagem e autoestima, bem como a retomada de suas atividades diárias, incluindo sua vida profissional<sup>13</sup>.

Contudo, tais modificações não ocorrem apenas com a mulher, mas também com os indivíduos ao seu redor. O funcionamento familiar pode ser modificado devido às condições de sofrimento e tensão, acarretando desta forma certa desorganização na sua dinâmica, tendo em vista que o comportamento de cada membro vai precisar ser adaptado em função das novas demandas e necessidades da mulher, bem como das expectativas de um indivíduo em relação ao outro<sup>14</sup>.

A manutenção do bom funcionamento familiar é imprescindível, inclusive, no desenvolvimento saudável da criança, tal afirmação mostra-se relevante ao enfatizar que a primeira referência social e afetiva para a criança é a família, pois é nesse ambiente que ela vivencia suas experiências iniciais e onde são fornecidas diversas possibilidades de atuação frente à sociedade de modo que esta se desenvolva e exerça seu papel como cidadã<sup>15</sup>.

Logo, justifica-se e reforça-se a necessidade do apoio familiar à mulher com DPP, uma vez que os familiares normalmente são as pessoas mais próximas no convívio cotidiano e experenciam, portanto, o reflexo dessa doença. Os familiares, potencialmente são os representantes de uma base confiável para a manutenção da saúde mental dessa mulher, na medida em que podem ser capazes de auxiliá-la no enfrentamento de situações de estresse, além de estimulá-la no fortalecimento de seu vínculo com o bebê<sup>16</sup>.

A qualidade da interação mãe-bebê é importante para um bom desenvolvimento neurológico, neuroendócrino e psicológico. Assim, a dificuldade da mãe com depressão em promover estímulos adequados e adaptativos que favoreçam o desenvolvimento afetivo e a aquisição da linguagem do filho pode levar a alterações cognitivas, de memória, aprendizado e ocorrerem problemas no padrão da resposta emocional a eventos estressantes<sup>17</sup>. A falha materna de um olhar responsivo em relação ao filho influi negativamente no desenvolvimento das conexões neuronais, podendo provocar alterações na relação de apego, no desenvolvimento motor e mental dos bebês<sup>18</sup>.

O fortalecimento dos laços entre mulheres acometidas pela DPP e, de seus familiares com os profissionais da saúde constitui-se em uma prática de saúde mental, tendo em vista

que esse vínculo pode ser um fator de proteção às famílias expostas à DPP, contribuindo para a superação das dificuldades encontradas<sup>19</sup>.

Sobreira e Pessoa<sup>11</sup> relatam que a maioria dos casos de depressão pós-parto não tem sido detectada e, com isso, permanecem sem tratamento, sendo seu diagnóstico precoce extremamente importante, pois somente dessa forma é possível prevenir possíveis agravos e impactos na qualidade de vida da mãe e para o desenvolvimento saudável do bebê<sup>11</sup>.

O tratamento da DPP constitui-se em um desafio para os profissionais da saúde, apoia-se no uso de medicações e psicoterapia como suas principais estratégias de cuidado<sup>20</sup>. A terapia familiar e de casal tem se mostrado eficaz, uma vez que a mulher com sintomas leves a moderados de depressão prefere tratamento psicoterapêutico devido ao risco de exposição do bebê, principalmente no aleitamento materno, pelos efeitos dos medicamentos. Uma das vantagens da psicoterapia é a ausência de contra-indicações e uma segurança provavelmente maior do que medicações antidepressivas para as nutrizes<sup>21</sup>.

Assim, as equipes de saúde da família devem utilizar estratégias de cuidado com o objetivo de buscar soluções efetivas, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Com isso, verifica-se a necessidade de integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença possui um sofrimento subjetivo. Sob esta ótica os problemas de saúde são, também, de saúde mental<sup>22</sup>.

Estrategicamente essas práticas e instrumentos vêm ao encontro da prevenção e detecção precoce da DPP, podendo ser adjetivadas como possíveis mantenedoras da vida da mulher, pois uma das consequências dessa psicopatologia é o risco aumentado da tentativa de suicídio<sup>23</sup>.

Nesta perspectiva, o estudo teve como objetivo identificar as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, com a gestante ou puérpera com depressão pós-parto, com o bebê e sua família.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Os locais que fizeram parte do mesmo foram quatro Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESFs) situadas em um município no extremo sul do Brasil. Participaram deste estudo 09 enfermeiros, 08 médicos e 17 agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2016, por meio da entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática de Conteúdo proposta por Laurence Bardin<sup>24</sup>, que se define

como um conjunto de técnicas para a análise das comunicações expressas pelos discursos dos participantes. Esta análise compõe-se de três fases distintas: a pré-análise (organização das ideias principais); a segunda (exploração do material) e a terceira (interpretação dos dados).

Os aspectos éticos foram contemplados a partir da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional Saúde (CNS), relativo às pesquisas envolvendo seres humanos e após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS) sob o CAAE 71127817.9.000.5324. Após informações acerca dos objetivos e metodologia da pesquisa, os participantes foram convidados a fazer parte da mesma, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de preservar o anonimato dos profissionais, os mesmos foram identificados com a sigla MED para Médicos, ENF para Enfermeiros e ACS para Agentes Comunitários de Saúde, acompanhada pelo respectivo número da entrevista, juntamente com a Unidade Básica de Saúde (UBSF), também acompanhada do número correspondente.

## **RESULTADOS**

### **Intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família voltadas para a mulher com depressão pós-parto**

As modificações no corpo pela gravidez podem prejudicar a autoimagem feminina e, conseqüentemente se constituir em mais um fator que pode contribuir no desencadeamento da depressão, a qual pode ser manifestada através de outros sinais, tais como os identificados pelo profissional abaixo:

*Esse caso de depressão foi uma paciente bem jovem, de 25 anos, que começou a ficar tristonha, se negava a acompanhar o bebê, não queria amamentar, chorosa, a auto-estima dela caiu muito, ficou depressiva. A mãe dela veio me procurar pra ver o que estava acontecendo. A gente fez uma visita na casa dela, começamos a acompanhar, a psicóloga ajudou e foi necessário até tomar medicação (MED2 - UBSF2).*

O enfermeiro conta com o apoio da equipe multidisciplinar, a qual deve manter o vínculo com a gestante, desde o pré-natal. Este entrelaçamento de condutas e olhares diversificados ocorrem no cotidiano das ESF's, como aponta um Agente Comunitário no discurso abaixo:

*Quando a gente percebe algum sinal ou sintoma de DPP, a primeira coisa que a gente faz é passar o caso para a enfermeira que conversa com a médica, ou nós mesmos falamos com a médica, a gente explica pra ela, ou ela mesma detecta no pré-natal e depois ela só nos passa, pra gente ter um cuidado específico com essa paciente (ACS 4 -UBSF4).*

Ao serem questionados a respeito das consequências da DPP, os participantes relataram a presença do risco de suicídio nas mulheres acometidas pela doença e o quanto tal problema afeta a família de maneira significativa, conforme explicitado na fala a seguir:

*A DPP pode induzir a mãe ao suicídio, aos maus tratos ou não aceitação do bebê, trazendo sofrimento também à família devido a esse transtorno (ACS1 - UBSF2).*

Essa fala evidencia e alerta para a importância do acompanhamento no pré-natal de alto risco e puerpério, devido à probabilidade de, caso tenham depressão, esta possa evoluir para uma psicose pós-parto.

A negligência familiar, muitas vezes acontece em relação à puérpera e, desta na interação com o bebê. A maioria dos participantes evidenciou a ocorrência de negligência por parte da mãe, da família, bem como, a pouca participação do companheiro ou a ausência do mesmo no período pós-natal. Período este, que a puérpera intensifica as mudanças físicas, emocionais e hormonais inerentes à nova condição que, geralmente, são responsáveis também pelo desencadeamento da doença, considerando os múltiplos fatores que a envolve.

*Se a mãe entra em depressão e o marido que é a pessoa mais próxima dela, naquele momento não consegue perceber que aquilo é uma doença, é horrível, porque ela não vai ter ajuda, vai ser tachada como se tivesse fazendo manha. A criança também vai sofrer muito porque não vai ter aquele carinho que ela necessita, os cuidados que precisa. Pra mulher causa uma tristeza profunda. Quando elas conseguem enxergar que estão em depressão, elas costumam dizer pra gente que vêem uma estrada sem fim, elas vão caminhar e não tem porque caminhar naquela estrada. Elas não enxergam cor, a beleza de tudo aquilo que elas estão vivendo, que é a maternidade (ACS3 - UBSF2).*

A mulher luta contra sua dificuldade ou incapacidade para exercer o papel de mãe e contra os receios relativos à descrição da sua percepção em relação às atitudes daqueles que convivem cotidianamente com ela. A solidão que sente na interação com os familiares, geralmente está atrelada também, a ausência de compreensão dos mesmos no que se refere à manifestação dos seus sentimentos.

*Em relação à mulher, ocorre baixa auto-estima, falta de carinho em relação ao bebê, depressão, tristeza, falta de interação com a família. Em relação à família, a atitude frente à*

*DPP é a não aceitação, pois não a consideram como uma doença e sim como descaso da mãe (ACSI - UBSF3).*

A maioria dos profissionais destaca, neste estudo, que o sofrimento da mãe causa desarmonia familiar, afastando-a do filho, por vivenciar um período que pode provocar intenso sofrimento e, na maioria das vezes, a excessiva irritabilidade dela é mostrada por meio de um comportamento descontrolado, que aumenta a cada dia, levando ao medo de não conseguir mais obter o autocontrole na interação com o bebê, podendo prejudicá-lo seriamente, levando inclusive, aos maus tratos.

*A criança pode sofrer negligência, acho que a mãe tem sofrimento, porque em algum grau ela tem consciência de que deveria ter uma atitude diferente perante a criança e ela não consegue, então ela sofre, e o sofrimento já é uma das consequências (ACS3 - UBSF3).*

*O desfecho pode ser muito ruim, desorganiza a família de um modo integral, para a mulher, as consequências são a falta de auto-cuidado, exposição a situações de risco para a criança: o abandono, privação de necessidades básicas, abalo no desenvolvimento físico, neurocognitivo (ENF1 - UBSF3).*

Percebe-se que o puerpério também deve ser acompanhado pela equipe multidisciplinar da rede de atenção básica, identificando as dificuldades da puérpera para comunicar-se com a família e externalizar seus sentimentos, para que esta possa, de forma eficaz, auxiliá-la em seus enfrentamentos e superação da doença.

### **Intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família voltadas para o bebê**

A partir dos questionamentos a respeito das intervenções e encaminhamentos pelos profissionais da ESF em casos potenciais e/ou diagnosticados de DPP foi possível verificar a importância da identificação dos sinais e sintomas manifestados no período gestacional. Importância esta justificada pelo potencial risco para a prática do aborto, entrega da criança à adoção, bem como para o risco de suicídio. Este problema é aumentado em casos de gravidez indesejada na adolescência, quando os profissionais conseguem identificar a rejeição a partir do comportamento da gestante, como mostra o relato abaixo:

*No caso recente, a menina ficou grávida sem querer. A outra ficou grávida, mas rejeita pela modificação do corpo. Essa é a maneira que a gente identificou: não querer tirar uma foto*

*grávida. Ela é muito vaidosa e está mudando o corpo. Ela não gosta, não quer sair pra rua. A gente está com duas assim. Uma delas pulava e dizia que queria que a criança saísse dela, mas já estão vendo psicólogo pra ela. A intervenção é realizada pelo NASF, igual segue sendo acompanhada pela unidade, mas também pela psicóloga do NASF(ACS4 - UBSF2).*

O reconhecimento da DPP pela mulher e pela família é essencial para que o contexto familiar oferecer uma base segura e o suporte necessários ao bebê, o qual, para que possa ter um desenvolvimento saudável precisa criar um forte vínculo com a mãe e/ou outro cuidador, caso esta se encontre impossibilitada de estabelecer este tipo de envolvimento. Quando o vínculo não é estabelecido, ocorre a rejeição do filho, podendo ocasionar, posteriormente, transtornos mentais na criança. A rejeição, na maioria dos casos, pode levar a um sentimento de culpa por parte dessa mulher que se sente incapaz de assumir o papel familiar e social exigido pela nova condição que se encontra. Porém, mesmo percebendo esta desordem, a mulher com DPP não se sente capaz de modificar a situação, resultando, na maioria das vezes, em problemas para o desenvolvimento do bebê.

*Sim, a depressão gera muitas consequências, uma delas é a rejeição. Às vezes, a família também não leva a sério o que a mãe do bebê está sentindo, acham que é bobagem. Mas uma das principais coisas que eu acho é a rejeição, de tu criar a criança não querendo, não querer amamentar, não cuidar direito do bebê. Vai ser uma criança com problemas de aprendizado, psicológicos. A mãe não vai sair mais da depressão, vai agravar sem tratamento (ACS4 - UBSF2).*

Percebe-se assim, a relevância do acompanhamento à mulher desde o pré-natal, pela equipe multiprofissional da ESF, uma vez que, os diversos profissionais envolvidos neste cenário, apresentam condições para manejar e prevenir o estabelecimento ou agravamento da DPP.

### **Intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família voltadas para a família**

As intervenções e encaminhamentos ocorrem através do diálogo entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, ao considerarem que a DPP acarreta importantes consequências sociais e familiares. Percebe-se que neste contexto é imprescindível inserir a família no tratamento, pois esta se constitui em importante alicerce na prevenção e tratamento da DPP, como aponta a fala deste profissional:

*Tu vê que a pessoa não está bem, daí ela é monitorada pelos agentes de saúde e continuamos acompanhando. A intervenção é realizada a partir do monitoramento da família, acompanhamento da consulta da mãe na unidade, da interação dela com a família. Isso também é realizado nas visitas domiciliares (ENF3 - UBSF4).*

Os discursos dos participantes evidenciam que os aspectos mais importantes para as intervenções e encaminhamentos adequados são pautados no diálogo e envolvimento entre a equipe, para que possam identificar os casos suspeitos ou confirmados. Tal modo de agir entre os profissionais associados ao respeito mútuo, a divisão do trabalho e a busca de soluções conjuntas é imprescindível para a prevenção, detecção precoce e tratamento da doença.

Assim, é fundamental o acompanhamento pelos profissionais da ESF à mãe e à família desde o pré-natal, com maior intensidade aquelas que apresentam fatores de risco ou características da doença, a fim de que exerçam o papel de educadores em saúde e construam um vínculo, bem como, devem manter-se atentos aos problemas biopsicosociais existentes na vida da mulher e/ou na família, a fim de ajudar este grupo social a enfrentar e superar a doença, recuperando, desta forma, a qualidade de vida dessas pessoas.

*A mãe pode até vir a matar o nenê e bater nele; pode levar ao suicídio. A família geralmente não percebe muito e associa que a pessoa que está cansada, porque não dorme bem, que fica atarefada, então não percebe a doença (ACS2 - UBSF2).*

*E a família de uma maneira geral, dependendo do grau de entendimento dessa família, a maioria não entende, acha que é bobagem e então colabora muito pra esse sofrimento aumentar. E exige muito, mas todos sofrem (ACS3 - UBSF3).*

*A família, tem umas que aceitam, outras acham que é bobagem. Dizem: Tive tantos filhos e nunca tive isso, pra mim isso é bobagem (ACS5 - UBSF2).*

*Eu acho que uma vez não detectada, vai ter um sofrimento tanto para mãe quanto para criança, muitas vezes uma rejeição dessa criança, sofrimento psíquico. A criança não é bem estimulada, ela já sofre desde pequena com uma espécie de rejeição. A mulher além de tudo tem o sofrimento psíquico e, muitas vezes, gera uma depressão para o resto da vida. A família sofre junto, o relacionamento do casal é prejudicado, o marido não entende, acha que é alguma frescura, às vezes até o casamento se dissolve (MED2 - UBSF2).*

Percebe-se que a DPP pode ser negligenciada pelos familiares, pelo companheiro e, até mesmo pela própria gestante/puérpera, pois estes podem entender os sintomas apresentados como naturais, principalmente no processo puerperal e, por isso não percebem determinados sinais e sintomas como sendo manifestação da doença.

Portanto, é imprescindível que a família reconheça e saiba manejar com a DPP, através da compreensão sobre os efeitos negativos que a doença acarreta, principalmente no



período puerperal, ajudando assim, a mãe a superar esta fase, pois esta psicopatologia pode levar a uma impossibilidade do exercício parental, devido a mulher apresentar um funcionamento mal adaptativo na interação com a criança, com o companheiro e demais familiares, geralmente ocasionando relações conflituosas, distantes ou, até mesmo, levar a rompimentos.

## **DISCUSSÃO**

Sabe-se que o nascimento de uma criança é um fenômeno natural marcado por intensa expectativa de todos os envolvidos, incluindo assim aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, causando desse modo, certo impacto nas percepções e atitudes das pessoas em relação a este período<sup>25</sup>.

Quando a mulher torna-se gestante, a vida parece girar em torno desta, ou seja, ela e o bebê passam a ser o centro da atenção em saúde e, em função da sua percepção e conduta frente à nova condição do ciclo vital é possível identificar a maior ou menor probabilidade para desencadear a depressão, por isso é imprescindível o conhecimento detalhado da sua história de vida pregressa, a fim de fazer uma avaliação eficaz e resolutiva, caso sejam detectados sinais e sintomas da doença e, a partir daí realizar as intervenções e encaminhamentos adequados.

As modificações que ocorre devido a gestação, pode contribuir para o desenvolvimento da depressão, conforme o relato dos entrevistados, com isso faz-se relevante a atenção a estes casos, pois as mulheres nesta condição tendem a descontinuar a amamentação, cuidam menos delas próprias e do bebê, interagindo menos com o mesmo, podendo levar a um atraso no desenvolvimento da criança<sup>26</sup>.

A avaliação oportuna e integrada da equipe multiprofissional que atua no serviço de saúde é imprescindível, por serem estes os principais responsáveis em oferecerem o suporte necessário nessa fase tão importante da maternidade<sup>25</sup>. Assim sendo, destaca-se a relevância do acompanhamento pré-natal na detecção precoce dos sinais de depressão e de um acompanhamento próximo e contínuo por parte da equipe de saúde.

Durante o pré-natal, o enfermeiro tem o papel fundamental de prevenção e promoção da saúde valendo-se de orientações sobre os cuidados que a mãe deve ter com o bebê, desde seus primeiros momentos de vida, bem como o de estimular o contato mãe-bebê e orientar a importância deste momento para a mulher e para o desenvolvimento saudável da criança<sup>27</sup>.

As intervenções e encaminhamentos ocorrem através do diálogo entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, ao considerarem que a DPP acarreta importantes consequências sociais e familiares. A falta de informação sobre o tema pode gerar expectativas e crenças sobre a nova condição familiar, causando sintomas de ansiedade e depressão, gerando impacto negativo na vida dos envolvidos. Este transtorno pode ser minimizado com o trabalho preventivo da equipe multidisciplinar<sup>28</sup>.

Mesmo reconhecendo a importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no manejo da DPP, percebe-se que a equipe poderia realizar ações junto a gestante e/ou puérpera, a fim de dar continuidade ao cuidado realizado pelos profissionais da área de saúde mental, agilizando a recuperação e qualificando ainda mais o tratamento. No entanto, a maioria dos integrantes dessa pesquisa verbalizou que suas intervenções estão diretamente e prioritariamente relacionadas ao encaminhamento destes casos para os profissionais do NASF.

Em relação às intervenções e encaminhamentos, os agentes comunitários de saúde direcionam a puérpera para o enfermeiro e médico da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e, estes, após avaliação, identificam os casos e os encaminham para o psicólogo e psiquiatra do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os profissionais envolvidos enfatizaram a importância da identificação precoce dos casos, ou seja, preferentemente, ainda, no período do pré-natal, a fim de evitar ou minimizar os efeitos negativos desta psicopatologia.

Destaca-se que a assistência no pré-natal é capaz de proporcionar maior apoio à mulher e à família. A presença de depressão entre as mulheres teve maior atenção, não somente pelo aumento da incidência e sua distribuição mundial, mas também, pelo sério impacto negativo de ordem pessoal no relacionamento familiar e para o desenvolvimento saudável da criança<sup>6</sup>.

Em uma situação como a DPP é comum que o funcionamento familiar seja modificado pela necessidade de enfrentamento dessa condição que acarreta sofrimento e tensão. Fato este que pode levar à desorganização de sua dinâmica, tendo em vista que o comportamento de cada membro vai precisar ser readaptado em função das novas demandas e necessidades da mulher, bem como, das expectativas de um indivíduo em relação a outro<sup>14</sup>.

As alterações dessa psicopatologia podem trazer consequências para o vínculo mãe-bebê e para o desenvolvimento da criança, como já referido anteriormente, pois os filhos de mães deprimidas apresentam mais chance de desenvolver desordens emocionais e comportamentais quando comparados com os de mães não deprimidas<sup>17</sup>.

A DPP afeta todos os membros da família, mesmo indiretamente e em graus variados ocasionando um desequilíbrio na organização da mesma. Provavelmente em função da família não conhecer os problemas advindos da DPP, pode representar um empecilho para o tratamento da mulher, uma vez que não reconhecem os sinais e sintomas manifestados como característicos de uma psicopatologia, atribuindo-os ao cansaço, a preguiça, entre outros adjetivos negativos<sup>4</sup>.

Estudos recentes mostram que os pais demonstram maior envolvimento em cuidados e atividades com a criança, quando as mães apresentam sinais de que necessitam de ajuda. Ressalta-se que durante esse período emergem sentimentos como carência afetiva e expectativas em relação ao cônjuge acentuando assim, a necessidade de valorização e de manifestações de afeto, entre elas, o carinho, imprescindíveis para exercer seu papel como mãe<sup>29</sup>.

A família percebe que, em situações esperadas, como a amamentação, muitas vezes, ocorre o descontrole da mãe, devido ao choro do filho, assim como, a recusa em realizar tal ação. Logo, as dificuldades com a amamentação se constituem como o primeiro dos eventos enfrentados pelas puérperas como algo que provoca um desgaste em sua vida, o qual acaba tornando-se uma obrigação e, por isso, a desmotivação em amamentar, uma vez que tal situação não é prazerosa para ela. Percebe-se o distanciamento físico, o bebê agitado, o desequilíbrio emocional da mãe por meio de crises de choro que se prolongam por semanas e manifestações como o retraimento e isolamento. A expressão da solidão que a mulher experimenta é decorrente, muitas vezes, da dificuldade de se fazer entender pela família e da percepção de que a família não valoriza o que ela sente<sup>30</sup>.

A mulher se percebe em constante desconexão consigo mesma, aprisionada e encurralada pela depressão. Apresenta-se descuidada em relação a sua aparência e abandona os cuidados com a estética corporal que mantinha anteriormente. Começa a apresentar comportamentos agressivos com o filho e demais familiares. Assim, o comportamento agressivo pode se manifestar por meio da violência física e/ou psicológica, independente da idade da criança. A mulher perde o controle de si e, conseqüentemente, na relação com seu bebê, o que acarreta mais problemas de saúde para ambos, tornando o cuidado uma sobrecarga para ela<sup>30</sup>.

Quando a mulher percebe que está sendo agressiva com o filho e, apresentando dificuldades no autocontrole, geralmente busca maneiras para não ficar sozinha com a criança, a fim de protegê-la das suas reações abruptas e inesperadas. O comportamento

agressivo e o descontrole, também se manifestam e se direcionam a outras pessoas da sua convivência, entre elas, o esposo, outros filhos e familiares<sup>30</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo objetivou identificar as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, com a gestante ou puérpera com depressão pós-parto, com o bebê e sua família.

Os dados possibilitaram concluir que, devido ao desconhecimento da doença, a DPP pode ser negligenciada pelos familiares, companheiro e, até mesmo, pela própria puérpera que, muitas vezes, já manifesta sinais e sintomas durante a gestação. O estudo mostrou que as mães deprimidas solicitam e alertam, de alguma forma, que estão necessitando de ajuda, mas, geralmente não a obtêm, pois os membros da família não conseguem identificar as características da doença como problema, tampouco as percebem como prejuízos para a saúde da mãe e para o desenvolvimento saudável da criança.

A sociedade e as famílias, de acordo com o relato dos profissionais participantes da pesquisa ainda não estão efetivamente preparadas para acolherem a pessoa com transtorno mental, pois existem lacunas no que tange ao reconhecimento deste. Por outro lado, a maioria dos profissionais da ESF conhecem várias consequências da DPP para a mulher, a criança e a família, mas parecem não saber que intervenções realizar para ajudar essas pessoas, a fim de promover a saúde de todos, exceto encaminhar para o NASF.

É imprescindível que os profissionais da ESF, além de identificar os sinais e sintomas da doença construam estratégias de cuidado para ajudarem a mulher e a família a enfrentarem este momento, buscando a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Os profissionais que participaram do estudo identificam como intervenção principal o encaminhamento das gestantes e/ou puérperas para o NASF. Alguns mencionam um acompanhamento mais próximo às mulheres que têm DPP, mesmo assim parecem desconhecer o potencial que têm para dar continuidade ao tratamento no próprio território, tanto no pré-natal, como no puerpério.

No que se refere ao conhecimento dos profissionais quanto às consequências da DPP para as mulheres, as crianças e a família este é reconhecido de forma exemplar pela maioria deles. Inclusive conseguem identificar a cronificação da doença, quando a família não compreende o problema, tampouco ajuda a gestante e/ou puérpera que vivencia tal situação.

É preciso ainda, que os profissionais reconheçam a relevância do trabalho de uma equipe multidisciplinar nesses casos, a fim de que possam ampliar o conhecimento no que se refere aos possíveis fatores de risco que podem levar ao desencadeamento de transtornos mentais que prejudicam a relação mãe-bebê. Por isso torna-se importante a atuação eficaz da centralização e descentralização das instituições de saúde envolvidas, bem como, a criação de um espaço na ESF que fortaleça ainda mais o vínculo dos trabalhadores com as gestantes e puérperas, para que se sintam acolhidas e compreendidas frente as suas fragilidades existenciais.

Constatou-se que a Depressão Pós-Parto tem se mostrado um importante problema de saúde pública e que requer a atenção das Políticas Públicas de Saúde da Mulher e de Saúde Mental, as quais devem voltar-se também, para os problemas emocionais que uma gravidez ou o ser mãe podem ocasionar.

É indispensável a necessidade do preparo adequado dos profissionais da ESF para avaliarem as possíveis dificuldades afetivas e em relação a autoimagem durante o atendimento no pré-natal. Tal preparo representa a qualificação do atendimento prestado, a prevenção e a promoção da saúde da família.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations (UN). The millennium development goals report, New York, p. 1-73, 2013. Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%20201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%20201).pdf). Acesso em 12 fev 2017.
2. Costa EF, Santana YS, Santos, ATRA, Martins LAN, Melo EV, Andrade, TM. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. Rev. Assoc. Med. Bras; 2012, 58(1): 53-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100015). Acesso em: 12 fev 2017.
3. Meira B, Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. Texto Contexto –Enferm. 2015; 24(3): 706-712. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00706.pdf). Acesso em 12 fev 2017.
4. Moraes MLS; Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sócio-demográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. Estud. Psicol. 2015; 20(1): 40-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0040.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

5. Goyal D. Clinically identified postpartum depression in asianamerican mothers. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs.* 2012; 41(3):408-416. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318639/>. Acesso em: 12 fev 2017.
6. Shrivastava SR, Shirvastava SR, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: a public health perspective. *J Neurosci Rural Pract.* 2015; 6(1): 116-119. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244771/>. Acesso em 12 fev 2017.
7. Oliveira MJM, Dunningham W. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Rev. Brasil. Neurol. Psiquiatria.* 2015; 19(2): 72-83.
8. Santos FAP et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(4): e20160094. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160094.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
9. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2014.
10. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Política Nacional de Atenção Básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
11. Sobreira NAS, Pessoa CGO. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. *Rev. Enferm. Integrada, Unileste.* 2012; 5(1): 905-918. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/04-assistencia-de-enfermagem-na-deteccao-da-depressao-pos-parto.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
12. ScharDOSIM JM, Heldf E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 159-166. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a21v32n1.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
13. Rodriguez-Travassos F, Féres-Carneiro T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo Psicanal* 2013; 45(1): 111-121. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a08.pdf>. Acesso em: 12 fev 2017.
14. Araújo YB et al. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. *Rev. Bras. Enferm* 2013; 66(5): 675-681. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/06.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
15. Squassoni CE, Matsukura TS, Pinto MPP. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. *Rev. Ter. Ocup. Univ* 2014; 25(1): 27-35.
16. Matão MEL et al. Experiências de familiares na vivência da depressão pós-parto. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011; 1(3):283-293. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/106/190>. Acesso em 12 fev 2017.

17. Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. Rev. CEFAC. 2011; 13(6): 1119-1126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n6/76-10.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
18. Crestani AH et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. Rev. CEFAC. 2012; 14(2): 350-360. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n2/07-10.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
19. Zanca CG et al. Percepção do apoio social de famílias que convivem com a depressão materna. Estud. Psicol. 2013; 18(3): 249-257. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a10.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.
20. Patel SR, Wisner KL. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depress Anxiety*. 2011; 28(7): 589-595. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128653/>. Acesso em 12 fev 2017.
21. Meltzer-brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13(1): 89-100. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181972/>. Acesso em 12 fev 2017.
22. Amarante AL et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto - Enferm*. 2011; 20(1): 85-93. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20-085.pdf>. Acesso em 12 fev 2017
23. Landim LS, Veloso LS, Azevedo FHC. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. *Rev. Saúde em Foco*. 2014; 1(2): 41-59. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/274/425>. Acesso em 12 fev 2017.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
25. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development* 2011; 33(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819576/>. Acesso em 12 fev 2017.
26. Júnior JR, et al. Parto cesárea é fator de risco para depressão pós-parto? *Rev. Debates Psiquiatria* 2015; 5(1): 38-42. Disponível em: [http://abp.org.br/rdp15/04/RDP\\_4\\_6.pdf](http://abp.org.br/rdp15/04/RDP_4_6.pdf). Acesso em: 12 fev 2017.
27. Dias LO, Coaracy TMS. Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões. *Rev. Interd*. 2013; 6(4): 205-215. Disponível em: [http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/185/pdf\\_20](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/185/pdf_20). Acesso em 12 fev 2017.
28. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc* 2014; 23(1): 251-264. Acesso em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

29. Alvarenga P et al. As relações entre depressão materna e relatos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. *Temas Psicol.* 2016; 24(3): 911-915. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a08.pdf>. Acesso em 12 fev 2017.

30. Barbosa MAR, Angelo M. Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família. *Enfermería Global* 2016; 15(42): 256-279.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta importantes aspectos relativos à saúde da mãe, da criança e da família, bem como a necessidade do preparo dos profissionais de saúde da Rede Atenção Básica para atuarem com maior eficácia frente a DPP.

Entende-se que a pesquisa proporcionou a revisão de paradigmas no que tange a conscientização dos profissionais de saúde acerca da importância do conhecimento técnico-científico sobre a complexidade da depressão pós-parto, envolvendo sua sintomatologia, multiplicidade de fatores de risco e suas consequências para a vida da família.

A prevalência significativa de mulheres com sintomas depressivos, tanto na gestação quanto no pós-parto já é reconhecido como um sério problema de saúde pública, o que enfatiza a relevância da capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce da depressão pós-parto, prevenindo os problemas advindo desta psicopatologia.

Portanto, as práticas dos profissionais dirigidas às famílias também demonstram a efetividade resultante do diálogo entre aqueles que atuam na Unidade Básica de Saúde, com o intuito de fortalecê-la através do compartilhamento de saberes, facilitando assim, as relações interpessoais entre os mesmos e os serviços de saúde.

Também foi possível perceber a possibilidade da construção de outros modelos de cuidado a mulher, considerando a integralidade deste, no sentido de ir além das necessidades e/ou problemas físicos manifestados ao longo da gestação e no pós-parto. Pensando em novas estratégias de cuidado pode-se considerar aquelas existentes, no entanto sendo realizadas com outro enfoque, ou seja, buscando conhecer e compreender a existência desta família e sua história de vida.

Ao incluir a família no cuidado, existem práticas de saúde imprescindíveis, como: a visita domiciliar, a educação em saúde, o acolhimento, a escuta atenta para as necessidades, fragilidades e potencialidades deste grupo, a fim de promover sua saúde biopsicossocial.

A partir deste enfoque, a assistência domiciliar passa a ser uma ferramenta que possibilita conhecer a dinâmica familiar, obter informações acerca da sua vida cotidiana, suas condições sócio-econômicas e de saúde, sua vida social, o que facilitará a construção de um projeto terapêutico singular que contemple as necessidades da família, fortalecendo-as para o autocuidado e promoção da saúde.

O estudo mostrou que, a maioria dos profissionais não conseguem identificar ações preventivas em seu cotidiano de trabalho para evitar a ocorrência ou cronificação da DPP, tampouco intervenções que podem ser realizadas a partir do diagnóstico da doença, atribuindo

ao NASF o cuidado emocional das mulheres com DPP. Não vêem o território como uma continuidade do cuidado, uma vez que este deve ser descentralizado, na medida do possível.

As ações de prevenção em seus diversos níveis em relação as gestantes e puérperas representa a possibilidade do estabelecimento da construção de relações positivas entre a mãe e o bebê contribuindo para o seu desenvolvimento saudável.

Devemos considerar as implicações da depressão pós-parto para a família, incluindo o cônjuge, os filhos e os demais membros que a constituem, pois a depressão mobiliza e afeta a todos que convivem com a mulher, a fim de ajudar a família a manejar com a com a doença.

A atuação do psicólogo e demais profissionais que prestam atendimento em Saúde Mental têm demonstrado a importância do seu trabalho frente as situações subjetivas vivenciadas pela mulher em seus contextos, mostrando a complexidade envolvida no atendimento a gestante ou puérpera, visando o seu bem-estar e do bebê. Esses profissionais podem contribuir com a ESF no que se refere a construção de cuidados que podem ser realizados no território e que proporcionem melhor adaptação da mulher na gestação e no pós-parto, incluindo o trabalho da sua autoestima e autoimagem, bem como destacar suas potencialidades e ajuda-la em suas fragilidades quanto ao ser mãe.

A ausência de ações e intervenções integradas dificulta a detecção da doença e o encaminhamento para os serviços de referência, podendo levar ao agravamento da condição clínica da gestante/ puérpera, constituindo-se em um prognóstico desfavorável para todos envolvidos neste contexto.

O estudo mostrou a complexidade do problema, seja por falta da elaboração de protocolos assistenciais que incluam capacitações relativas a depressão na atenção primária, seja pela deficiência da formação dos profissionais de saúde, além do modelo de atenção que não prioriza o modelo psicossocial.

Assim, a Educação Permanente em Saúde, mostra-se como um efetivo recurso formativo que favorece a prática multiprofissional, uma vez que promove a comunicação e interação entre os trabalhadores, imprescindíveis para um processo de trabalho eficaz, priorizando o trabalho em equipe.

Nos serviços de saúde, a implementação das práticas educativas deve ser organizada mediante o planejamento participativo das ações contempladas nos programas de educação, que envolvem levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados.

Enfim, os objetivos da pesquisa foram alcançados. No entanto, ainda existem muitas lacunas na Rede de Atenção Básica a Saúde no que se refere a mudança de paradigma assistencial, o qual ainda é predominantemente biomédico e a comunicação entre os diversos profissionais não é suficientemente forte para que possam atuar de forma conjunta, complementando o cuidado realizado nos serviços especializados.

## 7.REFERÊNCIAS

- ALVARES, L. B., AZEVEDO, G. R. de e SAMPAIO NETO, L. F. de. Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 222-225, dez. 2015.
- AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, mar. 2011.
- ARRAIS, A. da R.; CABRAL, D. S. R. e MARTINS, M. H. de F. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro Rev. Psicol.**, Brasília, v. 15, n. 22, p. 53-76, set. 2012.
- ARRAIS, A. da R.; MOURÃO, M. A. e FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, mar. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, São Paulo – SP, 2011.
- BEIJERS, R.; BUITELAAR, J. K. e WEERTH, C. de. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. **EurChildAdolescPsychiatry**, v. 23, n. 10, p. 943-956, out. 2014.
- BENUTE, G. R. G. et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 583-587, out. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 32, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, n. 39, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Caderno de Atenção Básica, Brasília, n. 34, 2013.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 10.048, de 08 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que específica e dá outras providências. Brasília, 2000.

BRASIL. **Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569.** Programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.418.** A presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488.** Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia Orientador para a Realização das Capacitações para Executores e Multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para Gestantes.** Brasília, 2013..

BROCCHI, B. S.; BUSSAB, V. S. R. e DAVID, V. Depressão pós-parto e habilidades pragmáticas: comparação entre gêneros de uma população brasileira de baixa renda. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 262-268, set. 2015.

BRUM, E. H. M. de e SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 151-158, mai/ago. 2011.

CARLESSO, J. P. P. e SOUZA, A. P. R. de. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, dez. 2011.

CARVALHO, L. da S. et al. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, Natal, v. 31, n. 2, p. 166-171, fev. 2013.

CORREIA, V. R.; BARROS, S. e COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

COSTA, E. F. de O. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 53-59, fev. 2012.

COUTINHO, M. E. M. et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Rev. Bras. Neurol. Psiquiatr.**, v. 19, n. 1, p. 49-57, jan/abr. 2015.

CRESTANI, A. H. et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 350-360, abr. 2012.

CUNHA, G. T. e CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

DELFINI, P. S. de S. e REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

DITTRICH, G. e LEOPARDI, M. T. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos Fotográficos**, Londrina, v. 11, n. 18, p. 97-117, jan/jul. 2015.

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M. e SILVA FILHO, H. C. da. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 71-75, jul. 2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª Edição, Editora Penso, 2016.

FRIZZO, G. B. et al. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de “honorável fachada” em dois casos clínicos. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 133-155, fev. 2011.

FRIZZO, G. B. e PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 351-360, out. 2012.

GAZIGNATO, E. C. da S. e SILVA, C. R. de C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, jun. 2014.

GOYAL, D. et al. Clinically identified postpartum depression in asianamerican mothers. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 41, n. 3, p.408-416, mai/jun. 2012.

GUSMÃO, L. V. N. As polaridades do feminismo na contemporaneidade e a depressão pós-parto: uma visão gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, p. 308-321, out. 2014.

HIRDES, A. e SILVA, M. K. da R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.1 02, p. 582-592, set. 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.2015.

JÚNIOR, J. R. et al. Parto cesárea é fator de risco para depressão pós-parto? **Rev. Debates Psiquiatria**, São Paulo, n. 5, p. 38-42, jul/ago. 2015.

LANDIM, L. dos S., VELOSO, L. de S. e AZEVEDO, F. H. C. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 41-59, ago/dez. 2014.

LOBATO, G.; MORAES, C. L. e REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, dez. 2011.

MACHADO, D. K. de S. e CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-232, jun. 2013.

MATÃO, M. E. L. et al. Experiências de familiares na vivência da depressão pós-parto.**R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 3, p. 283-293, jul/set. 2011.

MEIRA, B. de M. et al. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **TextoContexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 706-712, set. 2015.

MELTZER-BRODY, S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum.**Dialogues ClinNeurosci.**, v. 13, n. 1, p. 89-100, mar. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª Edição, Brasília – DF, 2011.

MENEZES, F. L. et al. Depressão puerperal, no âmbito da saúde pública. **Saúde**, Santa Maria, v. 38, n. 1, p. 21-30, ago. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32ª Edição, Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2016.

MORAES, M. H. C. de e CRESPALDI, M. C. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças – Psicol. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-67, jan/dez. 2011.

- MORAIS, A. P. P. e TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, mar. 2012.
- MORAIS, M. de L. S. e. et al. Fatores psicossociais e sócio-demográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estud. Psicol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 40-49, jan/mar. 2015.
- NASCIMENTO, A. de F. S. et al. **Atuação do enfermeiro frente ao atendimento integral às gestantes: visão preventiva para a depressão pós-parto.** p. 4-18, 2013.
- PATEL, S. R. e WISNER, K. L. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. **Depress Anxiety**, v. 28, n. 7, p. 589-595, jul. 2011.
- PICCININI, C. A. **A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê.** 3ª Edição Atual, São Paulo – SP, 2011.
- RODRIGUES, O. M. P. R e SCHIAVO, R. de A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, set. 2011.
- SAMPAIO NETO, L. F. de e ALVARES, L. B. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 180-183, fev. 2013.
- SCHARDOSIM, J. M. e HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 159-166, mar. 2011.
- SHRIVASTAVA, S. R.; SHRIVASTAVA, P. S. e RAMASAMY, J. Antenatalandpostnataldepression: a publichealth perspective. **J Neurosci Rural Pract.**, v. 6, n. 1, p. 116-119, jan/mar. 2015.
- SILVA, E. M. et al. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. **Rev. Pesq. – Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3991-4003, jan/mar. 2016.
- SILVA, M. M. de J. et al. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. **Rev. Enferm.**, Recife, v. 9, n. 7, p. 9027-9037, ago. 2015.
- SOBREIRA, N. A. S. e PESSÔA, C. G. de O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Rev. Enferm. Integrada**, Unileste, v. 5, n. 1, p. 905-918, jul/ago. 2012.



SOUSA, D. D. de.; PRADO, L. C. e PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 335-343, nov. 2011.

TAVARES, R. S. e SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 14-21, set. 2013.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto.** Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde), Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** Atlas, São Paulo – SP, 2015.

UNITED NATIONS. **The millennium development goals report**, New York, p. 1-73, 2013.

VALENÇA, C. N. e GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na Estratégia Saúde da Família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr/jun. 2011.

WETZEL, C. et al. O matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm.**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1702-1708, jun. 2014.

## ANEXO A

### Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE - FURG



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família

**Pesquisador:** Adriane Maria Netto de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71127817.9.0000.5324

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande - FURG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.175.453

##### Apresentação do Projeto:

objetivo deste estudo é estimar a prevalência da Depressão Pós-Parto e aprofundar o conhecimento acerca das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde das maternidades e da Estratégia de Saúde da Família, frente ao reconhecimento dos sinais e sintomas desta doença. É um estudo de abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, multicêntrico, que envolverá dois municípios do Rio Grande do Sul e um município de Santa Catarina. Para viabilizar as diferentes dimensões do objeto desse estudo, a proposta está dividida em duas etapas: a etapa quantitativa será desenvolvida por meio da aplicação da Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS), e de um instrumento que possibilitará identificar o perfil sócio-econômico e demográfico das puérperas internadas nas maternidades dos hospitais envolvidos no estudo no período compreendido entre março de 2012 e fevereiro de 2013. Já a etapa qualitativa será desenvolvida com as puérperas que apresentarem sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas para analisar a vivência do puerpério por estas mulheres, as relações da mesma com seu filho e seus familiares, e os fatores associados com a Depressão Pós-Parto; bem como os profissionais de saúde das maternidades e Estratégia de Saúde da Família dos municípios envolvidos a fim de analisar seus conhecimentos e intervenções frente à

**Endereço:** Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário  
**Bairro:** Campus Saúde **CEP:** 96.201-900  
**UF:** RS **Município:** RIO GRANDE  
**Telefone:** (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-8822 **E-mail:** cepas@furg.br

**ANEXO B**  
Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES)

**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

**PARECER: 81/2013**

**17/06/2013**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**Título do projeto: DETECÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO:**

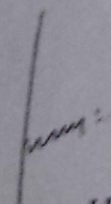
**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Autor: Adriane M Netto de Oliveira**

**PARECER**

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES), decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado.

Para a emissão da carta de apresentação, deverá ser encaminhado ao NEPES o Termo de Compromisso, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde e adequação das UBSFs a serem incluídas no estudo.

  
**Gânther Honscha**  
FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO  
CRF-RS 3483 LAMAC  
Prefeitura Municipal do Rio Grande

## APÊNDICE A

### Roteiro de Entrevista

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MÉDICOS, ENFERMEIROS E AGENTES COMUNITÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CATEGORIA FUNCIONAL: Médico ( ) Enfermeiro ( )

UNIDADE: Maternidade ( ) ESF ( )

TURNO: Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( ) Código de identificação: \_\_\_\_\_

SEXO: Feminino ( ) Masculino ( )

1. Há quantos anos concluiu o curso de graduação? Em qual universidade?
2. Você fez (está fazendo) curso(s) de pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não. Em qual instituição?
3. Se sim, em nível de: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós- Doutorado. Qual(is) a(s) área(s)?
4. Há quanto tempo trabalha na Maternidade/ESF?
5. Existe nessa unidade, algum instrumento que identifique sinais e sintomas da depressão pós-parto? Qual? Como é utilizado? Quem o aplica?
6. Vocês identificam sinais e sintomas de depressão pós-parto, já detectaram algum caso de depressão puerperal? Caso seja identificado, quais as intervenções e/ou encaminhamentos realizados pelos profissionais desta unidade?
7. Você sabe quais são as consequências da depressão pós-parto que não foi detectada, nem tratada adequadamente, para a saúde da mulher, para o desenvolvimento da criança e para a família? Quais são?
8. Você considera que um instrumento de avaliação da depressão pós-parto auxiliaria no encaminhamento para o profissional de saúde mental?
9. Existe um preparo dos profissionais desta unidade, para realizarem intervenções com as puérperas que manifestam sinais e sintomas de depressão pós-parto e sua família, caso esta seja detectada? Que tipo de preparo?
10. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

## APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS, ENFERMEIROS E AGENTES COMUNITÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Vimos por meio deste convidá-lo(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família”, tendo como coordenadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira, da Universidade Federal do Rio Grande, este tem por objetivo estimar a prevalência da depressão pós-parto em puerperas internadas na maternidade dos hospitais do município do Rio Grande/RS e identificar o conhecimento dos profissionais da saúde das Maternidades e Estratégia de Saúde da Família acerca da Depressão Pós-Parto. Os objetivos específicos são: conhecer a prevalência da Depressão Pós-parto nos município do Rio Grande por meio da aplicação da *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) em puérperas internadas nas maternidades; identificar os métodos e intervenções utilizados por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde para a detecção precoce da Depressão Pós-Parto; identificar estratégias e formas de operacionalização do cuidado pelas instituições de saúde envolvidas, que promovam a saúde da família, estimulando suas forças e competências, ao desempenharem a função de proteção, segurança, afetividade, sobrevivência e educação dos seus membros.

A coleta dos dados será realizada utilizando-se a entrevista semi-estruturada que será feita a você. Estamos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida. Asseguramos que todas as informações serão mantidas sob sigilo. Este documento tem por objetivo garantir que serão respeitados os seus direitos de estar informado(a) acerca das fases desta pesquisa.

Os dados coletados ficarão sob nossa responsabilidade e é garantida a liberdade de, a qualquer momento, você retirar o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa; assim como, o caráter confidencial das respostas será mantido, ou seja, os participantes serão identificados através de uma letra. Jamais será usado seu nome e sobrenome original.

Agradecemos sua valiosa colaboração.

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira

Eu, \_\_\_\_\_, pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, declaro que fui informado(a) que serão assegurados os meus direitos, ou seja, o anonimato da minha identidade; minha privacidade; liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos à minha saúde e a garantia de que todos meus questionamentos a respeito dessa pesquisa serão esclarecidos. Este estudo não me causará nenhum tipo de risco, dano físico e/ou psicológico, caso ocorra receberei atendimento dos *Serviços de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde*. Assim sendo, concordo em participar da referida pesquisa e autorizo que a entrevista realizada seja gravada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Participante da Pesquisa**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Entrevistador**

**CONTATOS DA EQUIPE:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira, Coordenadora do Projeto, Fone: (53)32374603. Endereço: General Osório, s/n – Escola de Enfermagem – Área Acadêmica do Hospital Universitário da Furg – Campus Saúde – Centro. Rio Grande/RS. E-mail: [adrianenet@vetorial.net](mailto:adrianenet@vetorial.net).

**NOTA:** Conforme Resolução N° 466/12 do CNS, este consentimento será assinado em duas vias, ficando uma em posse da Coordenadora da Pesquisa e outra com o Participante da Pesquisa.