



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

THALYTA RODRIGUES DE MEDEIROS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO
ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2023**

THALYTA RODRIGUES DE MEDEIROS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO
ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação / Departamento do Curso de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima.

**CAMPINA GRANDE - PB
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M488a Medeiros, Thalyta Rodrigues de.
Atuação do enfermeiro no rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós-parto [manuscrito] / Thalyta Rodrigues de Medeiros. - 2023.
72 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS.

1. Enfermagem. 2. Depressão pós-parto. 3. Pré-natal. I.
Título

21. ed. CDD 610.736 2

THALYTA RODRIGUES DE MEDEIROS

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO
ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação / Departamento do Curso de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

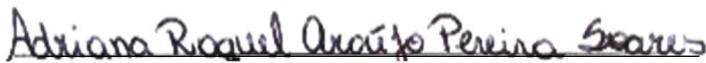
Área de concentração: Saúde Mental.

Aprovada em: 20/11/2023.

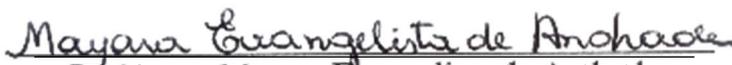
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima.
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Adriana Raquel Araújo Pereira Soares
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Mayara Evangelista de Andrade
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Deus e a minha família,
Dedico esta pesquisa com profunda gratidão. O amor, apoio e incentivo de Carlos, Luciane e Julya ao longo desta jornada tornou tudo possível. Com fé em Deus, encontramos força, orientação, favor e misericórdia em tempo oportuno. Que este trabalho seja uma expressão do meu apreço por vocês, meus alicerces, e pela graça divina que me acompanha todos os dias.

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no tocante ao rastreamento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais. Trata-se de uma pesquisa de campo que adota uma abordagem qualitativa e se configura como uma pesquisa descritiva, abrangendo enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo esses, entrevistados a partir de um roteiro semiestruturado produzido acerca da temática. Diante dos resultados emergiram três categorias com suas respectivas subcategorias de análise, com isso a primeira categoria visa refletir como encontra-se a percepção do enfermeiro sobre a importância do rastreamento dos fatores de risco da DPP nas consultas de pré-natal. As subcategorias aqui incluídas foram: Reconhecimento da importância, porém marcada pela descontinuidade das ações no processo de rastreamento; e Reconhecimento da importância, marcada pela avaliação da vulnerabilidade e dos padrões comportamentais. Na segunda categoria aborda-se o rastreamento dos fatores de risco para DPP a partir da avaliação dos aspectos biopsicossociais, desdobrando-se em subcategorias específicas, sendo elas: Avaliação utilizando a caderneta da gestante como guia; Observação empírica e aspectos subjetivos; e Investigação com base nas queixas específicas da gestante. Por fim, a terceira categoria destacou as principais dificuldades relatadas na rastreabilidade dos fatores de risco, dividindo-se em subcategorias específicas: Carência de um instrumento específico para rastreamento dos fatores de risco da DPP; Características do processo de trabalho; Ausência de conhecimento e capacitação dos profissionais; Dependência do "Saber Psi"; e A vivência do gestar. Portanto, visando o fornecimento de informações pertinentes para contribuir na melhoria do serviço prestados na atenção primária, faz-se necessário implementar medidas que viabilizem os profissionais de enfermagem na identificação prévia desses casos, a fim de evitar possíveis agravos que repercutem no vínculo mãe-bebê e no bem-estar dessas mulheres.

Palavras-chave: enfermagem; depressão pós-parto; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the performance of nurses from the Family Health Strategy in terms of tracking risk factors associated with postpartum depression during prenatal consultations. This is a field research that adopts a qualitative approach and is configured as a descriptive research, covering nurses from Basic Family Health Units, who are interviewed based on a semi-structured script produced on the topic. Given the results, three categories emerged with their respective analysis subcategories, with this the first category aims to reflect how nurses perceive the importance of tracking PPD risk factors in prenatal consultations. The subcategories included here were: Recognition of the importance, however marked by the discontinuity of actions in the tracking process; and Recognition of importance, marked by the assessment of vulnerability and behavioral patterns. The second category addresses the tracking of risk factors for PPD based on the assessment of biopsychosocial aspects, breaking down into specific subcategories, namely: Assessment using the pregnant woman's notebook as a guide; Empirical observation and subjective aspects; and Investigation based on the specific complaints of the pregnant woman. Finally, the third category highlighted the main difficulties reported in tracking risk factors, dividing into specific subcategories: Lack of a specific instrument for tracking PPD risk factors; Features of the work process; Lack of knowledge and training of professionals; Dependence on "Psi Knowledge"; Therefore, update the set of pertinent information to contribute to improving the service provided in primary care, is necessary to implement measures that enable nursing professionals to carry out prior inspection of these cases, in order to avoid possible problems that impact the mother-baby bond and not the well-being of these women.

Keywords: nursing; postpartum depression; prenatal care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI-II	Inventário Beck de Depressão
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DPP	Depressão Pós-parto
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPDS	Escala de Edimburgo para Pressão Pós-parto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPR	Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos dados obtidos a partir das falas dos participantes.	22
Quadro 2 - Relação dos profissionais das UBSF's no Distrito Sanitário I no município de Campina Grande, Paraíba.....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Aspectos gerais da depressão pós-parto	14
3.2	O papel do enfermeiro no rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós parto	17
4	METODOLOGIA	19
4.1	Delineamento	19
4.2	Cenário de estudo	19
4.3	Sujeitos da pesquisa	19
4.4	Instrumento e coleta de dados	20
4.5	Processamento	20
4.6	Aspectos éticos	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1	Caracterização dos sujeitos	25
5.2	Categoria 1 – A percepção do enfermeiro sobre a importância do rastreamento dos fatores de risco da DPP nas consultas de pré-natal	25
5.2.1	Descontinuidade das ações no processo de rastreamento	28
5.2.2	Avaliação da vulnerabilidade e dos padrões comportamentais	27
5.3	Rastreamento dos fatores de risco para DPP a partir da avaliação dos aspectos biopsicossociais	30
5.3.1	Avaliação utilizando a caderneta da gestante como guia	31
5.3.2	Observação empírica e aspectos subjetivos	34
5.3.3	Investigação com base nas queixas específicas da gestante	37
5.4	Principais dificuldades relatadas na rastreabilidade dos fatores de risco	39
5.4.1	Carência de um instrumento específico para rastreamento dos fatores de risco da DPP	39
5.4.2	Características do processo de trabalho	41
5.4.3	Ausência de conhecimento e capacitação dos profissionais sobre a temática	45
5.4.4	A dependência do “saber psi”	47

5.4.5	A vivência do gestar	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA...	64
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	65
	APÊNDICE C - - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	68
	APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL – TCPR	70
	APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA	71
	ANEXOS A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	72

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde elaborou em 2004 a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes", com o propósito de certificar e ampliar o acesso das mesmas aos serviços em todas as fases da vida, contemplando suas respectivas necessidades, tornando-se assim, um grande marco na história. Entretanto, apesar desses avanços, as mulheres ainda enfrentam desafios significativos na área da saúde no Brasil, principalmente no que compete à aplicabilidade efetiva de tal política (Brasil, 2004).

Com o intuito de reduzir os indicadores de morbidade materna e fetal, o pré-natal vem sendo uma das ferramentas essenciais no controle e diminuição das ocorrências de doenças e complicações, tanto para genitora quanto para o bebê durante a gestação e puerpério. Logo, o pré-natal consiste em um conjunto de consultas médicas e de enfermagem realizadas ao longo da gestação para monitorar a saúde de ambos, tendo início assim que a mulher descobre que está grávida, preferencialmente até as 12 primeiras semanas de gestação (Brasil, 2022).

Em virtude disso, diante do ciclo gravídico-puerperal, processo de caráter fisiológico, no qual ocorrem diversas alterações físicas, hormonais e emocionais, torna-se de suma importância que a gestante realize todas as consultas e exames recomendados, sendo acompanhada regularmente por uma equipe de profissionais aptos.

Portanto, a equipe é responsável por monitorar a saúde da mãe e a do feto, sem negligência ou interrupções, assegurando que tudo ocorra de forma saudável e segura, uma vez que devidamente assistida, trará bem-estar e amparos, possibilitando identificar e tratar prováveis complicações precocemente (Silva *et al.*, 2017).

Embora criada para assegurar que as mulheres tenham acesso a recursos adequados para prevenir e/ou tratar possíveis adoecimentos, existem déficits notórios na política apresentada. A nível de assistência pré-natal, as barreiras encontradas surgem por meio da disparidade racial e socioeconômica, falhas na execução das consultas, bem como preenchimento ineficiente do cartão da gestante, carência de orientações, defasagem na realização de exames complementares, lacunas no acompanhamento efetivo, escassez de recursos e estrutura física comprometida (Frison *et al.*, 2023).

Durante os atendimentos pré-natais, o enfermeiro possui atribuições imprescindíveis, por meio de condutas pautadas em consultas e diagnósticos de enfermagem, assim como a aplicabilidade de um plano de ação baseado em uma avaliação sistêmica e integral, em múltiplas vertentes, seja na execução técnica e/ou área educativa. Nesse contexto, é prioritário, também, que se contemple a saúde mental da gestante, especialmente por se tratar de um

período de vulnerabilidade psíquica, que compromete de várias maneiras a mulher (Gomes *et al.*, 2019).

A este respeito, dados epidemiológicos indicam que dentre os transtornos psiquiátricos mais evidenciados durante o período gestacional e puerpério estão a depressão pós-parto, com prevalência de 15 a 20%, transtorno de ansiedade, representando 16%, transtorno de estresse pós-traumático 4% e psicose pós-parto que representa menos de 1% (Fiocruz, 2021).

Elencando a saúde mental como uma das prioridades absolutas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a depressão será a doença mais comum do mundo até 2030. O impacto de tal patologia evidencia-se ainda mais no sexo feminino por apresentar um risco duas vezes maior de desenvolver depressão do que os homens (BBC News Brasil, 2009).

Assim sendo, é possível cogitar uma acentuação desses indicadores durante a gestação, visto que o aceite da gravidez se trata de um processo distinto de mulher para mulher (Hartmann; Sassi; Cesar, 2017). Ademais, uma série de outros fatores sociais, econômicos, culturais, hormonais e de gênero colocam a mulher em um estado de vulnerabilidade maior quando se refere à depressão, mais especificamente no puerpério.

Finalmente, reafirma-se que a depressão pós-parto é um distúrbio clínico de grande impacto, no entanto, ainda subestimada por gestantes e profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, provavelmente em decorrência dos muitos estigmas que permeiam a área de saúde mental (Agrawal; Mehendale; Malhotra, 2022).

Diante do exposto, questiona-se: como a equipe de enfermagem atua no rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais? Com a presente pesquisa, espera-se cooperar na ampliação do saber e no aprofundamento da compreensão deste grupo social, trazendo respostas que possam contribuir para o desenvolvimento acadêmico e profissional no âmbito da saúde mental de gestantes e puérperas, além de ampliar tal debate para a sociedade em geral.

O presente trabalho justifica-se pela atual fragilidade no rastreamento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto, frente aos significativos índices divulgados pela Fundação Oswaldo Cruz, ao apontar que, no Brasil, a cada quatro mulheres, mais de uma apresentam sintomatologias de um quadro depressivo em uma janela de tempo que compreende de 6 a 18 meses após o parto (Leonel, 2016).

Por se tratar de um problema de saúde pública, faz-se necessário implementar medidas que viabilizem os profissionais de enfermagem na identificação prévia desses casos, a fim de evitar possíveis agravos que repercutem no vínculo mãe-bebê e no bem-estar dessas mulheres. Ademais, em virtude da problemática apresentada, percebe-se a necessidade de atualizações

científicas, uma vez que ainda permanecem hiatos acadêmico-científicos e escassez de materiais publicados relacionados ao tema.

Portanto, espera-se, por intermédio desta pesquisa, o fornecimento de informações pertinentes para contribuição na melhoria dos serviços prestados no âmbito da atenção primária, como também, das políticas públicas. O estudo oferece como um dos benefícios o aumento da compreensão sobre a temática apresentada, identificação das lacunas presentes nas práticas assistenciais, justificando a importância da pesquisa e incentivando o desenvolvimento de novos recursos que favoreçam a promoção a saúde apontando para redução dos casos de depressão pós-parto diante de um rastreamento efetivo nas consultas pré-natais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no tocante ao rastreamento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a percepção do enfermeiro sobre a importância do rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais;
- Conhecer como se dá a identificação e monitoramento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas de pré-natal;
- Elencar as principais dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no rastreamento da depressão pós-parto no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos gerais da depressão pós-parto

A Depressão pós-parto (DPP) se caracteriza como uma condição clínica que acarreta diversas consequências para o binômio mãe-bebê, principalmente no que se refere ao aspecto afetivo. Diante disso, pode-se citar complicações no desenvolvimento social e cognitivo da criança, além de sequelas durante o avançar da idade (Brasil, s.d).

Define-se pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID 10), como transtornos mentais associados ao puerpério os que têm início ao longo de seis semanas após o nascimento. Não obstante, divergindo da definição descrita, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM-IV), expõe que a psicopatologia pós-parto é aquela que surge em um período de até 4 semanas pós-parto (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar dessas afirmativas, é válido ressaltar que o período puerperal possui uma duração de tempo imprecisa, dividido em três fases, sendo elas: imediato, tardio e o remoto. Conforme sua duração, o puerpério imediato inicia-se após o parto e dura até o décimo dia; o puerpério tardio se estende do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia; e o puerpério remoto, a partir do quadragésimo quinto dia (Montenegro; Rezende, 2016). Assim, conclui-se que a experiência de cada mulher pode ser distinta e o período pós-parto não é uma fase linear, mas um processo de adaptação constante às mudanças que acompanham o parto e a maternidade.

Descrita como uma patologia complexa, a DPP é multifatorial, podendo ser causada por fatores físicos, psíquicos, emocionais, além de desequilíbrio hormonal provocado pela gestação e puerpério (Camacho *et al.*, 2006). Outrossim, podemos citar como exemplos desses fatores: privação de sono, isolamento, falta de apoio familiar e/ou do parceiro, perda de apetite, pensamentos compulsivos, ausência de foco, entre outros (Ricci, 2006).

No que tange a sintomatologia da DPP, a mulher geralmente apresenta humor deprimido, diminuição do interesse em realizar suas atividades, sentimento de incapacidade no tocante à maternidade, alterações de sono e psicomotoras, além de fadiga, incapacidade de concentração e outros. Quanto às manifestações clínicas relacionadas aos sintomas, pode-se destacar tristeza, episódios de choro, irritabilidade, insônia ou hipersonia, aumento do cansaço, culpabilização e dificuldade de memória (Alba, 2021).

A depressão pós-parto é classificada como um subtipo da depressão maior e seu diagnóstico geralmente realiza-se com base em uma avaliação clínica feita por um profissional de saúde capacitado, através de uma entrevista minuciosa sobre sinais e sintomas, histórico médico e psiquiátrico. Em alguns cenários, faz-se necessário exames de laboratório e/ou imagem, a fim de descartar outras condições que se assemelham aos sintomas da DPP (BRASIL,s.d).

Sendo o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, faz mister a quebra de paradigmas. Conseqüentemente, sua constituição compreende a doença não somente por alterações fisiopatológicas, mas como um desequilíbrio no constructo de fatores biopsicossociais que determinam um indivíduo. Nesse sentido, os determinantes sociais mostram-se essenciais no rastreo de fatores externos que afetam consideravelmente a qualidade de vida do sujeito (OMS, 1946).

Ademais, tendo em vista que o aprofundamento das iniquidades sociais enraizadas através da perspectiva histórica e cultural, mediante o patriarcado, evidenciado pela subjetividade do corpo e sexualidade da mulher, desigualdade, imposição de um padrão estético inalcançável, cultura da produtividade, grandes expectativas impostas pela sociedade, perda de proteções sociais e a romantização da maternidade, acabam por repercutir na vida cotidiana dessas mulheres e nas relações sociais estabelecidas, gerando, cada dia mais, um grande sofrimento e mal estar que repercutem, inevitavelmente, no processo saúde-doença (Boris; Cesídio, 2007).

Nessa perspectiva, de acordo com Sousa *et al.*, (2020) pressupõe-se que exista um aumento de transtornos psíquicos decorrente da falta de apoio familiar ou do parceiro, baixa escolaridade, gravidez não planejada, ter menor idade e apresentar história pregressa familiar ou pessoal de doença psiquiátrica.

Apesar dos dados estatísticos presentes em meios oficiais no tocante a prevalência da depressão pós-parto, gradativamente percebe-se uma discrepância significativa na apresentação desses quantitativos, podendo não corresponder ao real panorama, visto que se trata de um problema de saúde pública expressivo e muitas vezes subnotificado (Lobato *et al.*, 2017).

Em vista disso, pode-se imputar tal disparidade devido ao déficit na anamnese qualificada para identificar as gestantes que têm maior risco de desenvolver a DPP, ausência na padronização de um instrumento de monitorização que contemple de modo efetivo essa triagem, dificuldade dos profissionais frente à implementação de ações preventivas,

insegurança na aplicação de condutas que contribuam para o rastreamento de fatores de risco e limitações técnicas decorrentes de lacunas na graduação (Santos *et al.*, 2020).

É válido ressaltar que apesar de ser uma condição preocupante, a depressão pós-parto é tratável. Assim sendo, a realização de um rastreamento eficaz viabiliza a elaboração de um plano de cuidados abrangente que inclui acompanhamento regular, assistência multiprofissional e apoio social. Destarte, a detecção precoce desses fatores de risco, monitoramento e intervenções adequadas podem ajudar a prevenir complicações vindouras e promover a saúde e o bem-estar biopsicossocial da puérpera, do bebê e da família (Silva, 2018).

O tratamento da DPP pode abarcar uma conjunção terapêutica e medicamentosa, em conformidade com a gravidade dos sintomas e demandas dessa mãe. Algumas medidas comuns incluem: psicoterapia, amparo emocional, antidepressivos e terapia hormonal (Arrais; Araújo; Schiavo, 2018).

No que concerne à psicoterapia, a mesma busca auxiliar no processo da identificação de prováveis causas da depressão pós-parto, buscando trazer mecanismos de enfrentamento para lidar com pensamentos e sentimentos negativos, detecção de estressores e melhoria do vínculo com o bebê e outras pessoas ao seu redor. Ainda, o amparo emocional integra uma rede de apoio, incluindo o parceiro, familiares, amigos, profissionais da área de saúde, grupos de apoio, e até mesmo suporte no cuidar da criança, minimizando a percepção de solidão e incapacidade (NIMH, s.d).

Em alguns casos, recomenda-se a utilização do antidepressivo que atuará no restabelecimento das sinapses dos neurônios, controlando o humor e o estresse, sendo frequentemente prescrito para tratar a depressão pós-parto. No entanto, reforça-se que nem todos os medicamentos são indicados durante a gestação e/ou amamentação, sendo necessário discutir os riscos e benefícios do uso durante esse período. Pode-se também recomendar a terapia hormonal, utilizada para tratar a depressão pós-parto mediante reposição hormonal ou administração de hormônios diretamente por injeção, em caso de redução significativa nos níveis de estrogênio (NIMH, s.d).

Além do mais, devido à inexperiência, medo, dúvidas e à insegurança, a mulher sente-se compelida a suprir todas as necessidades e exigências do bebê, podendo desencadear frustrações no tocante à maternidade, tal discrepância entre aquilo que foi idealizado e a realidade têm o potencial de desencadear e favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais durante essa fase (Maciel *et al.*, 2019). Entretanto, ressalta-se que quanto mais precocemente a depressão pós-parto for diagnosticada, maiores são as chances de prevenir os danos tanto à mãe quanto à criança (Santos *et al.*, 2020).

3.2 O papel do enfermeiro no rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós-parto

Devido à carência de atendimento específico e qualificado para a gestante e /ou puérpera, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), abrangendo a melhoria do acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, bem como a qualidade da assistência (Brasil, 2002).

Sendo assim, buscando assegurar uma gestação dentro dos padrões clínicos de normalidade, tal como uma concepção segura, o pré-natal é uma etapa indispensável durante o ciclo gravídico-puerperal. Além de que, é um espaço de escuta, acolhimento, preparação da gestante para o parto e puerpério, fornecimento de informações educativas, promoção do bem-estar físico e psíquico, realização de medidas preventivas para possíveis problemáticas, bem como diagnóstico precoce e tratamento de patologias específicas da gestação (Brasil, 2016).

Na primeira consulta pré-natal, é fundamental realizar a abertura e preenchimento minucioso da caderneta da gestante, um documento essencial que contribui na coleta e registro de informações vitais na garantia de um acompanhamento adequado durante a gravidez. Essas informações cooperam com a identificação prévia de possíveis fatores de risco, como também, ocorrência de diversas condições médicas. Com isso, a caderneta torna-se um instrumento que norteia a assistência em busca da manutenção e/ou estabelecimento da saúde materna e do feto (Gomes *et al.*, 2019).

Ainda, segundo Gomes *et al.* (2019), o pré-natal se configura como um aparato imprescindível na identificação de mulheres que apresentam riscos aumentados de desenvolver depressão pós-parto. Através de uma avaliação nas consultas pré-natais do histórico médico e obstétrico, riscos pessoais sociais e familiares, esse rastreamento permite implementar precocemente medidas preventivas, com a finalidade de minimizar as consequências futuras, conforme nota técnica do Ministério da Saúde.

Diante da complexidade das características da DPP, é necessário um cuidar multidisciplinar e a figura do enfermeiro também é crucial na condução desse processo, fazendo-se necessário que o mesmo seja um conhecedor dos fatores de risco, bem como sinais e sintomas que caracterizam tal patologia e, conseqüentemente, contribua nos cuidados para com a mulher (Brito; Paes; Feliciano; Riesco, 2022). É cabível destacar que as consultas são intercaladas com o médico em um pré-natal de risco habitual e compartilhadas com o ambulatório de assistência especializada em caso de gestação de alto risco.

Conforme o estudo realizado por Matos *et al.* (2017), durante a primeira consulta no acompanhamento pré-natal, é conduzida a anamnese da gestante, abordando desde aspectos epidemiológicos até a situação específica da gravidez atual. Em seguida, dá-se o início do exame físico, abrangendo uma avaliação gineco-obstétrica, execução do cálculo da idade gestacional, que estima a idade do feto e a duração da gravidez, viabilizando a determinação da data provável do parto. Ainda, no decorrer da consulta faz-se a realização dos testes rápidos, solicitação de exames complementares e ultrassonografia obstétrica, a fim de contemplar a saúde da mulher em sua completude.

Além das mencionadas, também são atribuições do enfermeiro: prescrição de medicamentos previamente estabelecidos pelo programa de pré-natal, avaliações subsequentes do estado nutricional da gestante, utilizando o índice de massa corporal (IMC), e introdução do controle da pressão arterial e glicemia, medição da altura de fundo uterino e registro da ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Ademais, se tem o fornecimento de orientações sobre o calendário de vacinação, importância da assiduidade nas consultas pré-natais, possíveis fatores de riscos para aparição de patologias futuras, tal como promoção de ações educativas, de modalidade individual ou grupal (Brasil, 2013).

Desse modo, estima-se que o enfermeiro atinja de maneira satisfatória aquilo que se propõe no art. 3 da Portaria nº 2436 de 2017 na Atenção Básica, uma vez que a integralidade do cuidado refere-se a uma abordagem holística e multidisciplinar do paciente, que leva em consideração não apenas as suas condições biológicas, mas validando também os seus aspectos sociais, culturais e psicológicos (Brasil, 2017).

Entre os variados parâmetros que viabilizam a triagem das sintomatologias referidas, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é a ferramenta mais utilizada, configurando-se em um questionário composto por 10 itens, os quais aferem a presença e intensidade dos sintomas depressivos evidenciados nos últimos sete dias. Sua aplicabilidade é considerada fácil, pois o procedimento de avaliação é rápido e simples, podendo ser utilizado por profissionais da área de saúde, sem necessidade de uma especialização no âmbito de saúde mental (Menezes *et al.*, 2012).

Sobre o uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, atenta-se para o fato de que só é implementada pelos profissionais dias após o nascimento da criança. Assim sendo, apesar da importância inegável do referido instrumento, pontua-se a necessidade de outras intervenções durante o período pré-natal para que a probabilidade de desenvolvimento de DPP seja reduzida, dado o rastreamento dos fatores de risco em um período cada vez mais precoce (Figueira *et al.*, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de campo que adota uma abordagem qualitativa e se caracteriza como uma pesquisa descritiva. Conforme Gil (2010), a presente pesquisa buscou fornecer uma visão detalhada sobre a atuação do enfermeiro na identificação prévia dos fatores de risco para depressão pós-parto no pré-natal, explorando suas práticas de atuação e desafios encontrados ao longo da assistência.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em 10 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no município de Campina Grande, localizado no estado da Paraíba, Brasil. Segundo o último censo disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), o município possui 413.830 habitantes. Após perscrutar o perfil epidemiológico e demográfico da população, constatou-se que o Distrito Sanitário I possui características sociodemográfica, socioeconômica, culturais e comportamentais que melhor se enquadram no escopo deste estudo.

Ao delimitar o estudo a um distrito específico, permitiu-se que aspectos como disponibilidade de recursos, infraestrutura das unidades de saúde, distribuição geográfica dos serviços e características da população atendida fossem investigadas com mais detalhes. Esses fatores forneceram *insights* importantes para entender como os profissionais de saúde interagem diante do ambiente no qual estão inseridos, permitindo a identificação de estratégias e intervenções mais eficazes.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados os enfermeiros que atuavam nas 10 Unidades Básicas de Saúde da Família inseridas no Distrito Sanitário I, município de Campina Grande-PB.

Como critérios de inclusão foram adotados: enfermeiros contratados ou concursados que estivessem há pelo menos um ano no exercício de suas atividades laborais e que realizassem consultas pré-natais. Quanto aos critérios de exclusão adotaram-se: aqueles que apresentaram baixa adesão à proposta da pesquisa e/ou ausência em pelo menos dois encontros marcados.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, não se estabeleceu, a priori, um quantitativo fixo de sujeitos a serem entrevistados. Sendo assim, o critério utilizado para a finalização da

fase de coleta de informações ocorreu mediante a saturação das respostas encontradas para o roteiro da entrevista semiestruturada (Apêndice A).

4.4 Instrumento e coleta de dados

O início da coleta de dados realizou-se mediante autorização da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande, Paraíba (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa. Após as exigências éticas terem sido cumpridas, os profissionais de enfermagem das UBSF selecionadas foram contactados, com o propósito de explicar a pesquisa, bem como seu prosseguimento.

Em caso de aceitação para participação do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice B) foi assinado pelo profissional, garantindo que o mesmo estava plenamente informado e pôde decidir voluntariamente sobre seu envolvimento. Com isso, tivemos medidas rigorosas para assegurar a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados. As informações pessoais dos participantes foram tratadas de forma sigilosa, utilizando pseudônimos no lugar dos nomes reais nos registros e na difusão dos resultados.

A coleta ocorreu por intermédio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice A), onde o registro de tais informações se deu através de um gravador de voz, mediante autorização dos participantes comprovada pelo Termo de autorização para gravação da voz (Apêndice C). Para tal, foi estabelecido o dia e o local para realização da entrevista, atendendo à disponibilidade do pesquisador e do profissional a ser entrevistado.

As informações solicitadas aos sujeitos da pesquisa foram: nome, idade, sexo, anos de formação, especialidade (caso possuíssem) e tempo no serviço. Outrossim, durante o mês de setembro de 2023, foram realizados questionamentos no tocante à atuação do enfermeiro no rastreamento dos fatores de risco associado à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais, conforme roteiro semiestruturado.

4.5 Processamento de dados

Posterior a cada entrevista, as falas foram transcritas no Microsoft Word 365 em sua totalidade. O *corpus* transcrito foi conduzido de maneira responsável e imparcial, sem distorção ou manipulação, e analisado tendo como orientação teórico-metodológica a análise de conteúdo temática. Para Minayo (2014), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que envolvem a comunicação cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto em análise na pesquisa. Com esse fim, os procedimentos pós-entrevista foram divididos em quatro

etapas, a saber: 1) transcrição na íntegra das gravações; 2) leitura e conferência do material; 3) análise temática.

Para operacionalização da análise temática, seguimos os seguintes passos, conforme proposto por Minayo (2014): 1) leitura exhaustiva do material transcrito e determinação das unidades de registro, unidades de contexto, recortes e categorização; 2) exploração do material de modo a alcançar os núcleos de compreensão do texto; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, acrescentando inferências e interpretações acerca dos achados.

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa respeitou os princípios vigentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que abrange os aspectos éticos relacionados a pesquisas envolvendo seres humanos, assim como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN nº 311/2007, Cap. III, que tange as responsabilidades e deveres, proporcionando a confidencialidade dos dados e preservação da integridade dos participantes.

O sigilo e privacidade dos participantes garantiu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Além disso, ressaltou-se que os mesmos tinham pleno direito de desistir da pesquisa em qualquer fase, e todos os dados gerados foram utilizados exclusivamente para fins científicos.

Os pesquisadores comprometem-se a desenvolver a pesquisa com total respeito às normativas vigentes e anteriormente mencionadas (Apêndice D e E). Tal estudo foi autorizado pelo comitê de ética em pesquisa, sob CAAE:

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi estruturada em duas seções, com o intuito de proporcionar uma compreensão mais aprofundada do estudo. A primeira seção se concentrou na caracterização do sujeito, abordando variáveis como idade e sexo, até características mais específicas que podem ser relevantes para o escopo do estudo, como especializações e tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família.

A segunda, originou-se a partir da categorização do material transcrito proveniente da entrevista semiestruturada. Neste segmento, estão alocadas três categorias de análise e suas respectivas subcategorias, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição dos dados obtidos a partir das falas dos participantes.

CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3
A percepção do enfermeiro sobre a importância do rastreamento dos fatores de risco da DPP nas consultas de pré-natal	Rastreamento dos fatores de risco para DPP a partir da avaliação dos aspectos biopsicossociais	Principais dificuldades relatadas na rastreabilidade dos fatores de risco
Subcategorias	Subcategorias	Subcategorias
Descontinuidade das ações no processo de rastreamento	Avaliação utilizando a caderneta da gestante como guia	Carência de um instrumento específico para rastreamento dos fatores de risco da DPP
Avaliação da vulnerabilidade e dos padrões comportamentais	Observação empírica e aspectos subjetivos	Características do processo de trabalho
	Com base nas queixas específicas da gestante	Ausência de conhecimento e capacitação dos profissionais sobre a temática
		A dependência do “saber psi”
		A vivência do gestar

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Essas categorias e subcategorias emergiram a partir da análise dos dados coletados, proporcionando discernimentos fundamentais sobre as técnicas de rastreamento dos fatores de

risco durante a avaliação gestacional. Além disso, delinear-se as barreiras e desafios enfrentados por profissionais de saúde e gestantes dentro do cenário investigado.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Através da caracterização dos sujeitos, estabelecemos as bases para compreender como as características individuais podem impactar os resultados e como elas contribuem para a construção de um quadro completo e multifacetado dos fenômenos sob investigação.

Dessa forma, buscou-se evidenciar a importância da caracterização do sujeito como uma etapa na pesquisa, destacando suas implicações para o rigor metodológico, a aplicabilidade dos resultados e a contribuição para o avanço do conhecimento em diversas áreas acadêmicas e científicas.

Quadro 2. Relação dos profissionais das UBSF no Distrito Sanitário I no município de Campina Grande, Paraíba.

Código	Idade	Sexo	Formação acadêmica	Especialização (Caso possua)	Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família
E1	42 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública; Acupuntura; Enfermagem do trabalho.	20 anos
E2	46 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública; Auditoria de trabalho	14 anos
E3	45 anos	F	Enfermeira	Saúde da Família	23 anos
E4	35 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública	4 anos
E5	43 anos	F	Enfermeira	Saúde da Família; Saúde Pública	21 anos
E6	51 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública; Educação em Saúde; Dermatologia	23 anos

E7	43 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública; Saúde Coletiva; Saúde do trabalhador	20 anos
E8	33 anos	F	Enfermeira	Saúde Pública; Saúde da Família; Obstetrícia	3 anos e 2 meses
E9	57 anos	F	Enfermeira	Saúde da Família	18 anos
E10	58 anos	F	Enfermeira	Saúde da Família; Obstetrícia	16 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo apresentaram um perfil heterogêneo em relação a variáveis como idade, especializações e tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estes aspectos revelaram-se significativos para a análise dos achados desta pesquisa.

Foram avaliados 10 profissionais de enfermagem sendo todos do sexo feminino, com faixa etária, variando de 33 a 58 anos (Quadro 2). O que denota uma diversidade geracional entre as enfermeiras participantes. Tal diversidade etária pode influenciar diretamente a abordagem adotada por esses profissionais na execução e compreensão das práticas de rastreamento dos fatores de risco durante a avaliação gestacional, visto que diferentes gerações podem trazer perspectivas e abordagens distintas.

A esse respeito, Silva *et al.* (2011) notaram que ao longo dos anos, o ensino superior de enfermagem tem sido caracterizado pela contínua adaptação dos currículos dos cursos de graduação e pelo debate de propostas pedagógicas, influenciados pelas mudanças históricas e sociais na sociedade brasileira. Tal afirmação corrobora a compreensão de que ao longo das gerações, o perfil do enfermeiro egresso vem mudando ao longo do tempo.

Outrossim, os autores Nobre, Heliodoro e Rosa (2021), destacaram em seu estudo que as diferenças geracionais da enfermagem são evidenciadas por alterações nos valores pessoais e profissionais, relacionados com os anos de profissão e o contexto social a qual estão inseridos, os quais podem influenciar no cuidado prestado.

Concernente à formação acadêmica, todos apresentavam especializações em campos diversos, como Saúde Pública, Saúde da Família e Obstetrícia, o que pode ter influência direta na maneira como abordam e compreendem os fatores de risco durante a avaliação gestacional.

As especializações proporcionam uma base de conhecimento adicional que pode ser aplicada na prática clínica.

Conforme destacado por Costa *et al.* (2014), a pós-graduação desempenha um papel primordial na produção de conhecimento voltado para a qualificação profissional e na formulação de respostas às demandas sociais, onde a mesma atua como um catalisador essencial no avanço do conhecimento científico e tecnológico, fornecendo uma estrutura educacional avançada que prepara os profissionais para enfrentar os desafios complexos e em constante evolução da sociedade contemporânea.

Ademais, no que se refere ao tempo de serviço na ESF identificou-se variações consideráveis entre os participantes, abrangendo desde profissionais com vasta experiência de 23 anos de serviço até aqueles com apenas 3 anos e 2 meses de atuação. Esse aspecto é relevante, uma vez que a experiência acumulada ao longo do tempo pode impactar a expertise e a familiaridade dos enfermeiros com as práticas de rastreamento, bem como com os desafios inerentes a essa atividade na avaliação do gestar.

5.2 Categoria 1 - A percepção do enfermeiro sobre a importância do rastreamento dos fatores de risco da DPP nas consultas de pré-natal.

Ao considerar a percepção dos enfermeiros no que tange a significância do rastreamento dos fatores de risco relacionados à Depressão Pós-Parto (DPP) durante as consultas de pré-natal, constatou-se que os profissionais reconhecem a necessidade de realizar o rastreamento dos fatores de risco. No entanto, observou a existência de duas perspectivas distintas em relação à condução desse processo de rastreamento que serão apresentados posteriormente.

De antemão, é válido destacar que o rastreamento é uma prática que busca assegurar benefícios substanciais em relação aos riscos e possíveis danos, sejam eles previsíveis ou imprevisíveis, decorrentes de intervenções na área da saúde. Para alcançar esse objetivo, o rastreamento pode empregar diversos métodos, dentre os quais se incluem, por exemplo, a utilização de questionários (Brasil, 2010).

O Ministério da Saúde leva em consideração múltiplas realidades sociais, epidemiológicas e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando que, à medida que os cidadãos se tornam mais informados sobre as questões relacionadas com as medidas preventivas em saúde, o seu entendimento e adesão aos programas preventivos, incluindo o programa de rastreamento, tendem a melhorar significativamente (UFSC, 2016).

Posto isso, a efetividade do rastreamento não apenas contribui para a identificação precoce de riscos à saúde, mas também permite a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas oportunas, melhorando assim os desfechos clínicos e a qualidade da assistência prestada. Sendo assim, a habilidade dos enfermeiros em realizar o rastreamento de fatores de risco de maneira eficaz é de suma importância para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Os excertos das entrevistas com as enfermeiras, que serão expostos nas próximas linhas, abordaram a importância, bem como a condução e identificação dos fatores de risco relacionados à depressão pós-parto durante as consultas de pré-natal e como costumam fazê-la.

5.2.1 Descontinuidade das ações no processo de rastreamento

No que diz respeito à classe da enfermagem, evidencia-se que estes profissionais são sujeitos importantes para realização correta do rastreamento da DPP (Silva *et al.*, 2022). Porém, contempla-se que os profissionais de saúde, de forma geral, ainda apresentam uma série de dificuldades para implementar esse rastreamento de risco de maneira adequada, podendo-se citar como exemplo a falta de domínio técnico-científico sobre os instrumentos sistematizados para a avaliação da saúde mental desse momento específico da vida das mulheres (Lima *et al.*, 2017)

Sendo assim, é importante destacar que a falta de familiaridade com a avaliação da saúde mental pode comprometer a precisão e a eficácia desse rastreamento. Da mesma forma que a ausência de conhecimento técnico-científico pode resultar em subestimação ou na não identificação de sintomas de DPP, prejudicando, assim, a saúde mental e o bem-estar das mulheres durante o ciclo gravídico.

A saúde mental é bem importante [...], mas é mais neste primeiro atendimento, que a gente tenta fazer uma abordagem mais ampla. Nos atendimentos subsequentes é mais a questão mecânica, de estar acompanhando aqueles exames laboratoriais. A não ser que ela traga alguma queixa, porque às vezes vem com queixa de insônia que começou agora na gravidez, ansiedade, palpitação, aí já tem uma série de fatores que conseguimos associar, mas quando elas não apresentam nenhuma queixa relacionada a isso, aí realmente se torna mais mecânico. (E1)

A enfermeira (E1) enfatiza a importância de abordar a saúde mental no primeiro atendimento pré-natal. Isso reflete a compreensão de que o início da gravidez é um momento crítico para identificar possíveis fatores de risco. No entanto, ela também mencionou que os atendimentos subsequentes tendem a se concentrar mais em aspectos mecânicos e exames

laboratoriais, a menos que a gestante traga queixas específicas relacionadas à saúde mental. Isso pode indicar uma ausência na continuidade do cuidado com a saúde mental durante a gravidez, que poderia ser assegurada com uma abordagem mais consistente em todos os encontros pré-natais, assim como na avaliação dos aspectos fisiológicos.

É difícil muitas vezes entrar nesse âmbito, viu? Não é fácil. Não é fácil porque às vezes o pai da criança é o dono do comando ou então é um mandante forte do comando, então essas pessoas não gostam de se expor [...] depende muito da gestante. (E4)

Apontando para a complexidade de abordar questões de saúde mental durante o pré-natal, E4 nota que em certos casos, a gestante pode estar sujeita a pressões externas, como o pai da criança ou outras figuras de autoridade, o que pode dificultar a expressão de suas preocupações. Esse *insight* é importante, pois reconhece que fatores sociais e familiares podem influenciar a abordagem da saúde mental durante a gravidez.

Puxando para essa parte de saúde mental, eu fico a desejar. Eu acho que é uma falha que eu tenho. Eu tenho essa falha em saúde mental, acho que foi uma parte que desde a graduação eu não tive tanto contato, então após terminar a graduação eu nunca adentrei mesmo nessa área. Precisa? Precisa. (E8)

Através da declaração de E8, foi possível analisar a necessidade dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro da APS, em se qualificarem para avaliar essas pacientes de forma holística, considerando todos os fatores que as afligem, e atuarem a partir de uma assistência adequada, evitando os agravos relacionados a não identificação precoce dos riscos relacionados ao desenvolvimento da DPP (Gonçalves; Almeida, 2019).

Ainda, segundo o estudo desenvolvido por Albuquerque e Xavier (2022), os cuidados da equipe de enfermagem devem permear não apenas o binômio mãe-bebê, mas também os familiares e pessoas mais próximas da puérpera, tornando-os capazes de identificar e alertar a equipe quanto aos sinais de alterações no bem-estar da gestante. Portanto, é de fundamental importância o saber e a compreensão da enfermagem em todas as necessidades da mulher nessa fase gravídico-puerperal, bem como suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e espirituais.

Estes recortes apontam para uma falha incontestável no manejo de uma avaliação contínua e bem direcionada. Para melhorar o atendimento à saúde mental nessa perspectiva, faz-se necessário dar enfoque à educação continuada, sensibilização e abordagens mais holísticas que considerem não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais da gravidez e pós-parto.

Além disso, promover um ambiente de apoio e compreensão para as gestantes pode ser fundamental para incentivar a expressão de preocupações relacionadas à saúde mental e garantir que todas as necessidades sejam atendidas de maneira apropriada e sensível, como veremos posteriormente em outras subcategorias.

5.2.2 Avaliação da vulnerabilidade e dos padrões comportamentais

A subcategoria explorada neste contexto examina a condução dos profissionais de saúde durante as consultas pré-natais, onde os mesmos dedicam-se a rastrear os fatores de risco da depressão pós-parto (DPP) ao considerar o contexto familiar, a vulnerabilidade social, padrões comportamentais das gestantes e surgimento de sinais de desequilíbrio na saúde mental manifestados por sintomas físicos.

Neste viés, os profissionais destacam achados notáveis no processo de rastreamento. Tais achados são observados através de uma abordagem caracterizada por um olhar integral e sensível sobre a gestante. Eles reconhecem que a ausência de uma rede de apoio forte pode deixar as gestantes vulneráveis emocionalmente. Além disso, a vulnerabilidade social, que pode surgir devido a dificuldades financeiras ou relações familiares prejudiciais, é identificada como um fator de risco significativo.

Sim... No ato mesmo do exame dela como um todo, vendo aquilo que ela mais precisa, os fatores de risco dela, elencando o de maior prioridade e encaminhando para o que for necessário. (E2)

A fala de E2 vai ao encontro da perspectiva defendida por Silva *et al.* (2012), que engrandecem a integralidade no contexto da assistência à saúde, a qual possibilita a apreensão de uma perspectiva holística do indivíduo, englobando a consideração dos fatores contextuais que permeiam sua realidade, abrangendo aspectos históricos, sociais, políticos, familiares e ambientais que as circundam. Esse enfoque integral transcende a dualidade entre abordagens individuais e coletivas, coibindo, por conseguinte, abordagens fragmentadas e, em lugar disso, realça-se a necessidade de coordenação e colaboração entre profissionais de distintas áreas, formando equipes multiprofissionais, com o intuito de ofertar uma assistência mais completa e eficaz.

Outros aspectos que os profissionais entrevistados analisam continuamente estão relacionados à compreensão da rede de apoio na qual a gestante está inserida e à vulnerabilidade social que ela enfrenta. No que se refere à rede de apoio, Rapoport e Piccinini afirmam que a disponibilidade de apoio social facilita a prática de cuidados maternos responsivos, especialmente em situações estressantes, o que, por sua vez, promove o desenvolvimento de

um vínculo seguro entre a mãe e o bebê, como apresentado pelos recortes de E3 e E5. Além disso, essa rede de apoio influencia diretamente a criança, por meio do contato dela com os membros dessa rede.

Geralmente, elas estão mais relacionadas com a rede de apoio. A rede de apoio é muito importante, são muitas alterações na vida da mulher, muitas mudanças e essa rede é importante para dar suporte a essas gestantes, né? E assim, já vi várias com muitas dificuldades financeiras, mas o que vai definir e ser decisivo é a rede de apoio, é você ter uma mãe, é você ter o pai da criança que a grande maioria das vezes não é o companheiro, é o pai da criança.... (E3)

Mas eu acho que no geral, o maior fator de risco para uma depressão pós-parto que a gente encontra é a vulnerabilidade social, eu acho. Quando se trata de vulnerabilidade social a gente não tem muito o que fazer, então é alguém que não tem ajuda de ninguém ou tem ajuda só de uma única pessoa, aí tem que se submeter a tudo que aquela pessoa quer, né? Uma mãe, uma sogra, uma tia, uma vizinha, enfim, ou o próprio marido que não ajuda, só atrapalha, né? Então são questões bem complexas de se abordar, entende? (E5)

Em relação aos trechos referidos sobre a vulnerabilidade social, Silva (2021) evidenciou que a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao contexto econômico, mas a um conjunto muito complexo de fatores, entre eles as organizações políticas, questão de raça, etnia, orientação sexual, gênero e cultura. Ainda pode ser ressaltado que o desemprego e insatisfação no trabalho são umas das grandes causas para aparecimento de doenças mentais. Outro fator importante são os níveis educacionais baixos, que resultam em oportunidades de emprego com remuneração mais baixa, habitação inadequada e exclusão social.

Olha, nas minhas consultas a gente sempre conversa e tenta mostrar a ela um mundo que talvez ela não esteja aberta, né? (E6)

Quando percebe a gente marca mais consultas... Em vez de ser mensal, a cada quinze dias para que a gente possa tentar dar um apoio maior, e assim a gente acompanha. (E9)

No contexto do pré-natal, o diálogo aberto entre profissionais de saúde e gestantes é um fator determinante para uma assistência integral e humanizada, como enfatizado por E6 e E8. Portanto, tal prática é de extrema importância, uma vez que fortalece a mulher em sua jornada até o parto, permitindo que ela se sinta ouvida, respeitada e capaz de expressar suas preocupações, desejos e necessidades (Brasil, 2005).

A gente vê choro persistente, insegurança, medo de tudo, que às vezes inicialmente é só o medo, mas quando a gente esclarece e orienta e fica meio relativo, não é aquela coisa patológica, tá entendendo? Mas quando é um medo que limita, por exemplo, não quer sair de casa, ou

vem recorrente na unidade por banalidades, às vezes manda mensagem por uma coisa que não tem nada concreto, é uma insegurança. E fora isso, as questões físicas mesmo, de mulheres que chegam sem unhas, com automutilação, com perda de cabelo, com retirada do cabelo, e a sintomatologia é variada muito, assim, depende muito do que elas apresentam. (E7)

Sempre nas perguntas a gente pergunta como está, se tem alguma perda de peso, como está o sono, se está com alguma preocupação. Sempre estamos indagando, e quando presente a gente tenta intervir. (E10)

Diante de suas observações E7 e E10 apontaram que, em alguns casos, esses sentimentos podem inicialmente parecer simples medos, mas quando se tornam limitantes, interferindo na rotina diária, precisam ser abordados mais profundamente. Além disso, os sujeitos da pesquisa mencionaram sintomas físicos como automutilação e perda de cabelo, perda de peso, indicando a complexidade da saúde mental durante a gravidez e após o parto.

Em consonância, dentre os principais sinais e sintomas da DPP estão mudanças significativas de peso, insônia ou hipersonia, retardo ou agitação psicomotora, alterações no apetite, fadiga, redução da libido, cefaleia, erupções vaginais, dor abdominal, dentre outros (Albuquerque; Xavier, 2022).

Quando se considera a chegada de um bebê em uma família, é comum que o imaginário social enfoque esse período como uma fase do gozo e romantização. Entretanto, a realidade aponta que muitas mulheres enfrentam diversos graus de sofrimento psicológico, físico e social durante o período pré e pós-parto (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

Logo, esta insegurança é real e quando interfere no processo da gestação, cabe ao profissional destinar o cuidar sensível e integral às gestantes e puérperas, a fim de que as mesmas reconheçam que suas experiências podem divergir significativamente do idealizado socialmente construído sobre a maternidade. O entendimento e atenção a esses aspectos são cruciais para proporcionar um apoio eficaz e empático durante esse período de transição na vida dessas mulheres e familiares.

5.3 Categoria 2 – Rastreamento dos fatores de risco para DPP a partir da avaliação dos aspectos biopsicossociais

Iniciou-se a análise da presente categoria nos reportando ao que tange a condução dos enfermeiros frente ao modo de rastreamento dos determinantes biopsicossociais das gestantes durante a consulta pré-natal, fator de relevância na promoção da saúde materna e fetal, visto

que tais fatores podem influenciar a gestação e puerpério e o desenvolvimento da depressão pós-parto.

Com isso, baseando-se nos relatos das enfermeiras entrevistadas, pôde-se observar que o rastreamento dos fatores de risco deu-se por meio de múltiplas perspectivas. Isso incluiu a utilização da caderneta da gestante como guia; observação empírica e aspectos subjetivos; além disso, a investigação com base nas queixas específicas da gestante.

No contexto da saúde materna, diversos fatores de risco têm sido identificados de acordo com Gomes e Torquato, 2010, sendo eles: mães com idade inferior a 16 anos, histórico de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (tanto da gestante/puérpera, quanto do cônjuge) e falta ou insuficiência de apoio social e/ou emocional. Adicionalmente, são considerados fatores de risco a presença de uma personalidade desorganizada, a expectativa da concepção de um bebê, relações afetivas insatisfatórias e histórico de abortos espontâneos ou repetidos.

Através dessa contextualização, explorou-se as subcategorias anteriormente mencionadas, fornecendo insights significativos sobre o papel do enfermeiro na condução do rastreamento dos fatores de risco associados à Depressão Pós-Parto (DPP), por meio da avaliação abrangente dos aspectos biopsicossociais da gestante, contribuindo assim para uma compreensão mais completa e eficaz da saúde materna.

5.3.1 Avaliação utilizando a Caderneta da Gestante como guia

É sabido que a assistência pré-natal busca reduzir a mortalidade do binômio mãe-bebê, assegurando maior qualidade de vida através da prevenção, identificação e diagnóstico precoces de eventos indesejáveis. Desse modo, a caderneta da gestante se caracteriza como uma fonte primária de informação para avaliar os cuidados prestados durante a assistência ao pré-natal, como consta no recorte referido por E2.

Tal instrumento é utilizado para nortear as consultas e registrar todas as intervenções realizadas com a gestante, sendo esse um método obrigatório nos serviços de saúde, permitindo a integração da atenção primária com profissionais da atenção hospitalar, bem como um acompanhamento efetivo (Santos; Abreu; Campos, 2017).

A gente faz toda a parte de orientação baseado no livrinho da gestante, que é de suma importância, é uma bibliazinha pra elas. (E2)

Na primeira consulta vamos fazer a abordagem toda inicial, solicitação de exames, é uma consulta bem demorada, pois tentamos o máximo de informações possíveis a respeito da família. (E1)

Dessa forma, a caderneta da gestante e a ficha perinatal, quando utilizadas em conjunto, desempenham um papel indispensável na identificação de fatores de risco para a depressão pós-parto. Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, a caderneta é um instrumento de acompanhamento destinado a aprimorar a qualidade da assistência pré-natal. Viabilizando a compreensão e monitoramento dos determinantes essenciais para identificar potenciais riscos e desafios que podem surgir ao longo da gravidez, permitindo a implementação de intervenções adequadas e personalizadas para garantir uma gestação saudável.

É... a parte de aspecto físico e nutricional é uma das partes que a gente mais observa aqui na área, por ser uma área de baixo poder aquisitivo, o nutricional ou para mais ou para menos é sempre bem presente. Tá comendo? Hoje se alimentou? “Alimentei, comi cuscuz”. Aí você fica num desespero, aí você vai dizer a essa mulher: “olha não como cuscuz, porque...”, é só o que ela tem. É muito complicado, meu Deus. (E8)

Adentrando em um aspecto apresentado pela caderneta da gestante, destaca-se a presença de um espaço destinado para orientações alimentares e o monitoramento do ganho de peso gestacional. Entre as recomendações encontradas, estão a promoção da diversidade de alimentos saudáveis, desencorajando o consumo de produtos industrializados, frituras e excessos de açúcares e sal. Além disso, enfatiza-se a importância de realizar no mínimo três refeições diárias e incentivar o consumo de alimentos ricos em ferro.

Em concordância, Williamson e Hahn-Holbrook (2023) afirmam que um potencial contribuinte para a variação da DPP é a dieta. Com isso, observou que alimentos como vegetais, frutas, legumes, nozes, laticínios, peixe e azeite podem proteger contra a depressão.

Entretanto, dando ênfase ao comentário de E8, a mesma aponta para uma preocupação neste panorama, uma vez que alguns cenários requerem reavaliação das estratégias voltadas para o manejo nutricional, considerando que essas abordagens tradicionais podem parecer desconectadas da realidade das gestantes que vivem sob fatores socioeconômicos adversos, gerando sentimento de inadequação e estigmatização.

É incontestável que estas diretrizes visam não apenas o bem-estar da gestante, mas também a saúde do feto, promovendo práticas alimentares adequadas para um desenvolvimento gestacional saudável, entretanto, cabe aos profissionais não só concentrar-se nos ideais sobre o que deveriam comer, mas também compreender e apoiar o que lhes é possível comer com base em suas realidades (Novaes *et al.*, 2019).

Na última discussão desta subcategoria, optou-se por destacar trechos que ressaltavam a relevância da avaliação dos antecedentes de saúde das gestantes, tanto familiares quanto pessoais, com foco nos achados que apresentam riscos para a gestação. Esse enfoque permitiu uma análise mais precisa e uma intervenção mais direcionada, visando à promoção de uma gestação saudável e segura para a mãe e o bebê.

A gente sempre pergunta os antecedentes de saúde, tanto familiares quanto pessoais, relacionados principalmente às doenças de risco para a gestação, né? Por exemplo, a hipertensão, diabetes, se já teve um parto ou alguém na família, gemelar, há quanto tempo foi a última gestação, quantos filhos tem, o tipo de parto que foi na última gestação. (E5)

A gente também faz a parte da anamnesezinha, que vê a história familiar, vê se tem já história de pré-eclâmpsia anterior, vê se tem outras patologias anteriores, aí são várias, né? Tudo que ela citar a gente acrescenta, porque na cadernetinha da gestante é muito limitada. Se tu for olhar essa caderneta, ela é bem... Só vem comorbidades induzidas, é muito frágil esse levantamento. (E7)

A declaração proferida por E7 apresentou indícios de descontentamento, uma vez que a caderneta da gestante, ferramenta utilizada para documentação, apontavam para limitações em sua capacidade de abordar informações médicas abrangentes. Ela se concentra em comorbidades induzidas, o que leva os profissionais a complementarem as informações que consideram relevantes com base na entrevista com a gestante. Isso pode causar um conflito visto que o preenchimento desse instrumento por parte dos profissionais deixa a desejar, como veremos nas categorias subsequentes.

A gente tenta fazer uma abordagem geral, vê se essa paciente tem alguma doença, olha o fator socioeconômico, se é primeira gestação, esses aspectos assim... (E10)

Tal caderneta, formulada pelo Ministério da Saúde em 1988, tem por intuito recolher informações, permitindo o acompanhamento contínuo e eficaz da mulher, bem como da gestação. Desse modo, analisa-se antecedentes familiares, obstétricos e pessoais, questões socioeconômicas, estado civil/união, idade, acompanhamento nutricional, entre outros (Brasil, 2012).

No mais, hodiernamente, esse instrumento se faz necessário, uma vez que propõe a contribuição para uma comunicação efetiva entre os profissionais, tendo em vista a continuidade da assistência, especialmente quando há consultas de pré-natal intercaladas entre enfermeiros, médicos e especialistas. Com isso, o uso desse instrumento garante o direito de

acesso à informação pelos usuários, além de fundamentar a tomada de decisões durante a gestação, parto e puerpério (Camargos *et al*, 2021).

5.3.2 Observação empírica e aspectos subjetivos

Esta categoria baseia-se em recortes que enfatizam a implementação do rastreamento dos fatores de risco para a Depressão Pós-Parto (DPP) por meio da observação empírica e da consideração de aspectos sociais das gestantes. Além dos exames clínicos e testes laboratoriais, os profissionais de saúde levaram em conta a observação empírica, ou seja, os sinais físicos e os sintomas que as gestantes apresentam, muitas vezes até sem verbalizar.

Ademais, aspectos subjetivos, como o bem-estar emocional, histórico de saúde pessoal e familiar, preocupações da gestante e suas experiências anteriores, são cruciais para uma avaliação completa. Isso ressalta a importância de uma abordagem individualizada no cuidado à saúde mental durante a gravidez, implementada pelas entrevistadas citadas nos recortes, buscando ir além dos parâmetros clínicos e laboratoriais para considerar as nuances da experiência da gestante.

A gente vai avaliando desde as vestimentas, a higiene, como ela se apresenta e depois a parte mental dela, não deixa de se avaliar porque são perguntas sobre a saúde dela, sobre a casa dela, porque quando a gente lida com saúde pública a gente está lidando com o indivíduo dentro do seu contexto. (E6)

Na caderneta da gestante não tem muita abordagem assim, tem a parte que envolve pergunta sobre a saúde, antecedentes clínicos, obstétricos, pergunta sobre a parte de violência doméstica, abuso... É onde a gente vai e começa a dar o toquezinho, porque se foi violentada, se sofreu algum abuso, com certeza mexe com a saúde mental, né? [...] É porque é como eu digo, é o quebra-cabeça que se fecha e a gente chega à conclusão de que ela é uma pessoa altamente perturbada. (E2)

Nessa perspectiva, Alves e Rodrigues (2010) evidenciam que ambientes familiares instáveis, situações de pobreza, abuso e injustiças sociais podem provocar mudanças que desencadeiam riscos para a saúde mental e que intervenções nessas vertentes podem contribuir para a melhoria dessas circunstâncias.

Ainda sustentando tal afirmação, Pereira *et al.* (2010), em pesquisa realizada com gestantes adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde, retratam que 45% das entrevistadas relataram já terem sido violentadas emocionalmente ou fisicamente, pelos seus próprios parceiros ou alguém próximo, 7% relataram ter sofrido violência física e 3% já sofreram abuso

sexual. Destas, 22% apresentaram depressão na gestação. Portanto, percebe-se a ocorrência de casos dessa natureza e o quanto isso favorece para o desenvolvimento da DPP.

Na realidade a gente olha como um todo mesmo, né? A postura dela, como ela chega né? Como é a comunicação? Fiz quinze anos aqui nessa unidade, então eu já conheço muito da população daqui, então assim, quando essa paciente chega, eu já sei onde ela mora, qual é a estrutura familiar dela, então tudo isso a gente está observando na hora desse pré-natal. [...] Então assim, eu percebo quando eu vejo essa gestante mais fragilizada, perco mais tempo realmente com ela, tentando entender o que ela está passando, tentar direcionar e tentar resolver o problema mais rápido possível. (E3)

Quando uma gestante demonstra fragilidade ou necessita de apoio emocional adicional, os profissionais devem dedicar mais tempo para compreender suas preocupações e direcionar a assistência apropriada, como frisa E3. Isso demonstra empatia e sensibilidade para lidar com as necessidades particulares das gestantes.

O meu atendimento é de uma forma bem integral, né? A gente não só avalia a gestação em si. A gente avalia a mãe como um todo... se a mãe ela precisa de algum encaminhamento para psicólogo, se é uma gravidez indesejada ou não, né? Porque aqui tem uma área bem crítica, né? Uma área voltada à marginalidade, né? (E4)

Dessa forma, Marques *et al.* (2016) dispõem que os fatores de risco mais prevalentes para a DPP estão intrinsecamente ligados a questões econômicas e baixa escolaridade, uma vez que podem gerar insegurança, medo e condições insuficientes para suprir as necessidades da criança.

Portanto, ao adotar essa abordagem, fortalece-se a ideia de integralidade no atendimento pré-natal, que transcende o foco estreitamente médico e reconhece a complexidade da vida das gestantes. Isso resulta em um atendimento mais abrangente e centrado nas necessidades das mulheres grávidas.

A gente sempre questiona em relação a aceitação da gravidez, ao planejamento dessa gravidez, se ela foi planejada/desejada, como está sendo a recepção da notícia pelos familiares e parceiro. (E1)

Primeiro a gente pergunta se foi uma gestação planejada. Se não foi, se é desejada, esse é um aspecto importantíssimo, porque às vezes mesmo não sendo planejada, ela é desejada pela mulher. Aí a gente observa se ela vem só, se vem com um parceiro, né? Para ver essa questão da parentalidade, ver se tem rede de apoio, se tem alguém que vem junto, a gente pergunta se ela recebe bolsa família, porque a gente vê, né? Pelo índice de renda per capita muito baixa, vê quantos filhos ela já tem, vê como é toda essa estrutura familiar dela, entendeu? (E7)

A gente costuma ver principalmente se essa gestação não é aceita, a gente tenta ver e entender o que está acontecendo, se não está vindo nas consultas, então sempre estamos observando em um todo. (E10)

No contexto dessas falas, os profissionais de saúde estão focados em entender a complexidade da situação das gestantes, levantando questionamentos sobre a aceitação da gravidez, reconhecimento da parentalidade, planejamento e estrutura familiar, apoio social das gestantes e questões socioeconômicas. Sendo esses alguns pontos-chave no desencadear de uma futura depressão pós-parto.

No que se refere a não aceitação da gestação, os profissionais necessitam compreender as razões por trás dela e fornecer o suporte apropriado. Isso pode envolver aconselhamento, encaminhamento para serviços psicológicos ou sociais, ou simplesmente uma abordagem mais empática e cuidadosa durante o pré-natal, ajudando a gestante a lidar com seus sentimentos e preocupações relacionados à gravidez.

Dado que a DPP influencia negativamente nos comportamentos afetivos da interação mãe-bebê, a mesma é tratada como uma ruptura grave dessa relação, na qual sente-se a perda da genitora de modo em que há um distanciamento emocional, ocasionando falta de identificação da mãe com o feto. Ainda, há a verificação de que quanto mais instruídas são as mães, maior a atenção em compreender os sinais do filho e, conseqüentemente, maior a tentativa de interação com a criança (Krob *et al*, 2017).

Às vezes é a questão econômica, porque, muitos filhos e poucos recursos, também a gente já tem muitas pacientes que já tem depressão, que já toma medicação e às vezes se acentua mais com a gravidez, como qualquer outra doença na gravidez... Assim, a gente sabe que se torna gritante, né? (E9)

Souza *et al*. (2018) relatam que concerne à enfermagem identificar as mínimas alterações, seja no humor e/ou na integridade física da gestante, possibilitando o reconhecimento de patologias de viés psicológico.

Para tal, há ferramentas que podem ser utilizadas visando esse reconhecimento, a exemplo da própria caderneta da gestante, mas como observado pelos recortes dispostos muitas vezes, esse processo também se dá de modo empírico, utilizando da prática diária, olhar clínico e, sobretudo, empático. Entretanto, embora esse tipo de conduta tenha significância, ela não é padronizada, portanto, fica a critério do discernimento de cada profissional.

5.3.3 Investigação com base nas queixas específicas da gestante

Nesta última subcategoria, explorou-se a abordagem dos profissionais em relação ao rastreamento dos fatores de risco para a depressão pós-parto, que se baseia na queixa relatada pela gestante. Essa prática quando unicamente apoiada nas reclamações da gestante está em desacordo com os princípios da integralidade e do olhar holístico na saúde (Silva; Andrade; Bosi, 2014).

Logo, o enfoque restrito a uma única queixa limita a compreensão da complexidade dos fatores de risco associados à depressão pós-parto, ignorando aspectos importantes da vida da gestante que podem contribuir para o seu estado emocional e mental. No entanto, quando aderida de forma complementar enriquece a consulta e favorece um direcionamento assertivo.

De acordo com Campos *et al.* (2021), a demanda por serviços de saúde mental na atenção primária é percebida tanto pelos profissionais quanto pelos gestores como vasta e heterogênea, gerando inquietação nas equipes e exigindo uma compreensão aprofundada. Tal situação cria uma tensão com abordagens mecanizadas, notadamente o modelo de queixa-conduta, como dá seguimento E6.

A gente gasta muito tempo, e a gente termina quando tem dez pessoas, doze pessoas, vinte e três pessoas, você perde um pouco essa questão de você olhar um o todo do paciente, não dá, você termina focando só no problema, porque elas trazem queixa. (E6)

Com isso, existe uma fragilidade no que se refere ao resgate das consultas com base apenas na queixa, dado que essa abordagem restrita pode subestimar a complexidade dos problemas de saúde materna, especialmente questões relacionadas à saúde mental. Tal prática pode estar associada a diagnósticos incompletos e atrasos no tratamento, comprometendo a saúde tanto da mãe quanto do feto.

Não obstante, Campos *et al.* (2021), afirmam que os aspectos como a baixa qualificação das equipes, a angústia diante da complexidade das situações, a persistência das abordagens clínicas comprovadas neste modelo tradicional e a interligação desses desafios com a vulnerabilidade social e as altas taxas de problemas de saúde mental, suscita que profissionais de saúde e gestores públicos criem e fortaleçam novas estratégias de formação e apoio contínuo na Atenção Primária.

O recorte de E1 favoreceu a reflexão quanto ao entendimento do que seja a integralidade na assistência à saúde, na medida em que ela requer uma avaliação abrangente que leve em conta não apenas as queixas imediatas da gestante, mas também seu contexto social, emocional,

familiar e outros fatores psicossociais. Ignorar esses elementos pode resultar em uma abordagem superficial e inadequada, deixando de identificar fatores de risco significativos ou de proporcionar o suporte necessário para evitar complicações associadas à depressão pós-parto.

A questão de histórico mesmo de depressão, só quando ela já chega relatando. (E1)

Pereira *et al.* (2009) relatam que o risco de depressão foi maior entre as gestantes que apresentaram episódios depressivos antes da gravidez e que essas mulheres apresentam maior índice de recaída durante a gravidez e no período pós-parto. Ainda, afirma-se que a história anterior de depressão é um fator de risco para a depressão na gravidez.

Portanto, cabe ao profissional de saúde adotar uma postura ativa e nortear os questionamentos durante a avaliação da gestante, seja no âmbito mental, bem como em outros aspectos relacionados ao seu bem-estar. Este direcionamento estratégico é essencial para extrair informações relevantes que possam orientar o diagnóstico e o plano de cuidados.

O pré-natal quando você vem acompanhando mês a mês, cria-se uma amizade com a paciente, então, de certa forma, conversando, de forma bem amiga, ela chega: “Eu tô me sentindo muito feia, com aquela flacidez”, ou “engordei demais”, “emagreci demais”. Sempre elas vêm com essas queixas, mas aí fica naquela conversa bem amiga. (E8)

Assim como afirma Baptista, Baptista e Oliveira (1999), as mudanças fisiológicas e físicas durante a gravidez são fatores que também agem no desencadeamento da depressão. Sintomas como fadiga, mudanças no apetite, insônia ou hipersonia, perda de energia, preocupação com o aspecto físico e a diminuição do desejo sexual são considerados comuns durante essa fase.

Eu também ouço as queixas, né? Na parte mental, através das queixas dela e através até do próprio comportamento dela, que às vezes começa na conversa, uma história puxar a outra... E assim a gente vê se a preocupação é diferente do que é o normal numa gestante, se elas tem tristeza, se estão estressadas... (E9)

Muitas relatam a dificuldade de estar sozinha, a ansiedade em como vai ser... tudo isso, né? (E10)

Por fim, assim como E9 e E10, Campos *et al.* (2017), reconhecem a consulta de enfermagem como um espaço de acolhimento na assistência pré-natal. Isso se deve à sua capacidade de fomentar o diálogo aberto e franco, permitindo à gestante expressar abertamente suas dúvidas, sentimentos e experiências, uma vez que o pré-natal requer a existência de um

espaço de educação em saúde que seja colaborativo, centrado nas necessidades das mulheres e sensível às suas diversas culturas e conhecimento, preparando as gestantes para vivenciar a gestação e o parto de maneira positiva e integrada.

5.4 Principais dificuldades relatadas na rastreabilidade dos fatores de risco

A terceira categoria aborda sobre as principais dificuldades reportadas na rastreabilidade dos fatores de risco da Depressão Pós-Parto (DPP). Através da análise das entrevistas com as enfermeiras, foi possível identifica-se e categoriza-se cinco subcategorias, que serão esquadrihadas ao longo da discussão, a saber: A carência de um instrumento específico para o rastreamento dos fatores de risco da DPP; Características do processo de trabalho; Ausência de conhecimento e capacitação dos profissionais sobre a temática; Dependência do "saber psi" e, Vivência da gestação.

5.4.1 Carência de um instrumento específico para rastreamento dos fatores de risco da DPP

Nesta subcategoria, foram agrupados excertos de declarações nas quais as profissionais descrevem dificuldades relacionadas à carência de recursos materiais que possam auxiliá-las na facilitação de diálogos voltados para a identificação dos fatores de risco associados à depressão pós-parto, como demonstrado nas transcrições a seguir.

*É mais de forma empírica, eu não tenho nenhum material de apoio para fazer algumas perguntas, autoperguntas, eu sinto falta desse material.
(E4)*

Em contraposição ao que foi referido por E4, encontrou-se na literatura instrumentos que foram criados para propiciar um apoio na identificação dos fatores de risco da depressão pós-parto, sendo algumas dessas ferramentas o Inventário Beck de Depressão (BDI-II) e a Escala de Edimburgo para a Depressão Pós-Parto (EPDS).

Desenvolvido por Beck e colaboradores em 1996, o BDI-II assegura uma avaliação abrangente dos sintomas de depressão, incluindo aspectos afetivos, cognitivos e físicos. Este questionário avalia a gravidade dos sintomas de depressão em adultos e pode ser adaptado para avaliar o estado emocional das mulheres durante o período pós-parto, gerando uma pontuação que reflete o nível de depressão experimentado pela pessoa, permitindo uma avaliação quantitativa dos sintomas.

Tratando-se sobre a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, os colaboradores Cox, Holden e Sagovsky (1987) criaram tal instrumento buscando realizar uma avaliação

específica e sensível dos sintomas de depressão em mulheres após o parto, abordando questões relacionadas ao humor, ansiedade e sentimentos de inadequação, entretanto a mesma ainda pode ser utilizada durante a gestação.

Por conseguinte, diante do exposto, deve-se refletir se as lacunas na rastreabilidade da DPP refletem de fato pela ausência/eficácia dos instrumentos existentes ou sobre a capacidade dos profissionais, de saúde em explorar plenamente as ferramentas disponíveis, buscando conhecê-las e implementá-las.

Eu acho que sem um instrumento a gente se perde passando batido, se tivesse algum checklist que direcionasse mais estaria chamando atenção, porque às vezes um fator [de risco] não tínhamos ligado a isso, entendeu? A paciente estava apresentando isso, mas eu nem me toquei que podia ser algum problema mental ou algo assim. (E10)

Ter um instrumento que trabalharia tudo junto em todas as consultas teríamos a sensação de missão cumprida talvez maior do que fazendo só do jeito que a gente faz, e para ela, o acolhimento, as informações a mais, o próprio perguntar as coisas, acredito que faz toda diferença. (E1)

O que a gente utiliza realmente é a cartilha do pré-natal, que não tem nada a ver com isso, então eu acho que deveria ter pontos que identificasse mais rápido como os outros sintomas que ele é solicitado na caderneta da gestante... então se existisse um instrumento desse eu acho que facilitaria mais para que a gente identificasse essas fragilidades na gestante. (E9)

A conjuntura dos excertos destaca a inexistência de uma ferramenta específica para rastrear os fatores de risco associados à depressão pós-parto. Entretanto, a caderneta da gestante, uma recomendação padrão para o acompanhamento pré-natal, fomenta uma abordagem abrangente, ao observar aspectos biopsicossociais das gestantes. Apesar disso, E9 ressalta a importância de ter pontos específicos na caderneta da gestante para identificar os sintomas e fragilidades relacionadas à depressão pós-parto.

Entretanto, observou-se que tal instrumento orienta as consultas, investiga os antecedentes das gestantes e registra informações ao longo do período, permitindo a observação das mudanças ao longo do tempo. Logo, essa metodologia possibilita a identificação eficaz dos fatores de risco à medida que se manifestam.

O que poderia ser realizado, de acordo com o que foi sugerido por E9, seria a implementação de perguntas norteadoras que tratem dessa temática. Acredita-se que a existência de uma ação/instrumento como o checklist mencionado, facilitaria a identificação e

abordagem dessas fragilidades, proporcionando um cuidado mais efetivo para as gestantes (Arrais; Araujo; Schiavo, 2018).

Na gestação a gente não tem uma escala específica, apesar de que os parâmetros do pós-parto a gente observa também na gestação. Na realidade é muito do tapear. [...] Nada está protocolado nas vias formais, nem no sistema que é o PEC, nem na caderneta da gestante, nem nos protocolos ministeriais, e isso só acontece na medida que é demandado, então às vezes os profissionais não registram, como não registram, talvez não surja como uma demanda. (E7)

Acho que se a gente tivesse um roteiro, eu acho que facilitaria bastante, até pra iniciar esse cuidado, esse olhar, nós precisamos ter o roteiro, a gente tá perdida. A gente não sabe nem por onde começar. Então, se tivesse um roteiro, eu acho que facilitaria bastante. Eu acho que impacta de uma forma bem positiva, porque elas vão ter mais confiança no profissional e se abrir com ele durante essa consulta de pré-natal e não ficar só naquela parte bebê. (E8)

Por outro lado, constata-se que na prática profissional, os registros contidos nas cadernetas da gestante são predominantemente inadequados, conforme observado por Guimarães *et al.* (2020). Em virtude disso, ocorre uma subvalorização deste instrumento e, possivelmente, uma violação das disposições do Ministério da Saúde para garantir uma assistência de qualidade. Logo, tal pensamento pode levar à subutilização dos instrumentos existentes, por falta de domínio do instrumento, compromete a identificação dos sinais precoces da DPP, tornando-se apenas um objeto destinado à escrita da realização das consultas.

5.4.2 Características do processo de trabalho

Em sequência, observa-se que, por muitas vezes, há o reconhecimento de distúrbios psicológicos entre as gestantes, por meio da análise dos fatores de risco, tendo o acompanhamento de instrumentos que auxiliem nessa perspectiva ou até de maneira subjetiva pelo profissional, mas também é notado que em variadas ocasiões o acompanhamento correto não ocorre.

Diante disso, essa subcategoria apresentará os obstáculos encontrados no processo de trabalho, que incluem dificuldade em dar segmento ao caso clínico, sobrecarga de trabalho devido às metas de produtividade, bem como ausência de familiaridade dos profissionais com a equipe multiprofissional.

Quando você se encontra com um quadro depressivo, a coisa mais difícil do mundo é você dar sequência a esse acompanhamento. [...] A gente não tem para onde encaminhar. (E3)

Até o pré-natal de alto risco a gente tem dificuldade para encaminhar essa gestante, e já é o básico da Atenção Básica, a gente não consegue de primeira. Então se o básico do pré-natal a gente tem dificuldade, imagina para isso, que é uma coisa nova, assim, é e não é uma coisa nova, que a depressão pós-parto é uma coisa antiquíssima, mas que não tem um direcionamento próprio pra isso, entendeu? (E9)

Como exemplo disso, E3 compartilha sua dificuldade em lidar com a gestante após efetividade no rastreamento dos fatores de risco. De acordo com Falcone *et al.* (2005), o atendimento pré-natal desempenhado por uma equipe multiprofissional, que reúne conhecimentos e esforços de diversos profissionais, se revela como uma oportunidade valiosa para a prevenção, detecção e tratamento de transtornos afetivos em gestantes.

No entanto, a falta de uma equipe composta por diversos profissionais, como médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, significa que as gestantes podem não receber a atenção abrangente necessária para lidar com as complexidades emocionais e psicológicas da gravidez. Essa carência pode resultar em problemas não identificados ou tratados, afetando a saúde mental das gestantes e, conseqüentemente, o bem-estar de seus filhos.

A enfermeira E9, destaca as dificuldades encontradas no encaminhamento de gestantes com pré-natal de alto risco, no âmbito da Atenção Básica. Diante disso, evidencia-se a falta de estrutura e recursos adequados para lidar com essa situação. A entrevistada menciona que se já há dificuldades no cuidado pré-natal básico, torna-se ainda mais complexo lidar com a DPP. De acordo com Brasil (2013) essa realidade vislumbra a necessidade de uma abordagem mais direcionada e efetiva para o rastreamento e tratamento da depressão pós-parto, levando em consideração a complexidade da condição e a importância de um suporte adequado para as gestantes.

Não tinha precisão de mandar a menina para outro serviço para ser acompanhada, o profissional [psicólogo] já podia estar aqui na unidade. Então assim, chega até ser uma sobrecarga para os profissionais que ficam e uma responsabilidade que quando a gestante chega a gente fica... porque ela sai daqui, mas meu coração não sabe se ela foi ou se não foi, se ela chegou ali e rasgou o encaminhamento, ninguém sabe, então é muito difícil para gente. [...] tem um déficitzinho na atenção dos gestores, com a contrarreferência, pois a referência é aquilo que eu encaminho para o psicólogo, e a contrarreferência é o que vem de lá para mim, a devolutiva do acompanhamento daquela gestante. (E4)

A entrevistada E4 destaca a imprecisão ao encaminhar gestantes para outros serviços de acompanhamento, enfatizando a importância de contar com uma equipe multiprofissional

dentro da unidade de saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Isso evidencia a sobrecarga e a responsabilidade que recaem sobre os profissionais que permanecem na unidade de saúde, além da incerteza em relação ao acompanhamento das gestantes após o encaminhamento.

Essa situação representa um desafio para os profissionais, pois gera incerteza quanto à efetividade do acesso das gestantes aos serviços para os quais foram encaminhadas. Sobressaindo a necessidade de aprimorar os processos de encaminhamento e o acompanhamento de gestantes, a fim de garantir uma assistência mais efetiva.

Em consonância com Oliveira, Silva e Souza (2021), o déficit na contrarreferência é mencionado como um problema na atenção dos gestores, destacando a importância de uma comunicação efetiva entre os serviços de referência e contrarreferência para garantir o acompanhamento contínuo e adequado das gestantes. Essa observação ressalta a necessidade de melhorias na organização e comunicação entre os diferentes serviços envolvidos no cuidado pré-natal, visando garantir uma assistência integral e efetiva às gestantes.

As cobranças em atingir metas, a paciente tem que ter sete ou mais consultas de pré-natal, e a gente vai para aquela consulta de pré-natal, acompanhando o que está lá no cartão da gestante. (E1)

Outrossim, E1 destaca as pressões existentes para atingir metas relacionadas ao número de consultas de pré-natal. Isso indica que existe uma ênfase na quantidade de consultas realizadas, possivelmente como um indicador de qualidade do cuidado pré-natal. No entanto, essa abordagem pode levar a uma maior preocupação em cumprir as metas estabelecidas, em vez de focar na qualidade do atendimento e na atenção às necessidades individuais das gestantes. Essa observação ressalta a importância de uma abordagem mais holística e centrada na paciente durante o pré-natal, valorizando não apenas a quantidade de consultas, mas também a qualidade do cuidado prestado (Brasil, 2021).

De que adianta a capacitação em saúde mental se eu não vou poder ter o apoio de outros profissionais para poder colocar aquilo em prática? Se eu não vou ter a formação de grupos de apoio para poder aquela gestante se inserir naquela situação... A educação, assistência social, o psicólogo, a equipe de saúde todos ali motivados, não é uma ação só. (E6)

A entrevistada E6 levanta uma questão ao expressar seu descontentamento em relação à capacitação em saúde mental, enfatizando a ausência de suporte e suporte de outros profissionais para aplicar o conhecimento em prática. Ele ressalta que ter a capacitação não é

suficiente se não houver uma equipe interdisciplinar e estrutura adequada para implementar as práticas aprendidas.

Todavia, pondera-se que a ausência desse apoio não deve servir como subterfúgio para negligenciar a parte que compete ao enfermeiro dentro da assistência pré-natal, visto que a conformidade diante das lacunas existentes no sistema de trabalho torna-se um inimigo silencioso que pode trazer impactos significativos na qualidade da assistência prestada.

Com isso destaca-se a importância não apenas da capacitação, ambiente de trabalho colaborativo e de recursos adequados para garantir a eficácia da intervenção em saúde mental, mas também a responsabilidade dos profissionais diante das atribuições que lhes são cabíveis.

Rocha *et al.* (2015) reforçam que a deficiência de compreensão em relação aos transtornos mentais contribui para a perpetuação de estigmas e atitudes adversárias, o que pode ter impactos específicos para os pacientes. O convívio com indivíduos que manifestam preconceitos e discriminações elevam a probabilidade de autoestigmatização, exercendo influência direta no processo de recuperação daqueles que estão sob cuidados médicos.

A questão do PSF era justamente para isso, né? Ele aproximou o profissional de saúde da comunidade, né? Mas não pra gente ter uma demanda tão grande. [...] São vinte e cinco, trinta pacientes que chegam aqui para a médica e enfermeira avaliar, eles com vários exames ou para entregar os resultados e a gente poder avaliar para tomar uma conduta ou gente solicitar tantos, depois tem um monte de coisa pra colocar no computador. [...] Porque você não tem o poder de interferir naquilo ali, porque não é uma coisa só, não depende só de mim, depende de toda uma conjuntura social, política para poder mudar. (E6)

Eu não posso sozinha me mover, né? Tem que ser o apoio conjunto. A gente tá ainda nesse processo de amadurecimento, a equipe toda, não só eu, para roda girar tem que todo mundo participar. (E7)

Concebido com o intuito de fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, o Programa de Saúde da Família (PSF), visa melhorar o acesso aos serviços de saúde, entretanto, o aumento da demanda é um desafio enfrentado no contexto do PSF, como mencionado no relato.

A expansão do acesso aos serviços de saúde é um objetivo positivo, mas também exige uma infraestrutura adequada e recursos para atender a crescente demanda. A falta de recursos, tanto humanos quanto materiais, pode resultar em sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, o que pode afetar negativamente a qualidade do atendimento e o tempo dedicado a cada paciente (Brasil, 2023).

Nos deparamos com a dificuldade de marcar para uma psicóloga, para um psiquiatra, é muito difícil a gente ter uma parceria, quando necessitamos tentamos entrar em contato com as colegas, mas aquela linha de cuidado mesmo tem uma deficiência. Às vezes a gente tenta discutir em equipe, chamar o médico, a ACS, a gente tenta ver, hoje estamos sem o assistente social em nossa equipe, então isso dificulta a nossa ação, porque a gente nem tem tempo e perna para atuar em vários setores. (E10)

Nota-se ainda que há uma dificuldade em marcar consultas com psicólogos e psiquiatras, sendo uma realidade enfrentada por muitas equipes de saúde. A falta de parcerias e uma linha de cuidado efetiva são apontados por E10 como contribuintes para essa deficiência. A busca por discussões em equipe e envolvimento de diferentes profissionais, como médicos, agentes comunitários de saúde e assistentes sociais, é essencial para assegurar um atendimento abrangente.

No entanto, a escassez de recursos humanos, tempo limitado e até mesmo falta de familiaridade com a interdisciplinaridade, podem dificultar a atuação em diversos campos de atuação. Esses desafios evidenciam a carência de investimentos e políticas públicas que fortaleçam a rede de saúde mental e promovam uma abordagem interdisciplinar (Brasil, 2011).

5.4.3 Ausência de conhecimento e capacitação dos profissionais sobre a temática

Esta subcategoria destaca que uma das maiores dificuldades dos profissionais de enfermagem entrevistados diz respeito à falta de conhecimento e capacitação sobre a temática. Eles enfrentam desafios significativos devido à ausência de preparo adequado para lidar com questões relacionadas à saúde mental, especialmente no contexto da gravidez e do pós-parto.

A falta de conhecimento e treinamento adequados nessas áreas representa uma barreira importante para fornecer uma assistência de qualidade às gestantes que enfrentam problemas de saúde mental, exigindo uma atenção urgente para o fortalecimento das capacidades dos profissionais de saúde.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem a ausência de discussão sobre a depressão pós-parto suscita uma série de questionamentos relevantes em relação à maternidade, a saúde mental das mulheres durante o período gestacional e no pós-parto, muitas vezes é subestimada, particularmente durante o pré-natal e após os primeiros meses do nascimento do bebê (COREN, 2016).

Eu encontro dificuldade por não ter a vivência mesmo, aquela prática de estar questionando os possíveis fatores de risco, que a gente faz nessa consulta inicial e se não tiver nenhuma queixa relacionada sobre

isso ao longo do pré-natal isso vai sendo esquecido e a gente vai mais orientar sobre aleitamento materno, trabalho de parto... E a questão materna em si, emocional, é complicado. (E1)

Assim sendo, E1 expressa suas dificuldades em relação à falta de experiência prática na identificação dos possíveis fatores de risco durante a consulta inicial no pré-natal. Frisando que, se não houver queixas relacionadas a esses fatores durante o acompanhamento pré-natal, eles podem ser esquecidos em detrimento de outras orientações, como aleitamento materno e trabalho de parto, logo a dimensão emocional da saúde materna torna-se particularmente desafiadora.

Ante o exposto, Campos *et al.* (2016) evidenciaram a urgência em desenvolver estratégias de qualificação profissional, visando capacitar os profissionais de saúde a embasar suas práticas no conhecimento científico mais atualizado. Essas estratégias devem abordar não apenas aspectos técnicos, mas também os elementos sensíveis do cuidado, enfatizando uma abordagem de educação em saúde centrada nos indivíduos e na comunidade.

Eu sinto que nessa parte eu sentiria um pouco de dificuldade, por ser da área que eu nunca, é..., pesquisei tanto sobre ela. Ai eu acho que eu sentiria falta, a parte de saúde mental, como não é uma área que eu me identifico, eu sentiria falta. Ou sentiria, é..., falta de uma especialização nessa parte, é algo esquecido. (E8)

Guerra *et al.* (2019), afirmam que promover discussões e estudos que possibilitem o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde com o propósito de prestar assistência abrangente às mulheres no ciclo gravídico-puerperal torna-se essencial, uma vez que neste momento demandam cuidados holísticos.

Contrariando as concepções tradicionais, a evidência revela que os desafios de saúde mental não se restringem ao pós-parto, destacando a prevalência e a relevância dos sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação.

Fazer investigação além da caderneta, focar nesses aspectos de vulnerabilidade, de história de depressão e ansiedade, de algum problema mental... está faltando mais capacitação dos profissionais. (E5)

Dando continuidade à discussão frente às dificuldades na rastreabilidade dos fatores de risco da DPP, E5 destaca que uma delas é a investigação para além do que está registrado na caderneta da gestante, concentrando-se em aspectos de vulnerabilidade, histórico de depressão, ansiedade e outros problemas mentais durante o pré-natal.

Adicionalmente, enfatiza-se de modo imprescindível um olhar voltado para capacitação mais abrangente, a fim de que os profissionais possam lidar eficazmente com questões de saúde

mental. Tal condição ratifica a magnitude que se tem ao adotar uma abordagem holística na identificação e rastreamento dos fatores de risco da DPP, ultrapassando as informações usualmente registradas na caderneta da gestante.

O estudo de Lima *et al.* (2017) destaca a falta de atenção à saúde mental das gestantes, devido à crença comum de que a gravidez é um período de bem-estar, com os transtornos psicóticos sendo geralmente associados ao puerpério.

O referido estudo afirma que durante a gravidez, 10% a 15% das mulheres apresentam sintomas leves e moderados de ansiedade e depressão, como tristeza inexplicada, culpa e problemas de sono, com uma variação entre 11,9% e 33,8%. Essas descobertas indicam um risco específico de desenvolvimento de depressão, enfatizando a necessidade premente de uma atenção mais específica à saúde mental desde o início da gestação.

A gente precisa de atualizações, de acompanhamento, porque a gente no nosso curso não teve essa ponte, esse apoio... A gente precisava de ter um treinamento para melhorar essa abordagem, nesse acompanhamento com o usuário. eu não tenho preparo para isso e a gente não tem nada que nos auxilie, às vezes pode passar até despercebido entre a gente, porque a gente não tem nada que nos auxilie. Só os casos mais graves, mais gritantes é que a gente vê através da consulta normal, caso não, passa despercebido. (E9)

O relato de E9 destaca a falta de suporte e treinamento específico nessa área, o que pode resultar em uma abordagem limitada e a falta de identificação de casos menos evidentes. Consequentemente, é fundamental que os profissionais tenham acesso a programas de educação continuada, supervisão clínica e recursos que os auxiliem no desenvolvimento de habilidades necessárias para identificar e lidar com diferentes situações (Ponse *et al.*, 2020).

Por fim, trazendo um desfecho para essa subcategoria, percebe-se que a necessidade de atualizações e acompanhamento contínuo na formação dos profissionais de saúde é crucial para melhorar a qualidade da abordagem e do cuidado prestado aos usuários.

5.4.4 A dependência do “saber psi”

Na penúltima subcategoria, podemos observar relatos que destacam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no processo de rastreamento de fatores de risco em saúde mental, devido à percepção de que essa responsabilidade recai majoritariamente sobre os profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. Essa dependência do “saber psi” é vista como um desafio, pois, por vezes, é interpretada de maneira equivocada, como uma fuga para terceirizar uma responsabilidade que deveria ser compartilhada por todos os profissionais de

saúde, de acordo com suas competências e atribuições, e não apenas por especialistas em saúde mental.

Na perspectiva de Affeldt, Vasques e Jardim (2012), a Unidade de Saúde da Família representa a principal porta de entrada dos pacientes no SUS, encarregada de realizar um acompanhamento completo dos usuários, contemplando também a saúde mental. Com resultado, para garantir uma abordagem integral, os profissionais que trabalham nas UBSF necessitam estar orientados, visando à resolução de problemas diretamente no território.

Você faz o que com esses casos? O que a gente faz? Encaminha para médica, entra com um processo medicamentoso, mas e o resto? Então assim, eu não sou terapeuta né? Eu não sou psicóloga, eu sou enfermeira, então, de investigar, de orientar essa parte é feita, mas não é só isso, não é só isso e aí a gente faz o quê? Fica no escuro. (E3)

O trecho exposto por E3, salienta a falta de clareza sobre como lidar com casos que vão além do encaminhamento médico e do tratamento medicamentoso, tornando-se uma preocupação comum enfrentada pelos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros. Essa incerteza pode se manifestar, especialmente quando se trata de aspectos terapêuticos e de orientação no contexto da saúde mental das gestantes. Logo, torna-se vital abordar essa lacuna na capacitação e orientação dos profissionais para assegurar que eles estejam aptos a fornecer cuidados apropriados às gestantes que enfrentam problemas de saúde mental durante a gravidez e o pós-parto.

Reconhece-se que os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental na promoção da saúde mental e no suporte aos pacientes, no entanto, a ausência de orientação específica pode resultar em uma sensação de incerteza e falta de clareza em relação a como abordar efetivamente essas questões. Portanto, é imperativo fornecer a esses profissionais a capacitação e as orientações necessárias para desempenhar esse papel de forma assertiva e segura (Espírito Santo, 2018).

Eu fico um pouco a desejar nessa parte, por a gente não ter uma rede, assim, de apoio na parte psicológica, a gente não entra tanto nessa área, por não ter uma referência, Já para parte da psicologia é mais fácil, a gente não tem. É sempre com pessoas que estão com algum projeto, estagiário, mas, a gente nunca tem, assim, a porta aberta. Quando você pega um caso desses você se sente, de uma forma bem simples, de mãos atadas. Aí... às vezes quem me socorre é a assistente social, que aí tenta..., mas aí não é também tanto a área dela. Não é específico, aí a gente tenta dar o nosso jeitinho, mas é bem complicado, não é o suficiente. (E8)

A psicóloga tem uma agenda lotada, então a gente tem essa dificuldade de conseguir assistir essas mulheres, mas a gente vai se ajeitando e tentando conseguir de alguma forma. (E10)

Esses relatos destacam a dificuldade enfrentada pelos profissionais de enfermagem na prestação de apoio psicológico às gestantes devido à falta de acesso a conhecimentos nessa perspectiva. Apesar disso, eles buscam soluções alternativas, como recorrer a assistentes sociais ou estagiários, para prestar algum tipo de apoio, mas reconhecem que essas alternativas não são suficientes para atender às necessidades específicas de saúde mental das gestantes.

Os profissionais entrevistados demonstram a importância de garantir os subsídios para lidar com a saúde mental e desenvolver estratégias para preencher essa lacuna e oferecer um apoio mais abrangente e eficaz às gestantes que enfrentam desafios emocionais durante a gravidez e o pós-parto, mesmo diante das limitações existentes.

Ainda segundo Affeldt, Vasques e Jardim (2012), a recomendação para encaminhamento a serviços especializados deve ser considerada apenas quando todas as opções de intervenção local tenham sido esgotadas, e a responsabilidade pelo cuidado do paciente é compartilhada entre os diversos serviços envolvidos

Não é todo enfermeiro que tem, primeiro, disponibilidade de assumir, porque assim, a saúde mental é... Psicólogo, psiquiatra, então assim, já não é comigo. É outro tempo que demandaria da gente, então é mais uma ossada para a enfermagem. [...] Eu acho que a enfermagem iria se revoltar, sabe? Mais uma coisa para a gente e a gente é psicólogo também é? Porque nós é assim também, não, a gente não é psicólogo... Então é ISEIA, vai atrás do ISEA, vai atrás do psicólogo mesmo. (E2)

Gomes *et al.* (2019), destacam que o exame físico realizado pelas enfermeiras é eficaz e tranquilizador para as gestantes, sendo realizado com maior frequência. No entanto, há uma lacuna na avaliação do estado emocional das gestantes, o que pode impactar seu autocuidado e o cuidado com o recém-nascido. Isso destaca a necessidade de avanços na integração da saúde mental na atenção primária à saúde.

Ah, minha filha... A gente às vezes se sente tudo amarrada assim, olhando para cruz com os pulsos amarrados. Então o que nós temos no nosso serviço mesmo sou eu [Enfermeira], a médica e a assistente social, pronto..., mas quando aí passa para um olhar mais especializado, como um psiquiatra, um neurologista, um psicólogo já não temos. a gente passa pra médica, a gente passa para assistente social e aí a gente vê a possibilidade de ir para o CAPS, então assim, é um repasse. (E9)

Concluindo, E9 expressa a sensação de estar restrita em sua capacidade de lidar com questões de saúde mental das gestantes. Desse modo, Ferreira e Nakamura (2016), salientam

no que tange às atribuições do enfermeiro durante o acompanhamento da gestação, estendendo-se ao puerpério, que os mesmos abarcam uma gama de responsabilidades, incluindo a prevenção e detecção do sofrimento mental, feito este que origina-se mediante a observação das flutuações no estado de ânimo e do acompanhamento de suas condições físicas.

Em oposição ao termo “repasso”, sem antes fazer o que lhe é devido, sobreleva que é de responsabilidade do enfermeiro criar um ambiente propício para educar a gestante sobre saúde mental e as principais sintomatologias associadas à gestação. Aproveitando as consultas pré-natais como oportunidades educacionais, o profissional capacita a gestante a reconhecer sintomas ou estados emocionais que possam indicar desordens psicológicas.

Destarte, em certos casos, essa intervenção educativa apropriada pode permitir que o enfermeiro analise a situação e oriente os próximos passos, sem a necessidade imediata de encaminhamento para um psicólogo, mostrando a importância do papel proativo do enfermeiro na promoção da saúde mental das grávidas.

5.4.5 A vivência do gestar

A última subcategoria abordada, denota a vivência no período gestacional, que pode se tornar uma dificuldade no rastreamento da depressão pós-parto. Posto isso, é fundamental reconhecer que essa experiência não é exclusivamente responsabilidade do enfermeiro; uma parte significativa dela recai sobre a gestante e sua capacidade de assumir responsabilidades em relação à própria gestação. Isso marca a importância de uma abordagem colaborativa, na qual tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes desempenham papéis importantes na promoção da saúde mental durante a gestação e pós-parto.

O papel do enfermeiro e de toda a equipe de saúde é apoiar e orientar a gestante, fornecendo informações, apoio emocional e cuidados clínicos. No entanto, a gestante desempenha um papel central em sua própria saúde e na saúde de seu bebê. Essa parceria entre profissionais de saúde e gestantes garante uma gestação saudável e um parto seguro. Assegurando a seriedade da educação em saúde, do empoderamento da gestante para tomar decisões informadas e da colaboração entre a equipe de saúde para alcançar os melhores resultados em saúde materna e infantil.

Nesses anos todos de formação, eu conto nos dedos as com psicose, não é muito comum, eu acho que nesses anos a gente tem uma média de duas por ano, uma coisa assim.... Mas o sofrimento psíquico que elas têm associado a inúmeros outros fatores, quase todas as mulheres chegam hoje. Porque a vulnerabilidade social é grande, a sobrecarga familiar é grande, a rede de apoio é frágil, entendeu? (E7)

Em consonância com a explanação de E7, Bomfim *et al.* (2022), trazem enfoque na sobrecarga da mulher que, antes, desempenhava vários papéis em sua vida, e agora enfrenta o desafio adicional de cuidar de um bebê que depende inteiramente dela. A falta de apoio adequado frequentemente a coloca em uma situação desafiadora, aumentando o risco de depressão pós-parto. Esse fenômeno resulta da interação complexa entre fatores biológicos e sociais que tornam as mulheres mais suscetíveis à depressão pós-parto.

A gestação é uma experiência que envolve não apenas o cuidado médico e de enfermagem, mas também o autocuidado e a participação ativa da gestante em seu próprio processo de saúde. Isso inclui adotar hábitos de vida saudáveis, seguir as orientações dos profissionais de saúde, comparecer às consultas de pré-natal, buscar suporte emocional quando necessário e tomar decisões informadas em relação ao parto e ao cuidado do bebê.

Um grande fator de risco é ela ser muito jovem, entendeu? E se sentir incapaz de dar conta de um recém-nascido. A expectativa que a sociedade joga nas mulheres, né? Por mais que tenha essa coisa contra hoje, mas existe sim essa expectativa que é gerada na mulher. É ela que tem que dar conta de tudo, amamentar, de prover, de fazer tudo, enfim.... (E5)

De acordo com Cremonese *et al.* (2017), há um evento complexo quando uma adolescente engravida, sendo confrontada com complexos processos físicos e psicológicos para lidar com a gravidez, o que a obriga a amadurecer abruptamente diante da maternidade e das novas responsabilidades em relação ao filho e à família.

Ao mesmo tempo, no que diz respeito aos sentimentos vivenciados, é evidente que a descoberta da gravidez na adolescência desencadeia uma ampla gama de emoções, como o medo e receio de desaprovação da família, bem como, a dúvida e a incerteza em relação à maternidade, podendo resultar em sentimento de culpa, ansiedade e, posteriormente, o desenvolvimento da depressão (Coutinho *et al.*, 2016).

Esses autores convergem na compreensão de que a gravidez na adolescência implica tanto em desafios físicos quanto emocionais, que podem ter um impacto significativo na saúde mental das jovens gestantes.

As vezes que eu encaminhei [consulta psicológica] elas vão, porém elas não são assíduas ao tratamento do psicólogo. Elas vão uma vez, duas vezes, três vezes, aí se cansam porque é aquela conversa, aí não tem com quem deixar os cinco meninos em casa. Aí não tem transporte pra ir, aí não aguenta porque está enjoada... então tem uma série de fatores extras que dificultam essa assiduidade. Então assim, evitar uma DPP para gente aqui enquanto serviço primário, né? É bem difícil numa

área dessa como a da gente”. [...] Dizem logo assim: “Eu já tive cinco meninos, todos estão vivos” (E4)

A falta de assiduidade ao tratamento psicológico por parte das pacientes pode ser influenciada por diversos fatores externos, como responsabilidades familiares, falta de transporte e condições de saúde. Essas barreiras adicionais podem dificultar o acesso regular e consistente aos serviços de saúde mental, especialmente em contextos de cuidados primários. É vital reconhecer que as demandas e desafios enfrentados pelas pacientes podem afetar sua capacidade de se engajar plenamente no tratamento (Ferreira; Campos, 2023).

É falta de apoio, falta dos maridos também, muitos são presos, né? Então, assim, muitas têm vários filhos... teve uma que disse assim: “Eu não tenho nem tempo de ter depressão, não tenho nem o que pensar, não tenho nem condições de pensar que eu posso ter uma depressão. (E2)

É difícil você ter nelas esse nível de consciência, né? Porque a vida já se apresentou muitas vezes dura pra elas, então elas já estão adaptadas a esse tipo de situação, né? Mas assim, sempre vem a questão da depressão pós-parto junto com todo o contexto e termina estourando e ela nem percebe porque foi, mas assim a consciência delas com relação a esse problema, eu não percebo não. Porque quer queira, quer não, ainda é associada num tratamento de um problema assim... Como um problema de doido. “Não, não sou doida, eu não tô precisando disso” ... Então é como se fosse um atestado de fraqueza, de doença, que elas não querem ter. (E6)

Fazendo menção ao excerto de E6, as gestantes muitas vezes enfrentam dificuldades em reconhecer os sintomas da depressão pós-parto devido à falta de conscientização sobre o problema. Lima *et al.* (2017) observaram que gestantes frequentemente enfrentam desafios ao compartilhar situações de risco relacionadas a alterações psicológicas, como depressão e oscilações de humor, devido à falta de conhecimento sobre esses fatores. Elas muitas vezes interpretam erroneamente esses sintomas como decorrentes da gravidez e relacionados a mudanças hormonais.

Agravando ainda mais tal cenário, Lima *et al.* (2017), complementam destacando que os profissionais da atenção primária também enfrentam deficiências no que se relaciona a identificação dessas alterações, justamente pela ausência de familiaridade com instrumentos de avaliação mental das gestantes, restringindo o foco apenas para saúde mental no pós-parto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro na atenção primária, é um agente significativo no processo de rastreabilidade dos fatores de risco da depressão pós-parto, visto que trata-se de um transtorno que não afeta apenas a genitora, mas o bebê e toda sua estrutura familiar capaz de desencadear problemas duradouros e em diversas esferas.

Apesar do papel desempenhado, esses profissionais reconhecem a relevância de se atentar aos fatores de risco da DPP no período do ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, é válido ressaltar que existem lacunas latentes no rastreamento efetivo dos fatores de risco associados a essa condição. Muitas vezes, as demandas sobre o sistema de saúde, a falta de treinamento especializado, a ausência de instrumentos que norteiam suas ações no âmbito de saúde mental, a condução da gestação e do processo de gestar, defasagem na rede de apoio familiar e profissional, bem como as características do processo de trabalho podem dificultar a capacidade dos enfermeiros em realizar um rastreamento completo e preciso.

Para superar essas lacunas, é fundamental investir em programas de capacitação contínua para os profissionais de enfermagem na área da saúde materna. Isso inclui não apenas treinamento técnico sobre os sintomas da depressão pós-parto, mas também sensibilização para as questões psicossociais que cercam as novas mães.

Além disso, a alocação de recursos adequados, como tempo e pessoal, é essencial para garantir que os enfermeiros tenham a capacidade de dedicar atenção suficiente a cada paciente, permitindo um rastreamento minucioso dos fatores de risco. Outrossim, campanhas educacionais e acesso facilitado a serviços de apoio psicológico podem ajudar a reduzir o estigma associado à depressão pós-parto e encorajar as mulheres a buscar ajuda quando necessário.

Ademais, reconhecer e abordar as lacunas no rastreamento dos fatores de risco da depressão pós-parto é essencial para garantir a saúde mental das mães e o bem-estar de suas famílias. Ao investir na formação contínua dos enfermeiros, na conscientização pública e na alocação adequada de recursos, podemos fortalecer a capacidade da equipe de saúde na atenção primária para identificar e intervir precocemente, proporcionando um ambiente de apoio crucial para as mães que enfrentam essa condição desafiadora.

No desenvolvimento deste estudo, foram identificadas limitações no que diz respeito à hiatos acadêmicos referentes a temática, como também, falta de dados atualizados e representativos. Tal carência pode ser atribuída a uma subnotificação da condição apresentada

ou a um possível déficit na identificação por parte dos profissionais de saúde. Isso destaca a necessidade de melhorar a coleta de dados e a conscientização sobre a importância de relatar casos de depressão pós-parto, a fim de entender a verdadeira extensão do problema.

Por fim, é espera-se que este estudo contribua para a comunidade científica e as autoridades públicas, incentivando a promoção de debates e discussões substanciais sobre como enfrentar essa problemática que impacta significativamente inúmeras famílias. O diálogo entre profissionais de saúde, pesquisadores, legisladores e a sociedade em geral é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, rastreamento e tratamento da depressão pós-parto, bem como para assegurar o acesso a serviços de saúde mental e materna, além de combater o estigma que envolve essa condição.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, Â. B.; VASQUES, G. A.; JARDIM, V. M. R. O apoio matricial em saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família em São Lourenço do Sul/RS. *Journal of Nursing and Health*, v. 2, p. 240-248, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3483>. Acesso em: 25 out. 2023.
- ALBA, B. M. CE: *Postpartum Depression: A Nurse's Guide*. *AJN The American Journal of Nursing*, v. 121, n. 7, p. 32-43, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2021/07000/CE_Postpartum_Depression_A_Nurse_s_Guide.25.aspx. Acesso em: 13 abr. 2023.
- ALBUQUERQUE, R. N.; XAVIER, J. S. Teoria das Necessidades Humanas Básicas e a Depressão Pós-Parto: uma reflexão para a Enfermagem. *Revista Pró-univerSUS*, v. 13, n. 1, p. 36-43, 2022. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3266>. Acesso em: 29 abr. 2023.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>. Acesso em: 10 out. 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V. **Associação Americana de Psiquiatria**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5 ed, p. 992., Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, v. 19, p. 181-186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/>. Acesso em: 24 out. 2023.
- AGRAWAL I.; MEHENDALE A. M.; MALHOTRA R. *Risk Factors of Postpartum Depression*. *Cureus*, v. 14, n. 10, p. e30898, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36465774/>. Acesso em: 01 abr. 2023.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1. Acesso em: 12 out. 2023.
- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 4, p. 711-729, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nzLTSHjFFvb7BWQB4YmtSmm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ScBXWZfTcyVFXXfzs8jQRmp/>. Acesso em: 13 out. 2023.

BARROS, J. A. S. F. *et al.* Atuação do enfermeiro no pré-natal. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, p. e211976-e211976, 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/976>. Acesso em: 25 out. 2023.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?. **Temas em psicologia**, v. 7, n. 2, p. 143-156, 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X1999000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 09 out. 2023.

BECK, A. T. *et al.* **Beck depression inventory**. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1987. Disponível em: <https://www.med.upenn.edu/cbti/assets/user-content/documents/Beck%20Depression%20Inventory.pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 de abr. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2010, 95 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-n-29-rastreamento.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 163 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf&ved=2ahUKEwjtrb3Hn6OCAxXZIZUCHdd2AJAQFnoECA8QAQ&usg=AOvVaw0QFs38F36Dh24nXckZ--x0. Acesso em: 16 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf&ved=2ahUKEwjWkrUoKOCaxXZs5UCHWk1AtQQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw3aogcR042hwsYjzqnWSeD. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**, 3. ed, 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto#:~:text=O%20diagn%C3%B3stico%20da%20depress%C3%A3o%20p%C3%B3s,ap%C3%B3s%20o%20nascimento%20da%20crian%C3%A7a>. Acesso em: 07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=%C2%A7%203%C2%BA%20%C3%89%20proibida%20qualquer,%2C%20intelectual%2C%20funcional%20e%20outras. Acesso em: 22 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). **Importância do Pré-Natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/#:~:text=A%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20pr%C3%A9%20natal,reduzindo%20os%20riscos%20da%20gestante>. Acesso em: 07 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 22 mai. 2023.

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: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf&ved=2ahUKEwjJ0NWQmaOCAxU-qJUCHRvVDukQFnoECBMQAQ&usq=A0vVaw01UggTQIAWY5NPt543084a. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de estudos e pesquisa em saúde coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini *et al* (orgs.). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf&ved=2ahUKEwiAgYbxoqOCAxVslJUCHVY4DecQFnoECBUQAQ&usq=A0vVaw0W9OSeP7HzEMILea9ASrg1. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde apresenta nova edição da Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-apresenta-nova-edicao-da-caderneta-da-gestante>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013, 176 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf&ved=2ahUKEwifzsSZoaOCAxVyqJUCHXupA9AQFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw070k9tzHP8y3zcoVIH7pYE. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 2, n. 1, p. 69-71, 2002
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 mai. 2023.

BORIS, G. D. J. B.; CESIDIO, M. H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 7, n. 2, p. 451-478, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-6148200700020001. Acesso em: 13 abr. 2023.

BRITO, A; PAES, S; FELICIANO, W; RIESCO, M. Sofrimento mental puerperal: conhecimento da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. e81118, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/KWvtZv9nmRJj6X39KhumWdKk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2023.

BOMFIM, V. V. B. S. *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e0111728618-e0111728618, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28618>. Acesso em: 25 out. 2023.

CAMARGOS, L. F. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Escola anna nery**, v. 25, n. 1, p. e20200166, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ymZfnyGrVkpVf586zdxLDZq/#>. Acesso em: 14 out. 2023.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista psiquiatria clínica (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2023.

CAMPOS, M. L. *et al.* Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 3, p. 379-90, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/7949/6916>. Acesso em: 17 out. 2023.

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4643-4652, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/>. Acesso em: 13 set. 2023.

COUTINHO, M. P. L. *et al.* Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 338-351, 2016. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.redalyc.org/pdf/362/36249164003.pdf&ved=2ahUKEwje0omirqOCAxV_qpUCHesCCmQQFnoECAwQBg&usq=AOvVaw3ilUOXFKnt4nnUOmYpeQHA. Acesso em: 25 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Por que a depressão pós-parto, que atinge 15% das mães, ainda é tabu**. COFEN: 2016. Disponível em: http://www.coren.pb.gov.br/por-que-a-depressao-pos-parto-que-atinge-15-das-maes-ainda-e-tabu_2615.html. Acesso em: 24 out. 2023.

DEPRESSÃO será a doença mais comum do mundo em 2030, diz OMS. **BBC NEWS Brasil**, 2009. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq. Acesso em: 01 abr. 2023.

FALCONE, V. M. *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 612-618, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MyTQvk6Md9rykvHCWHjpmBS/>. Acesso em: 23 out. 2023.

FERREIRA, A. P. C.; CAMPOS, E. M. P. A Equipe de Saúde Diante do Paciente Não Aderente ao Tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, n. 1, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TQtxVL3fdgXTYvhyRfXFvJp/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2023.

FERREIRA M. J. P.; NAKAMURA E. K. **Depressão pós-parto**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário Campos de Andrade, p. 5, 2016. 107

FIGUEIRA *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43 (suppl 1), p. 79-84, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zWVzN5t5d9WMK3y9tXVbQXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mai. 2023.

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; FILHO, H. C. S. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 71-75, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJrpkRr7WTw363KyLm485nv/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2023.

FISH-WILLIAMSON, A.; HAHN-HOLBROOK, J. *Nutritional factors and cross-national postpartum depression prevalence: an updated meta-analysis and meta-regression of 412 studies from 46 countries*. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, p. 1193490, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1193490/full>. Acesso em: 30 set. 2023.

FRISON, *et al.* Pré-Natal: um panorama dos obstáculos encontrados no Brasil. **Promoção e Proteção da Saúde da Mulher - ATM**, p. 87-102, 2023. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223032/001127650.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal**. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>. Acesso em: 19 out. 2023.

GUIMARÃES, T. A. *et al.* Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, p. e35099, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35099/20858>. Acesso em: 25 out. 2023.

GOMES, C. B. A. *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3pLDtXNvjLGJWdFFHM3FQbv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

GOMES, L. A. *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**, v. 11, n. especial, p. 117-123, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/13949>. Acesso em: 12 out. 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**, 2018. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

HARTMANN, J. M.; SASSI, R. A. M.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **CSP Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n. 9, p. 120-135, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VqTefSwmyjxB8CRCDcRjJYf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados. Campina Grande, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>. Acesso em: 01 de jun. de 2023.

KROB, A. D. *et al.* Depressão na gestação e no pós-parto ea responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609864758001/609864758001.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

LEONEL, F. Depressão Pós-Parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. **Portal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>. Acesso em: 01 abr. 2023.

LIMA, M. O. P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n.1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NMBmYV38fbJcTFTGmDXLzWh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2023.

LOBATO *et al.* Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HGfYkYh5RDPxDTWwhst6wMJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2023.

MACIEL, L. P. *et al.* *Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion.* **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 1096–1102, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6988/pdf>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MARQUES, L. C. *et al.* Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 2, p. 145-159, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1588/1514>. Acesso em: 10 out. 2023.

MENEZES, F. L. *et al.* Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 1, p. 21-30, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822/3803>. Acesso em: 26 mai. 2023.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

National Institute of Mental Health (NIMH). Perinatal Depression, s/d. Disponível em: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression_. Acesso em: 29 de abr. de 2023.

MOREIRA, L. N. *et al.* “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FpYtPvsgzQ4MDPmf94KCZzB/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. *Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network.* **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310105, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=en>. Acesso em: 25 out. 2023.

OLIVEIRA, E. A. **Atuação do Enfermeiro na detecção e prevenção da depressão pós-parto**, 2014. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167286/EDILTES%2520ANA%2520DE%2520OLIVEIRA%2520-%2520Psico%2520->

[%2520tcc.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwixt6vDq6OCAxUwlZUCHSI-DrYQFnoECA0QAQ&usg=AOvVaw2uAacBR67m3cInxcyA30Jo](#). Acesso em: 25 out. 2023.

PEREIRA, P. K. *et al.* Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 37, p. 216-222, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/7GXstNS6rdw3wGxDBkPffWB/>. Acesso em: 08 out. 2023.

PRINCIPAIS Questões sobre Saúde Mental Perinatal. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/#:~:text=As%20mulheres%20podem%20apresentar%20uma,transtorno%20de%20p%C3%A2nico%20e%20fobias>. Acesso em: 31 mar. 2023.

PONSE, C. E. M. *et al.* Knowledge about postpartum depression from the perspective of nurses of the Family Health Center of a Municipality of the West Frontier of RS. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e282997232, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7232. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7232>. Acesso em: 01 out. 2023.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: Acesso em: 07 de abr. de 2023.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/1876/v25n4a19.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

SANTOS, F. K. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto. *Revista Nursing*, v. 23, n. 271, p. 4999-5005, 2020. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1048/1210>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SANTOS, T. M. M. G.; CAMPOS, T. G.; ABREU, A. P. S. B. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 11, n. 7, p. 2939-2945, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/8458/19206>. Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, A. S. Desigualdade socioeconômica na saúde pública brasileira e sua influência no desenvolvimento de transtornos mentais. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, n. 11, p. 1612-1624, 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/3231>. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 805-816, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6BgBmDLztSMYGcqdMRJfdwd/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SILVA, E. C. *et al.* Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. 7, p. 2826-2833., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180>. Acesso em: 31 mar. 2023.

SILVA, K. L. *et al.* Expansão dos cursos de Graduação em Enfermagem e mercado de trabalho: reproduzindo desigualdades?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 406-413, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HpJpFDGfQTbvHZRmCC5RzJn/?lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA, D. C. Depressão Pós-Parto: O Papel do Enfermeiro Durante o Pré-Natal. **Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 7, n. 08, p. 138-162, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressao-pos-parto>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. São Paulo: Sociedade Beneficente Albert Einstein, Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2023.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O mundo da saúde**, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

SOUZA, E. R.; ARAÚJO, D.; PASSOS, S. G. Fatores de Risco da Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p. 463-474, 2020. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/76/115>. Acesso em: 21 abr. 2023.

Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Epidemiologia** [Recurso eletrônico]. Antônio Fernando Boing... [et al] (Organizadores). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 84 p. (Eixo 1 – Reconhecimento da Realidade). Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Epidemiologia-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. WHO: 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 13 abr. 20

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I. Dados sociodemográficos

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Especialização (caso possua):

Quanto tempo atua na função:

II. Roteiro da entrevista semiestruturada

1. Quais aspectos relacionados à saúde da gestante você observa durante as consultas de pré-natal que realiza na Estratégia de Saúde da Família?
2. Você realiza o rastreamento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas de pré-natal? Como costuma fazê-lo?
3. Você enfrenta dificuldades para realizar o rastreamento de riscos associados à depressão pós-parto durante as consultas de pré-natal que realiza? Quais são elas?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Atuação do enfermeiro no rastreamento de fatores de risco associados à depressão pós-parto”, sob a responsabilidade da aluna do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, Thalyta Rodrigues de Medeiros, matrícula 191120090 e da orientadora Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que se seguem.

A justificativa desta pesquisa ocorre por pela atual fragilidade dos profissionais na identificação prévia da depressão pós-parto, a fim de evitar possíveis agravos que repercutem no vínculo mãe-bebê e no bem-estar dessas mulheres. Nosso objetivo é analisar a atuação dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família no tocante ao rastreamento dos fatores de risco associados à depressão pós-parto durante as consultas pré-natais.

Para a coleta de dados será utilizada a entrevista que partirá de um roteiro semiestruturado contendo, na primeira parte, questões relativas à caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem e, na segunda parte, questões referentes às práticas profissionais durante as conduções das consultas de pré-natal. Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista com duração média de 15 minutos, bem como sua autorização para gravar a mesma, e apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos da área de saúde e publicar em meios científicos. No que se refere a publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

O estudo será desenvolvido com os enfermeiros que concordam em participar de forma espontânea e que atuem na Unidade Básica de Saúde da Família, por no mínimo um ano. Em relação aos riscos possíveis de serem gerados pelo estudo, são considerados mínimos de acordo com a resolução no 466/12 e resolução no 510/ 2016 CONEP/CNS/MS e complementares, visto que não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão do estudo. Entre as possibilidades

estão o desconforto leve, inconveniência temporária, interferência na rotina dos profissionais e aborrecimento ao responder à entrevista.

Para minimizar os efeitos, a coleta ocorrerá em ambiente reservado, preservando o anonimato e o direito de ausentar-se a qualquer momento da pesquisa. O estudo oferece como benefício o fornecimento de informações pertinentes para contribuição na melhoria dos serviços prestados no âmbito da atenção primária, como também, das políticas públicas. Do mesmo modo que, contribua no incentivo de novos recursos que favoreçam a promoção da saúde apontando para redução dos casos de depressão pós-parto diante de um rastreamento efetivo nas consultas pré-natais.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Esclarecemos que sua participação nessa pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Se decidir não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na unidade. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considerem necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinaturas dos pesquisadores responsáveis

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados em publicações científicas. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante ou responsável legal

Campina Grande, ____ de _____ de _____

Contato dos pesquisadores:

Caso precise de informações referentes a esta pesquisa, entre em contato com Thalyta Rodrigues de Medeiros, telefone: (83) 9 9882-2151 ou com o Comitê da Universidade Estadual da Paraíba, localizado na R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500.

E-mail: comitedeetica@uepb.edu.br, telefone: (83) 3315-3300.

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, após compreender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO” poderá trazer e, entender os métodos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade e importância da gravação da entrevista que participarei, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Thalyta Rodrigues de Medeiros e Deboráh Karollyne Ribeiro Ramos Lima a realizarem a gravação da minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Deboráh Karollyne Ribeiro Ramos Lima, e após esse período, serão excluídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

CAMPINA GRANDE

2023

**APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL
– TCPR**

Eu, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima, professora do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, portador(a) do RG 2905555 e CPF: 06645450419 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Assinatura da Pesquisadora responsável

CAMPINA GRANDE - PB

2023

**APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE
PESQUISA**

Eu, Thalyta Rodrigues de Medeiros, graduanda do Curso de Enfermagem, pela Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 3.491.671 e CPF: 084.948.044-21, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Deborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima

Pesquisadora Responsável

Orientadora

Thalyta Rodrigues de Medeiros

Orientanda

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do Projeto de Pesquisa intitulado: “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO.”, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima e discente Thalyta Rodrigues de Medeiros, da Universidade Estadual da Paraíba Campus I - Campina Grande – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Curso de Bacharelado em Enfermagem. A pesquisa será com os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador/coordenador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local do projeto ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a **apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP** ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 12 de Junho de 2023.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Maria Núbia de Oliveira'.

Maria Núbia de Oliveira
(Coordenação de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126