



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BIANCA DE MACÊDO MEIRA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: os saberes e a (des)atenção dos profissionais da
Estratégia Saúde da Família**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

BIANCA DE MACÊDO MEIRA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: os saberes e a (des)atenção dos profissionais da
Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel e Licenciada
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^aDr^a Maria de Fátima de
Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M514d Meira, Bianca de Macêdo.
Depressão pós-parto [manuscrito] : os saberes e a
(des)atenção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família
/ Bianca de Macêdo Meira. – 2011.
25 f.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo
Silveira, Departamento de Enfermagem”.

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

21. ed. CDD 618.76

BIANCA DE MACÊDO MEIRA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: os saberes e a (des)atenção dos profissionais da
Estratégia Saúde da Família**

Aprovado em: 02/12/2011.

BANCA EXAMINADORA

Maria de Fátima de Araújo Silveira

Prof^ªDr^ª Maria de Fátima de Araújo Silveira/UEPB
Orientadora

Mércia Maria Paiva Gaudêncio

Prof^ªMs. Mércia Maria Paiva Gaudêncio/UEPB
Examinadora

Hudson Pires de O. Santos Júnior

Dr^º Hudson Pires de Oliveira Santos Júnior/ USP
Examinador

A Deus, por ter me concedido a sabedoria necessária para
conduzir este trabalho.

A minha mãe, Maria da Paz, pelo apoio incondicional na
construção dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me sustentado em seus braços e por ter me presenteado com sua presença durante todos os momentos de minha vida, fortalecendo-me diante de todas as adversidades que surgiam.

Agradeço aos meus pais, Maria da Paz e Braz, por terem acompanhado com amor e atenção o meu processo de formação desde os meus primeiros passos, me incentivando na conquista de todos os projetos que eu estabelecia e acreditando em mim, mesmo diante das dificuldades.

Agradeço ao meu irmão, Bruno, pelo amor, companheirismo e pelo exemplo de determinação, que sempre me impulsionaram a lutar para que meus sonhos se tornassem reais.

Agradeço as minhas irmãs, Regina e Regiane, por terem revelado, mesmo na distância, que se alegravam com o meu sucesso.

Agradeço a todos da minha família que sempre torceram por mim e me incentivaram na busca de novos horizontes.

Agradeço as minhas amigas Dayanna, Angelica e Emanuelle por terem permanecido fiéis na amizade apesar das minhas ausências.

Agradeço as minhas irmãs em Cristo, Alana, Ástrid, Polly, Kátia, Yve e Valéria, e à família “Doadores do Amor”, por mostrarem que tudo o que fazemos na vida, até mesmo nos aspectos profissionais, devem ser reflexo da presença de Deus em nós.

Agradeço as minhas amigas Fernanda Carla e Fernanda Ferreira pela companhia alegre e carinhosa durante esses cinco anos de muito estudo.

Agradeço a minha amiga Pauliany por ter me acompanhado em todos os momentos da graduação, apontando os erros, quando necessário, e estimulando a conquistar os acertos e por, hoje, representar uma parceria para a vida.

Por fim, agradeço a Prof^a Dr^a Fátima Silveira e a Hudson Pires por terem guiado os meus primeiros passos rumo à ciência e por serem fonte de minha admiração pela ética e dedicação com que conduzem seus trabalhos.

Com amor,

Bianca de Macêdo Meira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....8

ARTIGO: DEPRESSÃO PÓS-PARTO: os saberes e a (des)atenção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.....9

APÊNDICE.....

ANEXO.....

APRESENTAÇÃO

O artigo que se segue é resultante de um projeto de iniciação científica, intitulado *Depressão Pós-Parto: conhecimentos e vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família*, cujos objetivos iniciais eram: conhecer a experiência de enfermeiros e outros profissionais da Estratégia Saúde da Família com mulheres em depressão; conhecer qual o significado atribuído à depressão pós-parto por esses profissionais; e, identificar a forma como lidam com as mulheres em tal situação. No entanto, serão aqui apresentados apenas os dados referentes ao conhecimento dos profissionais sobre o referido problema, aos fatores preditores de depressão puerperal apontados pelos mesmos, bem como à abordagem do transtorno durante as consultas de pré-natal.

O texto se encontra no formato de artigo, visando ao envio imediato para submissão e posterior publicação. Dessa forma, fecha-se uma parte do círculo que é o produto da minha experiência como bolsista de iniciação científica do PIBIC/CNPq/UEPB, configurando como uma prestação pública de contas e a abertura para o próximo caminho – o mestrado.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: os saberes e a (des)atenção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

POSTPARTUM DEPRESSION: the knowledge and neglect of professionals in the Family Health Strategy

MEIRA, Bianca de Macêdo¹; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo²

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer os sinais e sintomas que os profissionais da Estratégia Saúde da Família atribuem à Depressão pós-parto (DPP), identificar os preditores associados por eles ao transtorno e identificar como a abordagem da DPP é desenvolvida durante as consultas de pré-natal. Foi empregada como metodologia de investigação a qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Campina Grande, Paraíba. Os resultados mostram que as profissionais apresentam um conhecimento pouco aprofundado sobre o transtorno estudado e os aspectos que se relacionam com o mesmo. A investigação explicitou, ainda, que dificilmente o conhecimento dos fatores preditores da DPP são aplicados às consultas de pré-natal. Esse estudo se mostra relevante por diagnosticar as deficiências e as necessidades no cuidado integral às gestantes, bem como por instigar a realização de novos estudos que auxiliem no desenvolvimento da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Período pré-natal. Depressão pós-parto. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to know sign and symptoms that the professionals of the Family Health Strategy associate Postpartum Depression, identify the predictors related by them to disorder, identify how approach to postpartum depression is developed during the prenatal consultations. We employed qualitative approach of the type descriptive as methodology of investigation. The research was developed in the units of Family Health Strategy in the city of Campina Grande, Paraíba. The results showed that professionals

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: bianca_meira_bi@hotmail.com

² Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: fatimasilveir@uol.com.br

present a bit-depth knowledge about the disorder studied and its associate factors. Besides the investigation showed that hardly the knowledge about predictors are employed in the prenatal consultations. This study shows relevant for diagnosing deficiencies and the needs in the comprehensive care for pregnant women as well as instills the realization of new studies that can help in the development of this attendance.

KEYWORDS: Prenatal period. Postpartum depression. Nursing Care

1. INTRODUÇÃO

Gravidez e parto são acontecimentos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias, pois, mais do que simples eventos biológicos, representam acontecimentos determinantes na transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Em nenhuma sociedade o parto é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES, SANTOS, LEAL, 2004). Portanto, a maternidade determina uma mudança na identidade pessoal e social, exigindo uma reestruturação de papéis, tarefas e comportamentos individuais e familiares (MARTINS, PIRES, 2008). Ser mãe consiste em uma experiência favorável ao desenvolvimento emocional e social. No entanto, pode denotar o momento propício para a ocorrência de desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis. É possível que esses problemas estejam associados à dinâmica de ser mãe, esposa e gerente do lar, além da conjuntura hormonal, bioquímica e psicológica próprias do período gestacional e puerperal (SILVA et al, 2010).

Decorrente da complexidade inerente ao período gravídico-puerperal, a depressão pós-parto (DPP) é uma das possíveis alterações psicológicas que pode acometer as puérperas. A depressão pós-parto é considerada um grave problema de saúde pública, devido a seus elevados índices de prevalência, que variam de 10 a 20%, dependendo da região e do instrumento de mensuração utilizado (MORAES et al, 2006).

De forma geral, a sintomatologia depressiva não diverge daquela presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (SCHMIDT, PICCOLOTO, MÜLLER, 2005). As manifestações clínicas da DPP, como desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono,

ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas, podem se instalar a partir das primeiras quatro semanas e estender-se até o primeiro ano do pós-parto (SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

Estudos recentes acerca da saúde mental relacionado ao parto conduziram a uma mudança no conceito específico de depressão pós-parto (DPP), por considerá-la como integrante dos transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está relacionada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período (SCHMIDT, PICCOLOTO, MÜLLER, 2005).

Em alguns casos, ainda durante a gravidez, é possível observar a presença de fatores que predizem a DPP, tais como: história pregressa de depressão, condições socioeconômicas, relação marital difícil, gravidez indesejada, baixa escolaridade, menor idade materna, uma gravidez permeada por fatores estressantes (SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

Todavia, estes fatores, de maneira geral, têm passado despercebidos pelos profissionais e serviços de saúde, que praticam uma abordagem preocupada apenas com a saúde física da gestante nas consultas de pré-natal e que negligenciam a atenção integral a saúde da mulher e, conseqüentemente, os aspectos psicológicos na gestação e no pós-parto. Tal questão pode ser contemplada pela ausência de estratégias assistenciais, definidas pelo Ministério da Saúde, que orientem os profissionais para o rastreio e intervenção nos transtornos do humor que podem estar presentes no período perinatal.

Diante da problemática exposta e buscando conhecer tanto a percepção dos profissionais da ESF acerca da DPP quanto os cuidados direcionados a este transtorno, ainda no pré-natal, é que traçamos os seguintes objetivos: 1) Conhecer como os profissionais da ESF compreendem as manifestações da DPP; 2) Identificar os fatores preditores associados pelos profissionais ao transtorno; 3) Identificar como a DPP é abordada durante o pré-natal.

2. METODOLOGIA

Tendo em vista o objeto escolhido para pesquisa, optamos pelo uso de uma metodologia qualitativa descritiva, pois esta abordagem permite ao pesquisador

apreender como as colaboradoras deste estudo enfrentam o fenômeno focalizado, possibilitando a compreensão da dinâmica e a estrutura interna dos eventos, do ponto de vista de quem os vivencia (MINAYO, 1999).

O estudo foi realizado nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande, Paraíba. Atualmente, esse município possui 102 equipes da ESF, com cobertura de 87%, considerando-se o município no todo, e 100%, levando-se em consideração a Zona Rural. Além desse panorama, investigação conduzida por Santos Júnior e Silveira (2009) evidencia que o referido município possui uma rede completa de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, assim distribuídos: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II (funcionamento diuturno), um CAPS, tipo III (funcionamento 24 horas), dois CAPSi (infanto-juvenil), um CAPSad (álcool e outras drogas), 01 Unidade de Emergência Psiquiátrica, 01 Centro de Cultura e Lazer, 08 Mini-equipes de saúde mental na ESF e 06 Residências Terapêuticas.

Para compor a amostra de participantes desse estudo utilizamos o critério de amostragem intencional (MORSE, 1991). Primeiramente convidamos enfermeiros e médicos de 19 unidades de equipes de saúde da família, para os quais era descrito os objetivos deste estudo e os critérios de inclusão e exclusão, quais sejam: 1) Critério de inclusão: compor a equipe básica de saúde da família e prestar assistência direta a mulher no período gravídico-puerperal; 2) Critérios de exclusão: ser profissional de nível médio/técnico ou com menos de seis meses de experiência em equipes de saúde da família.

Assim, participaram voluntariamente da pesquisa 16 profissionais (12 enfermeiras e 04 médicas) que preenchem aos critérios de inclusão estabelecidos. A identificação desses profissionais no corpo desse artigo será feita por meio da letra “E” para enfermeiras ou “M” para médicas e “n” identificando a ordem de realização da entrevista.

A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, observação e registro em diário de campo. As entrevistas foram conduzidas com base nas seguintes questões norteadoras: 1) Conte-me como é seu atendimento às mulheres durante a gravidez e o pós-parto; 2) Fale-me um pouco sobre sua experiência com a depressão pós-parto; 3) Conte-me como você faz para identificar se uma mulher está com depressão pós-parto. O encerramento da coleta ocorreu no momento em que houve saturação dos dados, ou seja, o fechamento amostral foi operacionalmente definido

como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, TURATO, 2008)

O processo de análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo. Inicialmente as entrevistas foram lidas e relidas na íntegra permitindo uma compreensão ampla. Em seguida, emergiram temáticas que possibilitaram a categorização dos discursos. As categorias foram comparadas entre si, objetivando identificar as inter-relações existentes que, por sua vez, permitiram a identificação de categorias que neste estudo são centrais (MORSE, 1991).

Quanto aos critérios éticos, o desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da declaração de Helsinque, de 1964 na versão 2000. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e da Secretaria Municipal de Saúde, e só após anuência de ambas foi operacionalizado (nº protocolo: 0123.0.133.000-09).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos discursos das profissionais emergiram três categorias temáticas, a saber: “Eu realmente não tenho conhecimento”; “... Então, tinha toda uma história por trás”; “Eu faço a rotina do pré-natal estabelecida pelo Ministério da Saúde”.

“Eu realmente não tenho conhecimento”

Os discursos que caracterizam esta categoria revelam que as profissionais percebem a DPP como um sofrimento psíquico marcado pelo isolamento, tristeza, medo e sentimentos de rejeição ao bebê:

É uma tristeza profunda depois do parto, um desinteresse tanto pela criança quanto por ela mesma (E, 9)

Compreende essa questão da tristeza, da ansiedade, do medo (M, 2)

É caracterizada pela aversão ao bebê, pela ausência de cuidados com o bebê, pela dificuldade de manusear o bebê, até pelo temor de ficar com o bebê (M, 4).

No entanto, outro depoimento demonstra que mesmo na presença de sinais evidentes da DPP, as profissionais apresentam certa insegurança em relacioná-los ao transtorno:

A mãe relatou que ela tinha saído da maternidade desse jeito, chorando muito e rejeitando o bebê. Não queria dar de mamar, não interagia em nada com a criança. Ela tava um pouquinho agressiva também. Quando, assim, se perguntava alguma coisa, quando a mãe insistia, ela queria ter uns picos de agressividade. Era picos de agressividade com picos de sensibilidade aflorada, chorando muito. Aí, eu imaginei que fosse a depressão pós-parto (E, 1)

Além disso, observamos que uma entrevistada apresenta a dificuldade de estabelecer que sinais e sintomas depressivos moderados e graves determinam que a mulher esteja em sofrimento, quando refere que estas manifestações apenas predizem a DPP:

O que nós tivemos aqui, nesta unidade, foram pessoas que nós consideramos predispostas à depressão pós-parto. Uma referiu rejeição ao feto e vontade de se matar (E, 11)

Observa-se que a maioria das profissionais relata como característica marcante da DPP a rejeição ao bebê. É imprescindível esclarecer que rejeição, assim como o infanticídio do filho, não são características preponderantes dos quadros de depressão ou sinais obrigatórios em todos os casos diagnosticados (ARRAIS, 2005). Sabe-se que os sintomas mais comuns da DPP são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (MORAES et al,2006). Diante disso, percebemos que a maioria das profissionais compreende a DPP apenas pelos sintomas moderados sem relacioná-la aos sintomas leves que se mostrem como preditores da depressão no período puerperal.

Além dos sintomas nucleares, comuns a qualquer síndrome depressiva, a ansiedade é neste quadro muito marcada e surge sob a forma de uma preocupação excessiva com a saúde e alimentação do bebê, associada a sentimentos de culpabilidade por não cuidar suficientemente do bebê e sentimentos de inadequação e de incapacidade no desempenho do seu papel maternal (MARQUES, 2003). Contudo, as profissionais entrevistadas têm dificuldade de relacionar fatores que indicam preocupação excessiva à DPP:

... Teve assim, sintomas leves que eu não sei se poderia ser considerada depressão, assim, se surgiu num dia, outro dia ela tava bem, não chegou

a...Foi mais assim, não sei se pode ser considerado depressão, que eu realmente não tenho conhecimento, mas era assim, era um sintoma de muita preocupação em relação àquele novo ser. Então a gente conversou e ela se adaptou, a família se reestruturou, foi mais assim, eu acredito que uma adaptação, né? Pelo pouco que eu conheço, não chegou a ser considerado depressão, não...(E, 2)

Em outro discurso, observamos que os cuidados excessivos são considerados, ainda, como algo que comumente faz parte da maternidade:

“...Geralmente a mãe, quando um bebê nasce, ela cerca ele de cuidados, fica atenta se o bebê tá bem, se tá respirando, se tá se alimentando...(E, 6)

É provável que a ausência da percepção de características desse possível transtorno seja decorrente dos múltiplos fatores relacionados com a DPP (VALENÇA, GERMANO, 2010). Outro aspecto que dificulta a percepção de tais sintomas depressivos como parte de um adoecimento são as características socioculturais associadas à maternidade que fazem com que os sintomas sejam interpretados do ponto de vista moral (FIGUEIRA et al, 2009). A compreensão inadequada das manifestações da DPP pode denotar uma condição de risco para o desenvolvimento infantil e para o bem-estar e harmonia familiar (MARTINS, PIRES, 2008). Além disso, quando diagnosticada tardiamente, a DPP pode durar meses ou anos, aumentando o risco de episódios depressivos no futuro (FIGUEIRA et al, 2009).

Diante dos depoimentos e das considerações presentes na literatura, percebemos que as profissionais apresentam um conhecimento restrito e, em algumas vezes, errôneo das formas de manifestação da DPP, fato que pode resultar na negligência da assistência e no prolongamento dos efeitos negativos da DPP na mulher que experiencia este sofrimento e em todos os integrantes de seu convívio social.

“... Então, tinha toda uma história por trás”

A segunda categoria é constituída por discursos que demonstram que a maioria das profissionais reconhece a influência do baixo suporte social, da gravidez não planejada e/ou não desejada e das alterações emocionais durante a gestação como fatores de risco para a DPP:

Geralmente, a gente pergunta como é a aceitação dela sobre esse novo ser, a aceitação em casa, a história familiar dela, se ela tem companheiro, se vive com esse companheiro, né (E, 8)

Uma das entrevistadas relata a influência do não planejamento ou o não desejo da gravidez no desencadeamento da DPP em uma de suas usuárias:

Nós tivemos um caso de depressão pós-parto, que a mãe era solteira. Foi uma gravidez não planejada, então tinha toda uma história por trás (E, 4)

Outra profissional descreve um caso de DPP resultante da relação marital difícil, na qual o companheiro da mulher em sofrimento encontrava-se em situação de risco social, fato que comprometeu a rede de suporte social dessa mulher:

Ela não tinha nenhum sentimento do cuidar com a criança, ela sentia que a criança era realmente como uma pessoa estranha. Ela teve uma vivência bem difícil com o parceiro. O parceiro é presidiário. A gente tem muitas mulheres na área que tem parceiros presos e que conceberam as crianças na visita íntima, entendeu?Aí, assim, esse parceiro vive nesse meio de droga, sabe? (E, 6)

Sabe-se que o suporte social, representado tanto pela família quanto pelos profissionais de saúde, é um importante fator para promoção e manutenção da saúde mental, na exata medida que possibilita um maior enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos (BAPTISTA, BAPTISTA, TORRES, 2006). Portanto, é de grande relevância a identificação de problemas relativos ao suporte social das mulheres, pois esta conduta poderá propiciar a identificação precoce DPP.

O reconhecimento pela maioria dos sujeitos entrevistados dos fatores que predizem a DPP pode estar associado, em parte, ao fato dos mesmos serem abordados pelo Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde:

É importante que o profissional de saúde reconheça as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante (Brasil, 2006, p.36).

Além dos fatores de risco apresentados para a DPP por esse manual, a literatura aponta outros, tais como: antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais ou, até mesmo, um episódio de depressão puerperal, personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado. A DPP é associada, ainda, ao encontro entre mãe e filho após o nascimento, visto que ela vivencia uma série de emoções conjuntas em tempo real (SILVA et al, 2010). Outro estudo mostra que fatores como baixo nível socioeconômico, baixa autoestima,

ansiedade pré-natal, stress na vida, tentativa de interromper a gravidez e transtorno disfórico pré-menstrual também podem determinar a DPP (MORAES et al, 2006).

Apesar da maior parte das profissionais reconhecerem a influência de fatores emocionais, psicológicos e sociais na determinação da DPP, uma entrevistada percebe como causa do transtorno apenas aspectos fisiológicos:

A depressão pós-parto é uma alteração hormonal que existe na mulher que tá gestante, é chamada de depressão pós-parto, mas na verdade essa depressão já pode ser iniciada no curso mesmo da gravidez. Então, são alterações hormonais, também endócrinas que ela apresenta em virtude do metabolismo (M, 2)

Isso pode estar relacionado ao fato da maioria dos estudos centrarem-se na causalidade biológica que estabelece que alguns transtornos afetivos estão associados às mudanças hormonais que ocorrem na gestação e no puerpério. Dessa forma, sob o olhar médico, a depressão é resultante da grande variação nos níveis de hormônios sexuais circulantes (progesterona e estrogênio) e de uma modificação no metabolismo das catecolaminas (ARRAIS, 2005).

Foi estabelecida, ainda, uma relação entre o diabetes gestacional e a DPP por uma das entrevistadas, segundo a mesma é possível que o quadro de diabetes tenha provocado ou agravada a rejeição à criança e tenha contribuído para que outros sintomas depressivos emergissem:

Tem uma mulher que é acompanhada pela gente, ainda, por depressão pós-parto, inclusive ela teve diabetes gestacional e além da diabetes gestacional a depressão pós parto, ela não aceita a diabetes e não aceita a criança (E, 5)

O conhecimento da provável relação entre diabetes e DPP é importante para o direcionamento dos cuidados a essa mulher que, além de experienciar um período repleto de mudanças físicas e psicológicas, ansiedades, fantasias, temores e expectativas, vive a instauração ou o agravamento da doença, fazendo com que ela conviva com os mais diversos sentimentos (SILVA, SANTOS, PARADA, 2004).

Percebe-se, também, que as entrevistadas compreendem a DPP como um fenômeno passível de ocorrência diante da complexidade do ser mãe:

Com a chegada do filho, muda a estrutura familiar e algumas mulheres no início têm certa dificuldade diante dessa situação, o que é normal, mas pode levar ao desenvolvimento da depressão pós-parto, exigindo a nossa atenção durante o pré-natal (E, 11).

Esse discurso nos remete à questão das transformações sociais, familiares e psicológicas trazidas pela maternidade que, acrescidas da contradição existente entre a

visão romanceada e idealizada da experiência de ser mãe e a sua vivência no real, podem levar à DPP por acarretar em muitas mulheres uma profunda decepção e a sensação de incapacidade para ocupar o “lugar” de mãe (ARRAIS, 2005). Portanto, é necessária que seja prestada uma atenção às gestantes que enfatize esses aspectos no pré-natal através de orientações para minimizar os efeitos dos mesmos.

“Eu faço a rotina do pré-natal estabelecida pelo Ministério da Saúde”

O pré-natal tem como objetivo identificar adequada e precocemente as mulheres com maior chance de apresentar uma evolução da gravidez desfavorável, acolhendo-as desde o início do processo gravídico. A assistência prestada no dispositivo saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual para o integralizado, operacionalizada mediante alocação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (VALENÇA, GERMANO, 2010). Observando nossos resultados, percebemos que as profissionais revelam em seus discursos a majoritária presença de condutas biomédicas no pré-natal, fornecendo uma assistência destituída da abordagem integral, fato que pode dificultar a identificação precoce de possíveis problemas, a exemplo da DPP:

Durante a consulta pré-natal, a gente faz todo aquele protocolozinho do programa de pré-natal e humanização do parto... verificação de PA, peso, altura, classificação nutricional, altura uterina, a data provável do parto e observação das mamas orientando o aleitamento materno (E, 1)

Eu faço a rotina do pré-natal estabelecida pelo Ministério da Saúde, solicito os exames, faço o exame físico (M, 3)

Nós trabalhamos com acompanhamento pré-natal, previsto pelo Ministério da Saúde no Programa de Atendimento à Saúde da Mulher. Nós fazemos no mínimo sete consultas de pré-natal, começando com a parte dos agentes de captação, diagnóstico da gravidez e aí acompanhamento mensal, verificação de peso, pressão...toda aquela coisa preconizada pelo Ministério (E, 11)

Os profissionais descrevem a prática clínica a partir dos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, os quais não privilegiam os cuidados direcionados aos transtornos do humor na fase perinatal. O manual de pré-natal e puerpério expõe de forma reduzida, a importância da atenção aos aspectos emocionais típicos da gestação. O mesmo coloca que as ações fundamentadas apenas nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, principalmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal (BRASIL, 2006).

No entanto, este manual, apesar de fazer referência à DPP, apenas lista alguns sinais e sintomas, não associando o transtorno a alguns fatores de risco preexistentes na gestação e que poderiam ser identificados durante as consultas de pré-natal, favorecendo a abordagem precoce do problema. Dessa forma, observa-se que a dificuldade na abordagem integral da mulher pode ser associada ao processo de formação dos profissionais, aos protocolos e à conjuntura social que, ainda, enfatizam o modelo biomédico.

A atenção integral durante a gravidez deve ser capaz de promover à mulher e ao conceito condições satisfatórias de bem-estar, objetivando o fortalecimento do vínculo mãe-feto. Os profissionais que atuam com gestantes devem compreendê-las através de uma "concepção de pessoa humana", procurando estabelecer mecanismos de interação que atendam as verdadeiras necessidades. Portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente, deve incluir o cuidar da mulher grávida considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais (FALCONE et al, 2005).

Sabe-se que a gestação consiste em um período carregado de mudanças físicas, emoções, sentimentos de ambivalência, dúvidas, medos e ansiedades. Portanto, sendo o período pré-natal uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade é, também, um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (VALENÇA, GERMANO, 2010). O uso do processo educativo para gestantes como recurso para prevenção de transtornos afetivos como a depressão pós-parto, além de oferecer informações, promove o conforto em relação aos aspectos emocionais, pois atua como uma orientação antecipada (FALCONE et al, 2005). Uma das estratégias para a realização de atividades educativas nesse período é a organização de grupos de gestantes. No entanto, observamos que poucas entrevistadas adotam essa prática e, mesmo na efetivação desses grupos, as profissionais ainda estão centradas no aspecto fisiológico e, embora refiram abordar aspectos emocionais, não tratam diretamente da DPP:

... Durante a gravidez é como eu já falei a você a gente dá assistência integral durante o pré-natal, né? E também a gente tem aqui o grupo. Tem o grupo de postura que é com a fisioterapia que a gente é bem inteirada, junto a esse grupo aí de gestante (E, 10)

Nesse posto, nós trabalhamos com um grupo de gestantes, nós chamamos de curso de gestante. Cada curso a gente programa mais ou menos dez reuniões, né. E aí a gente trata das mudanças corporais, aleitamento

materno, vacinação, cuidados com o bebê recém-nascido, acompanhamento e a gente, também, fala dessa parte psicológica (E, 11)

Os grupos de gestantes formados para orientação precisam incluir momentos para que a gestante possa expor sem receio seus sentimentos e medos no grupo, ou numa interação individual com os profissionais. As gestantes que adquirem consciência de sua rejeição à gravidez passam a tomar maiores cuidados, seja isso decorrente da compreensão adquirida ou da maior atenção e interesse dispensado pela família e equipe de saúde, a partir do momento em que ela expõe sua rejeição (FALCONE et al, 2005).

Um depoimento revela a presença da abordagem dos fatores que predizem a DPP em um grupo de gestantes que foi desativado:

A gente tinha um grupo de gestantes que funcionava na terceira sexta-feira do mês. A gente tinha uma metodologia que era justamente de fazer com que ela tivesse no tempo gestacional adequado pra que a gente pudesse ir acompanhando mensalmente até elas parirem. A gente dividia os módulos, sabe?! Aí falava sobre o corpo, como ela se via na gestação, como era a estrutura familiar, a importância do apoio de todo mundo. Aí depois os cuidados com o bebê...(E, 6)

Perante essa e as outras falas que discorrem sobre grupos de gestante, percebemos que dificilmente as profissionais incluem informações sobre os aspectos emocionais e psicológicos da gravidez e raramente possibilitam que as mulheres tenham oportunidade de manifestar seus sentimentos. E, quando isso acontece, os grupos não perduram.

A abordagem precoce da DPP pode ser realizada, ainda, através da avaliação da autoestima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães (SILVA et al, 2010). A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento é uma medida indispensável para esta avaliação. Por meio da interação, o profissional pode identificar, também, variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico. Portanto, o mesmo não deve assumir uma postura de superioridade, vendo as gestantes como pessoas indefesas, fracas e submissas. Se o serviço e o profissional assumirem a posição de igualdade, respeito e confiança, a relação será de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo (FALCONE et al, 2005).

Diante do contexto apresentado em relação à assistência prestada durante as consultas de pré-natal, percebemos que a abordagem integral à saúde da mulher não se efetiva em sua totalidade, o que se observa são ações centradas, predominantemente,

nos aspectos fisiológicos, desfavorecendo ações preventivas direcionadas aos aspectos psicológicos, principalmente, à depressão puerperal, dificultando, assim, a identificação das possíveis portadoras de DPP ainda durante a gestação.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as profissionais compreendem a DPP pelos seus sintomas mais graves, minimizando a relação que o transtorno apresenta com as manifestações aparentemente inofensivas. As participantes da pesquisa revelaram, ainda, conhecer, em parte, a sintomatologia e os fatores que predizem a DPP. Contudo, os discursos das mesmas apontam que esse conhecimento, na maioria das vezes, não é empregado durante as consultas do pré-natal, o que poderia evitar uma série de perturbações desencadeadas pela DPP. Essa situação pode estar relacionada ao processo de formação dos profissionais de saúde e ao modelo de saúde vigente.

A presente investigação é relevante por apontar algumas deficiências e as necessidades na assistência integral às gestantes, bem como por instigar a realização de novos estudos que auxiliem no desenvolvimento dessa assistência. Deste modo, são necessárias pesquisas que fundamentem a elaboração de novos manuais e orientem a atuação dos profissionais da ESF no pré-natal, para que eles possam promover ações que visem reduzir os efeitos das alterações sociais e emocionais próprias da maternidade. Diante destas considerações, julgamos importante investigar possibilidades de intervenção precoce na depressão pós-parto na Estratégia Saúde da Família, visto que a adoção desta postura pode favorecer uma abordagem mais eficiente e humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS:

ARRAIS, Alessandra da Rocha. *As Configurações Subjetivas da Depressão Pós-parto: para além da padronização patologizante*. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n.1, p.52, 2004.

FALCONE, Vanda Mafra et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n.4, 2005

FIGUEIRA, Patrícia et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n.1, 2009.

FONTANELLA Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

MARQUES, Cristina. Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, v. 1, n. 21, p. 87, 2003.

MARTINS, Débora; PIRES, Antônio Pazo. O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 16, n. 2, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6º Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 1, 2006.

MORSE, Janice M. (1991). Strategies for sampling. In J. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 127-145). Newbury Park: Sage Publications.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA, Dulce Maria R. Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 30, n. 3, p. 516-524, 2009.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 4, p. 788-795, 2009.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005

SILVA, Lúcia; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Compreendendo o Significado da Gestação para Grávidas Diabéticas. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 6, p. 901, 2004.

SILVA, Francisca Cláudia Sousa *et al.* Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm*, v. 23, n.3, p.414, 2010.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Prevenindo a Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 2, p. 3, 2010.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Sugestões

1. Conte-me como é seu atendimento as mulheres durante a gravidez e o pós-parto.
2. Fale-me um pouco sobre a depressão pós-parto.
3. Conte-me como você faz para identificar/diagnosticar se uma mulher está com depressão pós-parto.

ANEXO

Título do Projeto de Pesquisa				
Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	16/09/2011 10:18:26	31/10/2011 13:58:33		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	29/08/2011 15:54:42	Folha de Rosto	FR458410	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	16/09/2011 10:18:26	Folha de Rosto	0532.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	31/10/2011 13:58:33	Folha de Rosto	0532.0.133.000-11	CEP