



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

RAÍSA BARBOSA DE ANDRADE

**A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA AO APLICAREM A EPDS**

CAMPINA GRANDE
2013

RAÍSA BARBOSA DE ANDRADE

**A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA AO APLICAREM A EPDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Maria de Fátima de Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE
2013

A553e

Andrade, Raísa Barbosa de.

A experiência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao aplicarem a EPDS [manuscrito]: / Raísa Barbosa de Andrade. – 2013.

34 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira, Departamento de Enfermagem”.

1. Depressão. 2. Pós-parto. 4. EPDS. I. Título.

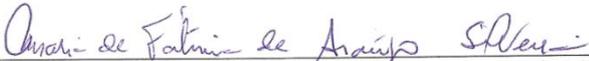
21. ed. CDD 362.12

RAÍSA BARBOSA DE ANDRADE

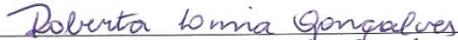
**A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
AO APLICAREM A EPDS**

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 Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em: 02 de julho de 2013.


Prof.ª. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira / UEPB
Orientadora


Prof.ª. Me. Mércia Maria Paiva Gaudêncio / UEPB
Examinadora


Prof.ª. Me. Roberta Lima Gonçalves / UFCG
Examinadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela certeza que tenho que sem Sua poderosa mão nada disso seria possível.

À Minha família, de maneira muito especial ao meu pai e a minha mãe, tudo que eles disseram, fizeram e são, contribuiu e muito para que eu chegasse até aqui, e para que eu vá muito além.

À professora Fátima Silveira pelas flores colhidas ao longo do caminho.

Agradeço às amigas-companheiras de pesquisa Priscila Lopes e Yris Luana, com vocês a caminhada foi mais fácil e mais bonita.

Obrigada a todos os meus amigos, e de maneira especial aqueles que compartilharam os anos de graduação comigo.

Agradeço sinceramente as mulheres e enfermeiras que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa.

Às professoras participantes da banca por terem aceitado o convite.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....06

2 ARTIGO: A experiência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao aplicarem a EPDS..... 07

APÊNDICES

ANEXOS

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi oriundo de um recorte do banco de dados construído a partir da realização do projeto “Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado”. A discente desenvolveu o plano de trabalho “A Escala de Edinburg no rastreio da depressão pós-parto: percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”, no âmbito da Iniciação Científica, tendo sido bolsista do CNPq/UEPB na cota 2011/2012. Este trabalho é apresentado na modalidade de artigo conforme Resolução UEPB/CONSEPE/032/2009.

2 ARTIGO

A experiência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao aplicarem a EPDS

RESUMO: Este estudo teve por objetivo compreender a experiência dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EPDS). Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva e transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A coleta dos dados ocorreu no município de Campina Grande, no período de dezembro de 2011 a maio de 2012. A amostra foi composta por nove enfermeiras das equipes de saúde da família que se disponibilizaram a utilizar a EPDS na consulta de puericultura. O uso da EPDS foi definido como uma experiência nova e importante no processo de cuidar da puérpera, e sua utilização na rotina de trabalho permitiria uma avaliação completa da mulher, englobando aspectos que, muitas vezes, são esquecidos ou não abordados devido à própria falta de estratégias do Ministério da Saúde para com este grupo. Porém, pode-se concluir que não há dificuldades apenas para identificar e manejar o sofrimento psíquico, o que ainda falta é a escuta atenta e a formação de vínculos entre profissional e mulher, no nível de atenção que é considerado a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Escalas de Gravação Psiquiátrica Breve.

INTRODUÇÃO

A depressão é a principal causa de incapacidade ao redor do mundo. Em 2000 foi considerada a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças. Atualmente a depressão encontra-se no segundo lugar se relacionada à categoria idade entre 15 e 44 anos em ambos os sexos. No entanto, estima-se que em 2020 a doença alcance o segundo lugar no *ranking* de todas as idades e em ambos os sexos (WHO, 2010).

É estimado que no mundo 73 milhões de mulheres desenvolvam um episódio de depressão maior a cada ano. Dentre os transtornos que sucedem o parto, a depressão pós-parto, tem atingido cerca de 13% de mulheres no primeiro ano de vida da criança (WHO, 2010). No Brasil e demais países em desenvolvimento, a prevalência do transtorno depressivo pós-parto é mais elevada do que nos países desenvolvidos, 20% e 15% respectivamente. Autores consideram que há poucos estudos acerca da temática no Brasil, no entanto esta é considerada uma importante questão de saúde pública (SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009; KOGIMA, 2010).

Desde a infância as meninas são treinadas para o papel de boa mãe, segundo o qual a mulher deve ser amável, tranquila, compreensiva, terna e equilibrada. Diante desta visão romanceada da maternidade, não sobra nenhum espaço para dúvidas quanto aos sentimentos de alegria e felicidade. No entanto, para algumas mulheres, o nascimento de um filho traz consigo a experiência de sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada da maternidade ditada pela cultura. A frustração de não conseguir responder às expectativas

do modelo pronto e esperado de mãe “perfeita”, pode se instaurar como um sofrimento psíquico se configurando como uma base para a DPP (AZEVEDO, ARRAIS, 2006).

Com o nascimento, o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado, desta forma, no imaginário materno despertam muitas ansiedades e os sintomas depressivos são comuns. A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez. É importante que o profissional de saúde acrescentem em sua avaliação clínica uma avaliação da história de vida da mulher, seus sentimentos ansiedades e desejos, já que o puerpério consiste num período de grandes transformações psíquicas, no qual também ocorre uma importante transição existencial (KOGIMA, 2010).

Diante desse contexto, este estudo foi desenvolvido com objetivo de compreender a experiência dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS).

REFERENCIAL TEÓRICO

O período pós-parto divide-se em: pós-parto imediato, do primeiro ao décimo dia; pós-parto tardio, do décimo ao 45º dia, e o pós-parto remoto, aquele que se estende além do 45º dia. No entanto, considera-se que o puerpério compreende um período cronologicamente variável, compreendendo fases de limites imprecisos, nas quais se desenrolam todas as manifestações involutivas do corpo materno (REZENDE, 2008).

Durante a gravidez e o pós-parto, as mulheres enfrentam profundas mudanças físicas e emocionais, que também se relacionam a uma vulnerabilidade aumentada para o desenvolvimento de transtornos mentais de nível leve ao psicótico (CORREIA, 2006).

A disforia puerperal, *maternity blues* ou tristeza puerperal, acomete cerca de 50% a 80% das puérperas e consiste na forma mais leve de transtornos psiquiátricos que podem acometer as mulheres no período de pós-parto. Os sintomas se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atinge seu pico por volta do quinto dia do pós-parto, e remitem de forma espontânea em no máximo duas semanas. O quadro inclui choro fácil, flutuação de humor, irritabilidade e insônia (CANTILINO et al., 2010).

O transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério é a psicose puerperal, sua prevalência varia entre 0,1% a 0,2%, geralmente é de início rápido e os sintomas se manifestam até duas semanas após o parto. Os sintomas iniciais são: euforia, humor irritável, agitação e insônia. Se não houver intervenção precoce, os sintomas evoluem e incluem: delírios, alucinações, comportamentos desorganizados, confusão mental e despersonalização.

O quadro psicótico no pós-parto é grave, geralmente é necessária internação hospitalar, e este ainda constitui-se em situação de risco para a ocorrência do infanticídio (CANTILINO et al., 2010).

Um transtorno de humor característico do puerpério e considerado um quadro intermediário entre a disforia puerperal e a psicose puerperal é a depressão pós-parto (DPP). Acomete cerca de 10 a 20% das puérperas e tem início, geralmente, nas primeiras quatro semanas do pós-parto estendendo-se até um ano, no entanto, alcança sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (CANTILINO et al. 2010; SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

O quadro clínico também se caracteriza pela tristeza e choro fácil, além de outras características como ideias suicidas, diminuição da libido, pensamentos negativos, sentimentos de culpa e falta de interesse pelo filho, que se manifesta por negligência nos cuidados, desinteresse pela amamentação natural, ou até, atos de violência contra o bebê. Podendo ocasionar, a curto ou longo prazo, efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (MATTAR et al., 2007). O tratamento inclui a psicoterapia e o uso de fármacos antidepressivos (SILVA, BOTTI, 2005).

A etiologia da DPP está associada a fatores hereditários e hormonais, devido à redução severa de estrogênio e progesterona e elevação dos níveis de corticoide após o parto, que possui uma forte relação com alterações do humor da mulher (MATTAR et al., 2007). Outros autores enfatizam uma combinação de vários elementos não apenas de ordem biológica, como também sociais, culturais e psicológicos que podem constituir risco para a depressão (SCHWENGBER, PICCININI, 2003). Os fatores socioeconômicos dizem respeito à multiparidade, baixo nível socioeconômico e escolar. Mulheres com histórico de doença psiquiátrica, depressão pré-natal, abortamento, gravidez não planejada, baixa idade materna e violência doméstica apresentam condições de risco para a DPP (MORAES et al., 2006; CABRAL, OLIVEIRA, 2008).

A qualidade do relacionamento com o companheiro, assim como, a ausência de suporte emocional por parte dele têm mostrado uma forte associação em casos de depressão materna (SILVA, PICCININI, 2009). É importante lembrar também que nesse período as atenções dos familiares e amigos estão mais dirigidas ao bebê, deixando a mulher muitas vezes esquecida (GOMES et al., 2010).

Há grande dificuldade por parte dos profissionais, incluindo aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família, em diagnosticar a DPP (CABRAL, OLIVEIRA, 2008), por se

tratar de um fenômeno complexo, de ordem subjetiva e não haver parâmetros fisiológicos exclusivos, o que leva a um subdiagnóstico desse transtorno (RUSCHI et al., 2007).

Para se fazer o rastreio da DPP, facilitar seu diagnóstico e iniciar o tratamento precocemente, alguns estudos apontam para o uso de escalas em serviços de atendimento primário, sendo uma das mais utilizadas a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo, que é amplamente utilizada em estudos sobre DPP (FIGUEIRA et al., 2009; CAMACHO et al., 2006; CANTILINO et al., 2010). No entanto, apenas os resultados obtidos com o uso da escala, não são suficientes para concretizar o diagnóstico de DPP, sendo necessários outros processos avaliativos, como consultas médicas, analisando-se os sinais e sintomas e sua duração.

A EPDS foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. Consiste numa escala autoaplicável, constando de dez questões com quatro respostas cada, com graduação que varia de 0 a 3, de acordo com a presença e gravidade crescente dos sintomas, com pontuação total mínima de 0 e máxima de 30 pontos, que representa os sentimentos da mulher nos últimos sete dias que antecederam a sua aplicação. Para cada questão deve ser escolhida apenas uma opção. Após o preenchimento, o profissional soma todos os itens registrados e terá o *score* (LUZ, 2013). Estudos brasileiros com mulheres grávidas e puérperas utilizaram o ponto de corte 12 para rastreio de depressão (RUSCHI et al., 2007; LUZ, 2013).

A escala aborda questões referentes ao emocional materno englobando as seguintes temáticas: humor deprimido, perda/diminuição do prazer, culpa, sobrecarga e ideação suicida (MATTAR et al., 2007).

O puerpério é um período de grandes transformações psíquicas, onde se verifica uma importante transição existencial. Desta forma é necessário que o profissional esteja atento a possíveis sintomas que se configurem como desestruturantes e não-fisiológicos desse período, considerando a importância do acompanhamento do pós-parto imediato e no puerpério, além de garantir uma assistência qualificada à mulher durante seu processo de reorganização psíquica, vínculo do binômio mãe-filho, mudanças corporais e retomada do planejamento familiar (BRASIL, 2005).

Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Para isso, torna-se necessário que este tenha acesso fácil e disponível. Caso não ocorra, a procura do usuário poderá ser adiada, afetando, possivelmente, de forma negativa o diagnóstico e o tratamento do problema do usuário. Para que a porta de entrada cumpra o seu

papel de garantir acesso de forma racional a todos, torna-se necessário a sua qualificação (BRASIL, 2011).

No Brasil a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo que busca proporcionar equilíbrio entre melhorias na saúde da população e garantia de equidade na distribuição de recursos (BRASIL, 2011).

A Depressão Pós Parto não é uma prioridade na agenda de trabalho dos profissionais da ESF, esse fato tem implicações no processo de vulnerabilização das puérperas, tornando-as susceptíveis, do ponto de vista da saúde. Há ainda poucas informações sobre a temática, que possam subsidiar a identificação precoce de situações de depressão pós-parto e garantir um apoio e tratamento adequado a essas mulheres (CABRAL, OLIVEIRA, 2008; SANTOS JÚNIOR, 2013).

É necessário que neste nível do sistema de saúde as mulheres, sobretudo as que se encontram no período de puerpério, possam encontrar apoio que vise não só o suprimento do seu bem-estar orgânico, mas também estratégias direcionadas para o estabelecimento do seu bem-estar psíquico. Assim as mulheres que passarem por algum tipo de desequilíbrio psíquico poderão encontrar apoio, encaminhamento adequado (se necessário) e uma escuta atenta, pois como sugere a Política Nacional da Atenção Básica, este nível não basta ser apenas a porta de entrada do sistema de saúde, é necessário também que esta porta esteja aberta para que se preste uma assistência resolutiva.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Estudo com abordagem quanti-qualitativa. A razão para se conduzir a pesquisa quantitativa é que esta permite descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características (MARCONI; LAKATOS, 2003). E optou-se pela abordagem qualitativa, pois esta permite ao pesquisador compreender a forma como os participantes do estudo encaram o fenômeno focado (MINAYO, 1999), adequando-se aos objetivos da investigação. A tipologia é exploratório-descritiva e transversal.

Local e período da coleta

A coleta dos dados ocorreu no município de Campina Grande, situado no estado da Paraíba, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no período de dezembro de 2011 a maio de 2012.

Atualmente, as UBSF estão distribuídas em seis distritos sanitários, sendo cinco destes contemplados para a realização da coleta. Não foi possível a coleta em um distrito, devido a questões não inerentes aos pesquisadores. Fizeram parte do estudo cinco UBSF, escolhidas de modo aleatório e por acessibilidade, correspondendo a nove equipes de saúde da família, os números das unidades e das respectivas equipes não são coincidentes, pois em algumas situações mais de uma equipe ocupa o mesmo espaço físico.

População e Amostra

A população foi composta por profissionais de nível superior integrantes das equipes de saúde da família do município de Campina Grande. No entanto, não foi possível a coleta com o profissional médico devido a questões diversas, entre elas a dificuldade de contato com este profissional tanto pessoalmente como por telefone e também pela não aceitação destes em participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra correspondeu a 09 enfermeiras, que tiveram como critérios de inclusão: ser a enfermeira que prestava cuidado de enfermagem direto às mulheres que aceitaram responder a EPDS, e aceitaram utilizar a escala durante a consulta de puericultura; sendo excluídas da amostra as profissionais que não se enquadrassem em tais critérios.

Para definição do número da amostra foi adotado o critério de saturação das informações, ou seja, quando os dados coletados começarem a se repetir, evidenciando a finalização da coleta (MORSE, 1995).

Métodos e procedimentos de coleta de dados

As informações foram coletadas através da observação participante, entrevista semiestruturada e fichas que correspondem aos perfis das enfermeiras. A entrevista consistiu o meio principal de coleta de dados, sendo a observação participante utilizada como recurso complementar para analisar a vivência dos pesquisadores no ambiente de estudo. O roteiro para entrevista continha uma questão central “Como foi a experiência de aplicar a EPDS durante a consulta da puericultura?” e respondida uma ficha que correspondia ao perfil do

profissional e contava com variáveis acerca do tempo de trabalho na ESF, formação complementar e idade, entre outras.

Em fase prévia à concretização da coleta dos dados, entrava-se em contato com os profissionais das unidades e agendava-se uma visita para apresentação dos pesquisadores, os objetivos e sujeitos envolvidos na pesquisa, a metodologia que seria empregada, sempre disponibilizando aos profissionais uma fotocópia da aprovação da Secretária de Saúde do Município para a coleta dos dados, uma EPDS e um folheto explicativo sobre a DPP, seus sinais e sintomas e sobre a escala como método de rastreio.

Depois de prestados os esclarecimentos prévios e comprometimento dos profissionais em participarem da pesquisa, eram marcadas as datas para coleta, que eram realizadas nos dias das consultas de puericultura que se diferenciavam em turnos e dias conforme a rotina das unidades visitadas.

Nos dias marcados para a coleta, os pesquisadores disponibilizavam ao profissional a EPDS para aplicação durante a consulta de puericultura, sendo informado que a aplicassem no momento que julgasse melhor e dando preferência à autoaplicação da mesma por parte das mulheres, oferecendo ajuda para leitura e interpretação se a mulher definisse que fosse necessário.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela mulher, a enfermeira era informada sobre o aceite da mesma em participar da pesquisa, para que desta forma pudesse se dar início à coleta. Posteriormente à realização de todas as consultas da puericultura eram realizadas entrevistas gravadas na sala de enfermagem com as profissionais.

Análise dos dados

Os dados referentes ao perfil profissional foram organizados em tabela, contendo frequências e percentuais. Para construção da tabela, levaram-se em considerações algumas variáveis presentes em estudos anteriores (XIMENES NETO et al., 2007; ROCHA et al., 2009) e foram realizadas algumas adaptações (acréscimo da variável outro vínculo empregatício e adequações dos intervalos de tempo de acordo com a realidade encontrada) a fim de melhor atender os objetivos propostos.

Todas as entrevistas foram transcritas com ortografia mantida na íntegra para serem submetidas à leitura e análise de conteúdo, foram suprimidos os vícios de linguagem de forma cautelosa para não prejudicar o discurso dos sujeitos. As participantes foram identificadas

com a letra “E”, seguido de algarismo arábico, que determina a ordem em que as enfermeiras foram entrevistadas e o sigilo em relação aos seus nomes.

Para o tratamento dos dados qualitativos, procedeu à análise de conteúdo, do tipo análise temática proposta por Bardin (2006) cujo conteúdo final foi agrupado por similaridade temática, resultando em categorias. Os resultados foram discutidos, a partir de inferências de outros autores do estudo, incluindo a interpretação do tipo hermenêutica, como fase de conclusão da análise de conteúdo. A discussão foi balizada pela literatura pertinente à temática. As categorias analíticas foram ilustradas com recortes das falas dos participantes. Objetivou melhor compreender o tema sob investigação, propondo sentidos úteis e novos subsídios para a atenção profissional da saúde da mulher no pós-parto.

A partir da análise dos discursos coletados das profissionais surgiram duas categorias: É viável implantar a EPDS na ESF? “(Eu) *não conhecia a escala*” e O que a escala permite ver e fazer? “*O que a gente deixa para lá*”.

Aspectos éticos

Neste estudo foram preservados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde e a coleta dos dados só ocorreu após autorização da Secretária de Saúde de Campina Grande e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba protocolado sob o número 0532.0.133.000-11. As informações da pesquisa foram repassadas as participantes, com a assinatura, em seguida, do TCLE em duas vias, onde atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem perdas ou danos pessoais, profissionais ou financeiros. Foram assegurados as participantes o anonimato quando da publicação dos resultados e o sigilo de dados confidenciais.

DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

A análise dos dados quantitativos permitiu a construção do perfil do grupo estudo, cujas informações encontram-se na tabela a seguir:

**Tabela 1- Caracterização da amostra constituída pelas enfermeiras
(Campina Grande, 2011-2012)**

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Idade		Possui especialização	
29-34	2 (22)	Sim	9 (100)
35-40	2 (22)	Não	0 (0)
41-46	1 (11)	Total	9 (100)
47-51	4 (44)		
Total	9 (100)		
		Área da Especialização*	
Tempo de trabalho na ESF		Saúde da Família	5
1-6 anos	2 (22)	Saúde Pública	3
7-12 anos	5 (56)	Educação em Saúde	2
13-18 anos	2 (22)	Obstetrícia	1
Total	9 (100)	Saúde da Mulher	1
		Pediatria e Puericultura	1
Tempo de trabalho nesta unidade		Possui outro vínculo empregatício	
Menos de 1 ano	1 (11)	Sim	4 (44)
1-5 anos	5 (56)	Não	5 (56)
6-11 anos	3 (33)	Total	9 (100)
Total	9 (100)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2011-2012.

***Variável:** O número de respostas mostrou-se maior que 9, uma vez que houve a possibilidade de participante citar mais de uma especialização. Dessa forma, não se calculou os percentuais (%), mantendo-se apenas a frequência (n).

Todas as colaboradoras da pesquisa são do sexo feminino. Outros estudos também evidenciam que a força de trabalho feminino prevalece sobre o masculino na enfermagem, isto reproduz uma característica histórica da profissão, que é o seu exercício quase que exclusivamente por mulheres (XIMENES NETO et al., 2007).

A faixa etária variou entre 29 e 51 anos, sendo que 4, das 9 participantes, tinham entre 47 e 51 anos. Esses achados são divergentes dos encontrados por Ximenes Neto et al. (2007), que identificam a ESF como um campo de inserção inicial no mercado de trabalho. Mudanças no próprio sistema de saúde, com priorização da atenção básica têm introduzido novos perfis de profissionais nesse âmbito da assistência.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF, 5 enfermeiras atuam na área entre 7-12 anos; a maioria - 5 profissionais - está entre 1 e 5 anos na unidade atual, este resultado encontra-se de acordo com estudos já realizados que justificam que o tempo médio dos enfermeiros na ESF na mesma equipe é de 3 anos (TAVARES;SANTOS, 2006).

Quanto à formação em nível de pós-graduação, todas as colaboradoras possuem especialização. Uma pesquisa realizada em Goiânia (GO), em 2007, com 94 enfermeiros, apontou como resultado que 77,65% possuíam curso de pós-graduação (ROCHA et al., 2009). Outro estudo realizado com médicos e enfermeiros da ESF no município de Florianópolis revelou que a maioria (84,2%) dos 177 profissionais possuía uma ou mais especializações (THIAGO; TESSER, 2011).Estes resultados apontam para uma tendência do mercado de

trabalho atual que é a formação continuada dos profissionais, uma vez que as transformações no mundo do trabalho e da saúde, e da formação de profissionais de Enfermagem têm exigido uma constante atualização, para que não haja descompasso entre os novos saberes e tecnologias e as demandas da população.

No presente estudo, os cursos de especialização mais frequentes estão relacionados à Saúde da Família (05) e Saúde Pública (03). A busca pela especialização na área de Saúde da Família pode-se justificar pela grande expansão e rápida implantação das equipes no Brasil. Criado como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1997, posteriormente foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo o primeiro nível de atenção em saúde e a porta de entrada do SUS, na tentativa de reorganizar o modelo de saúde assistencial brasileiro (XIMENES NETO et al., 2007). Este cenário constitui um importante nicho empregatício, particularmente para a força de trabalho da Enfermagem.

Com relação à variável vínculo empregatício, 5 enfermeiras relatam que trabalham apenas na ESF, já as demais, atuam também em outras instituições, caracterizando-as como hospitalares. A Portaria da Atenção Básica nº 2.488 regulamenta a carga horária de 40 horas semanais para membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos. Entretanto, devido à defasagem salarial, os enfermeiros necessitam assumir outros vínculos. Tal situação implica em longas jornadas de trabalho, deslocamentos contínuos entre serviços e rotatividade de profissionais nas equipes, conseqüentemente, há diversos estudos que demonstram o nível de estresse, de síndrome de *Bournoute* outros problemas de saúde até mesmo físicos entre os enfermeiros (TRINDADE; LAUTERT, 2010; RIBEIRO, et al., 2012).

A jornada de trabalho dupla por si só leva à sobrecarga de trabalho, o que dificulta a prestação de assistência de qualidade, resolutiva, integral e humanizada, pelo tempo despendido nas atividades assistenciais e burocráticas, bem como é um fator que também dificulta a qualificação dos profissionais. O somatório dessas e outras questões acarreta na não abordagem de várias dimensões do cuidado à mulher, particularmente no ciclo gravídico-puerperal.

Através da análise dos discursos das enfermeiras, foram construídas duas categorias que refletem como foi à experiência do uso da EPDS na sua prática de trabalho.

É viável implantar a EPDS na ESF? “(Eu) *não conhecia a escala*”

Buscou-se investigar a aplicabilidade da EPDS como uma atividade necessária para se ter conhecimento real das dificuldades que os profissionais podem encontrar na utilização em

sua prática, atingindo assim, sua finalidade de auxílio aos trabalhadores da saúde no rastreamento da DPP. As participantes do estudo definiram a escala como algo novo e importante, o que pode ser observado nos seguintes discursos:

“Pra gente é uma experiência nova. Que a gente nunca tinha aplicado” (E5).

“Eu achei muito importante, não conhecia” (E6).

Apesar da EPDS ser um instrumento de rastreio para DPP de fácil aplicação, podendo ser utilizada por profissionais não especializados em saúde mental, é necessário que o profissional que opte por fazer uso deste dispositivo em sua rotina de trabalho, receba um qualificação que conceda orientações teóricas e práticas para utilização adequada (RUSCHI et al., 2007).

Os enfermeiros têm dificuldades em identificar o sofrimento psíquico no âmbito da ESF, dessa forma encaminham imediatamente o portador de sofrimento para profissionais especialistas em saúde mental (AMARANTE et al., 2011). Situação semelhante foi identificada por Santos Júnior et al. (2012), ao referirem que os profissionais de saúde ainda revelam insegurança na identificação e no manejo da depressão pós-parto, resultado da falta de técnicas para o diagnóstico adequado. Assim, as mulheres são referenciadas para unidades psiquiátricas o que pode retardar o diagnóstico e o início do tratamento.

A lacuna na formação e qualificação pós-formação é corroborada por informações constantes no Relatório Final da Pesquisa “Avaliação do processo de capacitação do Programa Saúde da Família em Campina Grande” (SILVEIRA, 2004), as quais revelaram déficits de capacitação e aplicabilidade de conhecimentos no campo da saúde mental. Desde o estudo supracitado, nenhuma capacitação foi realizada com os profissionais da ESF no município. Situações como as referidas resultam, na maioria das vezes, na falta ou inadequação de acolhimento, escuta e formação de vínculos, condição *sinequa non* para o atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico.

A etapa seguinte do estudo compreendeu a apresentação da EPDS às profissionais, uma vez que, como já referido anteriormente, não era do seu conhecimento. Após esse momento, foi aberto espaço e tempo para que dúvidas fossem dirimidas e/ou outras informações fossem acrescentadas. Os recortes a seguir exibem o relato das participantes sobre o instrumento apresentado:

“É uma escala bem simples, bem direta, não tem muita informação de uma vez só, então fica fácil de aplicar[...], é bem objetiva” (E1).

“É um questionário rápido, não leva muito tempo, porque é ruim quando é aqueles questionários que é muito prolongado, mas esse daí não, dá pra fazer tranquilo durante a consulta” (E8).

Embora a escala tenha sido considerada como algo novo, não houve expressão de dificuldades no que concerne a compreensão. Um discurso ainda foi enfático ao definir a escala como explícita:

“A escala é bem explícita. Ela dá pra pessoa ter um bom entendimento [...], não teve dificuldades, são perguntas simples, são rápidas, fáceis de implementar” (E2).

Outras pesquisas confirmam que a EPDS consiste num instrumento simples, prático e de fácil aplicação, já que pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde e foi formulada para o autopreenchimento. No entanto, estas características não diminuem o potencial de eficácia que tal instrumento apresenta para o rastreio da DPP. Sendo assim, estas e outras vantagens, como o baixo custo, permitem que este possa ser um instrumento implementado na prática da rede pública de saúde, inclusive na Atenção Primária (FIGUEIRA, et al., 2009; SANTOS JUNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2009).

O pouco tempo dispensado para aplicação da EPDS pode constituir em mais um ponto positivo para implementação deste instrumento na prática dos serviços de saúde. O estudo de Ruschiet al. (2007) comprovou que não foram utilizados mais do que 10 minutos para aplicação da EPDS com cada mulher. Em nossa pesquisa, no que se refere ao tempo de aplicação da escala, as enfermeiras classificaram como rápido, também não sendo necessário mais do o mesmo período temporal verificado pelos autores supracitados.

A maioria das enfermeiras relatou que não apresentaram dificuldades em aplicar a escala, no entanto ressaltaram que tiveram que fazer a leitura oral das perguntas para as mulheres:

“Eu acho que ela entendeu bem direitinho quando eu lia, porque eu lia com calma, e repetia as perguntas pra ela. Às vezes ela pedia pra repetir, então eu repetia e ela respondia” (E8).

A escala foi elaborada para o autopreenchimento, contando com 10 questionamentos considerados simples, pois avaliam a presença de alguns sintomas característicos da DPP

(culpa e distúrbios do humor, entre outros) a partir de situações do cotidiano (CRUZ, SIMÕES, FAISAL-CURY, 2005).

Cabe, então, um posicionamento: será que o fato de a mulher não conseguir ler e responder sozinha não é uma dificuldade? Os discursos apresentados a seguir podem justificar esta hipótese:

“Algumas [perguntas]ficava difícil elas lerem, pedia pra eu ler pra ficar mais fácil de entender, porque eu acho que elas lendo, elas ainda ficavam com uma certa dúvida na resposta” (E1).

“Como muitas vezes também tinha que ler pra elas, [...] pode ter dificultado um pouco” (E7).

Estes discursos revelam que no contexto das participantes nem sempre a escala é autoaplicável. Por se tratar de um instrumento voltado para questões pessoais e de ordem emocional, a leitura dos enunciados pelo profissional pode gerar uma inibição das respostas por parte das mulheres. Com isso, os reais sentimentos vivenciados podem não ser expressos durante o encontro com o profissional.

As variações na voz, o ritmo da leitura, com sons e silêncios, pausas, entre outras modificações podem levar a interpretações distintas. Ler em voz alta é servir como ponte entre o que está sendo lido e quem ouve. Portanto, esta ação está atravessada pelo o que os autores denominam de *intersubjetividade*. Dessa forma, o leitor é um “mediador” e o resultado pode vir a ser diferente do que ocorreria caso o texto fosse lido diretamente pela pessoa a quem interessa a mensagem (MORATO, 2005).

Apesar destas considerações, e tratando especificamente da aplicação da EPDS, um estudo concluiu que não há intercorrência nas respostas da escala se esta for aplicada de forma oral, no entanto sugere-se que sejam realizados mais pesquisas para uma melhor avaliação (RUSHI et al., 2007). Portanto, os resultados aqui apresentados, nos limites do estudo, contribuem com essa demanda, ao demonstrar que essa condição pode configurar um viés na obtenção do *score* final da EPDS, com conseqüente, falso positivo ou negativo do rastreio de sintomatologia depressiva ou de outros estágios de depressão pós-parto, a exemplo de psicose puerperal e infanticídio. Ainda nessa direção, merece destaque o relato de experiência de outra enfermeira, para quem não foi percebida a mesma facilidade encontrada pelas demais profissionais. Na aplicação da escala com as mães acompanhadas por ela, surgiram muitas dúvidas, particularmente em relação à linguagem, e conseqüentemente, a compreensão ficou

prejudicada, salientando-se que uma das mães não conseguiu responder, mesmo após a leitura repetida pela profissional:

“E outra coisa eu notei que foi a compreensão em relação às perguntas. [...] Elas se mostraram com dúvidas a respeito do que foi perguntado. Eu acho que é viável sim, agora mudando um pouco a linguagem” (E7).

Em pesquisa na literatura não foram encontrados estudos apontando dificuldade na aplicação da EPDS, pois estes se voltam apenas para características quantitativas, enfocando o perfil e a prevalência da DPP nas mulheres estudadas.

Optou-se por aplicar a escala nas consultas de puericultura, visto que no puerpério as mulheres só possuem uma consulta específica, entre 30 e 42 dias do pós-parto (BRASIL, 2005), e assim não havia consultas puerperais agendadas durante o período de coleta de dados. Então quando questionadas sobre o melhor momento para aplicação da escala durante a consulta da puericultura, se antes ou após a abordagem da criança, duas enfermeiras relataram que seria melhor utilizar o instrumento no início da consulta:

“Seria bom que fosse logo no início [...] porque às vezes eu acho que deixando pro final, a gente já tem perguntado tanta coisa [sobre a criança], pode até ser que pra ela fique mais difícil de responder” (E1).

De maneira geral a consulta de puericultura inclui o exame físico, antropometria, avaliação dos marcos do desenvolvimento, orientações da suplementação de ferro e vitamina A, aconselhamento sobre aleitamento materno e alimentação saudável, intercorrências com a criança (doenças, internações) e imunização, sendo, portanto, de avaliação da criança.

Mas não se pode deixar de considerar que o bebê não é um sujeito autônomo e que a relação com a mãe é mediada pelas circunstâncias maternas e seu entorno. Assim, há a necessidade de também identificar as condições que a mulher tem experienciado neste período. Então, a aplicação da EPDS no início da consulta poderia ser um fator favorável para que a mulher se sinta inserida no contexto da atenção e que esta, por sua vez, tivesse, de fato, o objetivo maior de assistir à família.

Entretanto, as demais participantes se referiram ao final da consulta, reforçando a ideia que o objetivo é o atendimento à criança, conforme exposto a seguir:

“No início não. [...] Como ela tava muito angustiada com a queixa da criança então primeiro eu ouvi, porque o objetivo dela ter vindo aqui seria pra criança, então eu fui atender primeiro ao objetivo dela” (E5).

“No final da consulta porque a mãe chega naquela angústia, ela quer falar, ela quer escutar se tá fazendo certo” (E7).

Um estudo relatou a aplicação da escala durante visita domiciliar por uma enfermeira, no entanto a metodologia não especifica se esta profissional faz parte da UBSF a qual a mulher esta cadastrada (FIGUEIRA, et al., 2009). Como a experiência profissional diante da aplicabilidade da EPDS foi um de nossos objetivos, foram às próprias enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que aplicaram a escala. A utilização do instrumento fez parte da rotina de trabalho destas profissionais, e através dos seus relatos podemos avaliar os limites e possibilidades da implementação deste instrumento na prática. Pesquisou-se na literatura o melhor momento para aplicação da EPDS, no entanto não foram encontrados resultados.

O que a escala permite ver e fazer? *“O que a gente deixa para lá”*

As enfermeiras referiram que as questões abordadas na escala não se incluem na assistência à mulher. Muitos discursos se tornaram similares ao referir que a questão emocional, incluindo a depressão, é um dos pontos não abordados durante o pré-natal e o pós-parto. Um dos argumentos que utilizaram para justificar este fato é a sobrecarga de trabalho:

“Mas na consulta mesmo, a mãe pode tá com algum problema e a gente deixe passar, e a escala vai ajudar com que a gente trabalhe mesmo essa questão” (E8).

“Então, tem muitas coisas que a gente às vezes quer fazer com mais detalhes, se ligar mais nessas coisas que a gente sabe que são importantes, mas que muitas vezes a gente deixa pra lá, ou pra depois [...] como uma depressão. [...] São muitos programas, muitas cobranças e tem coisa que a gente acaba deixando passar e eu acho que isso aí é uma delas” (E2).

Estes discursos podem ser reflexos da própria falta de atenção que o Ministério da Saúde dispensa aos aspectos psicoemocionais da mulher no período gestacional e puerperal. Em documento – Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – este órgão apresenta de maneira breve e sucinta os aspectos emocionais que podem permear a gravidez e o puerpério, contudo, não aborda como o profissional de saúde

deve se posicionar e quais decisões tomar diante do quadro de distúrbios emocionais nesta fase de vida da mulher (BRASIL, 2005).

Outro fato que pode justificar a invisibilidade da atenção com a mulher durante o puerpério é a falta de ações específicas em saúde direcionadas para este grupo (CABRAL; OLIVEIRA, 2008). Um dos únicos momentos de atenção de saúde para com a mulher nesta fase é a consulta puerperal, que muitas vezes engloba apenas os aspectos clínicos. Os discursos abaixo confirmam a falta de cuidados com a mulher no puerpério:

“Como profissional[...], a gente fica mais ligado às coisas da puericultura, fica mais ligada às questões da criança, fica nem preocupada com a questão da mãe [...]. Eu achei interessante, e eu acho que a gente pra ver a criança, a gente também tem que ver a mãe e a família onde ela tá inserida” (E2).

“A gente quase nunca olha pra a mãe, nessa hora. [...] Se preocupa tanto com a criança no dia a dia da puericultura que a gente não percebe. Essa segunda mãe, por exemplo, que eu entrevistei, ela tem apresentado crise de choro. Disse que tava um pouco deprimida, aí aquilo ali me deixou meia pensando: ‘É, realmente a mãe tem que tá no contexto da puericultura também’ ”(E3).

Embora o objetivo da escala seja o rastreio da DPP, um dos discursos enfatizou que esta foi utilizada apenas como instrumento para fornecer informações sobre a DPP e os aspectos emocionais para as próprias mulheres:

“Foi muito bom, até porque as mães não tinham nenhum conhecimento da depressão pós-parto, o que realmente a depressão causava, [...] às vezes, tiveram respostas que ela respondeu que sim, então elas não sabiam por que elas tinham passado por aquilo. e então, diante desse questionário, elas tiveram conhecimento dos problemas que uma depressão pós-parto pode acarretar à mãe e ao bebê” (E4).

A análise do relato permite vislumbrar o pouco conhecimento e possibilidade de aplicabilidade da EPDS como instrumento que auxilie o diagnóstico, encaminhamento, se necessário, e condutas no próprio território da ESF. Reitera-se, assim, o que já havia sido apresentado sobre a “novidade” do dispositivo para o grupo pesquisado.

Diagnosticar um quadro depressivo durante o puerpério não é fácil, pois não há parâmetros fisiológicos exclusivos. Então o uso de algum instrumento como a EPDS facilitaria o rastreio precoce e a adoção das medidas necessárias para cuidado desta mulher (SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

A maioria dos profissionais apresenta uma noção generalizada e reforçada pelo senso comum, de que a DPP caracteriza-se apenas pelo risco de suicídio, rejeição do bebê e infanticídio, quando na verdade estes aspectos não são características principais e tampouco estão presentes em todos os casos diagnosticados (CABRAL; OLIVEIRA, 2008). Então, o diagnóstico e até mesmo uma conversa mais aberta sobre dúvidas, sintomas e sentimentos deste quadro fica comprometida, pois os próprios profissionais ainda não têm conhecimento suficiente sobre os quadros depressivos que podem acometer a mulher no puerpério. Essa dificuldade de identificação é evidenciada pelo discurso a seguir:

“Eu peguei dois casos de depressão pós-parto [...] e eu acho que é muito importante [o uso da escala]. Isso porque a gente já detectou num nível já bem mais elevado, que ela mesma vinha, pediu ajuda de psicólogo e tudo, imagina as outras que não nos procurou” (E2).

A falta de conhecimento, por parte dos profissionais, sobre as manifestações clínicas da DPP, gera uma insegurança que reflete diretamente na assistência prestada às mulheres, incluindo como deve proceder o encaminhamento adequado, o que facilitaria o diagnóstico e uma intervenção precoce (SANTOS JÚNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

Se os profissionais de saúde caracterizaram a EPDS como algo novo e importante, ressaltando ainda que se trata de um instrumento de aplicação simples e rápida, sua utilização durante as consultas permitiria uma avaliação mais completa da mulher, englobando aspectos que, muitas vezes, são esquecidos diante da rotina meramente clínica, direcionada de maneira restritiva às crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério é um período de grandes mudanças físicas e também emocionais. É esperado da mulher um modelo de mãe pronta e ideal, e quando as expectativas não são atingidas podem gerar sofrimento psíquico. Através deste estudo percebe-se que as mudanças de humor neste período são uma realidade constante no âmbito da Atenção Básica, embora muitas vezes passem despercebidas pelos profissionais.

Buscou-se compreender como se daria a experiência dos profissionais da Atenção Básica na aplicação da EPDS. Os resultados encontrados corroboram com a literatura, sugerindo que a escala trata-se de um instrumento adequado para o rastreio da DPP, podendo ser implementada na rotina de trabalho devido a sua facilidade e rapidez de aplicação. Ao

mesmo tempo o estudo se depara com uma realidade: a falta de cuidados à saúde mental da mulher no período puerperal. Esta falta de atenção não é cometida apenas pelos profissionais de saúde, ela na verdade pode ser reflexo da falta de estratégias e protocolos do Ministério da Saúde.

Assim fica claro que não há apenas dificuldades de identificar e manejar o sofrimento psíquico no puerpério pela falta de um instrumento específico ou devido à falta de condutas e protocolos do Ministério da Saúde. Por outra perspectiva, identifica-se que falta ou existe de maneira inadequada, o acolhimento, a escuta atenta e a formação de vínculos entre profissionais e mulheres. Essas faltas repercutem, por sua vez, gerando lacunas acerca da temática e na assistência em saúde mental no período gravídico-puerperal. Como resultado forma-se um ciclo vicioso e contínuo e para sua quebra e então prestação de uma assistência de qualidade, resolutiva, integral e humanizada é necessário o engajamento da equipe multiprofissional de saúde.

Desta forma, este trabalho pretende contribuir para um melhor conhecimento dessa problemática de saúde pública, e também em repensar práticas no intuito de assistir de forma integral essa mulher, que é um sujeito repleto de singularidades.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, et al. As estratégias do enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. de A. Rego & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL.Ministério da Saúde.Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de. **A Invisibilidade da Depressão Pós-Parto no Contexto de Equipes de Saúde da Família**. In: SIMPÓSIO FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8, 2008, Santa Catarina-SC. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/st58.html>>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiatria Clínica**,v.33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto.**Revista Psiquiatria Clínica**, v.37, n.6, p. 288-294, 2010.
- CORREIA, A.L.V. **Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa – Paraíba**. 2006. 38p. Dissertação(mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- CRUZ, E. B.S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n. 4, p. 181-188, 2005.
- FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde.**Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 79-84,2009.

GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**, v. 11, n. especial, p. 117-123, 2010.

KOGIMA, E.O. **Depressão puerperal em adolescentes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Embu Guaçu – SP**. 2010. 174p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LUZ, G. O. A. **Prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres grávidas portadoras de diabetes e em mulheres grávidas não portadoras de diabetes**. 2013. 83p. Dissertação (Mestrado) – Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco / Universidade Estadual da Paraíba, Recife.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

MORATO, E. M. Aspectos Sócio-cognitivos da Atividade Referencial: as Expressões Formulaicas. In: MIRANDA, Neusa Salim; NAMEE, Maria Cristina. **Linguística e Cognição**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

MORSE, J. M. The significance of saturation. **Qualitative Health Research**, v. 5, n. 2, p. 147-149, 1995.

REZENDE, J. de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 11. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.46, n.2, p. 495-504, 2012.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do programa saúde da família: perfil profissional. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 2, p. 229-233, 2009.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria**, v.29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SANTOS JÚNIOR, H.P.O. **A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto: o desafio de (re) montar o quebra-cabeça**. 2013. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O. et al. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**. v. 69, n. 6, p. 1248-1258, 2012.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O. ; GUALDA, D. M. R.; SILVEIRA, M. F. A. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,v. 30, n. 3, p. 516-524, 2009.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudos de Psicologia (Natal)**, v.8, n.3. p. 403-411, 2003.

SILVA, E. T. da; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n. 2, p. 231-238, 2005.

SILVA, M. R.; PICCININI, C.A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Revista Estudos de Psicologia (Natal)**, v.14, n.1. p. 5-12, 2009.

SILVEIRA, M. F.A.**Avaliação do processo de capacitação do Programa Saúde da Família em Campina Grande – PB**.Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

TAVARES, A. C.L.; SANTOS, S. R. S. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. **Revista Enfermagem Brasil**, v. 5, n. 6, p.317-323, 2006.

THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n.2, p. 249-257, 2010.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.44, n.2, p. 274-279, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO.Programmes and Projects Mental Health. DisordersManagemetDepression. Disponível em:

<<http://www.who.int/mental/managemet/depression/definition/int>>Acesso em: 10 abr. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.2, p. 133-140, 2007.

APÊNDICE A – Perfil do profissional

Nome: _____

Código de Identificação: _____

Idade: _____ anos.

Enfermeiro () Médico ()

Possui especialização? () Sim () Não

Qual área? _____

Há quanto trabalha na ESF? _____

Há quanto tempo trabalha nessa unidade? _____

Possui outro vínculo empregatício?

() Sim () Não

Se sim, qual?

() Hospital () Clínica () Consultório () Outro. Qual? _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os profissionais

Questões Norteadoras:

1. Fale-me como foi a sua experiência de aplicar a EPDS durante a consulta da puericultura?
2. Em sua opinião, as mulheres compreenderam o conteúdo das questões da escala?
3. Em algum momento você precisou ajudar as mulheres a responder a escala? Se sim, como você ajudou e em quais momentos?
4. Quanto tempo você precisou para aplicar a escala?
5. Em sua opinião, qual o melhor momento durante a consulta para aplicar a escala?
6. Você acha que seria viável implantar a escala na prática do serviço?

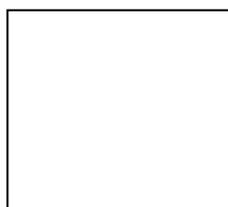
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa intitulada “**Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado**”, que tem como objetivo: compreender a experiência do profissional da atenção básica na aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgo. Afirmando que recebi todas as informações e orientações sobre esse estudo e aceito participar por minha própria vontade, da forma como os pesquisadores explicam a seguir:

- Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender a experiência do profissional da atenção básica na aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo.
- A informações serão coletadas por meio de entrevista que pode ser realizada em local de sua escolha. A entrevista será gravada por aparelho *mp4*. Sempre que eu for gravar, vou lhe pedir antes e só gravarei se você deixar. Você só responde às perguntas se quiser e pode parar a qualquer hora;
- Você terá liberdade para falar o que desejar, pois só irei utilizar nessa pesquisa o que você permitir, o restante será descartado. Os dados desta pesquisa serão divulgados apenas em meios científicos. Nessas divulgações nunca irá aparecer seu nome, pois utilizaremos um nome fictício;
- Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, sua contribuição pode trazer informações importantes a respeito da assistência à saúde da mulher;
- Você terá liberdade de se recusar a participar e ainda desistir em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato poderá ser feito através dos e-mails dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB e pelos telefones (83)33153312 - 33153316.

Após estes esclarecimentos, solicitamos a sua participação nesta pesquisa. Caso concorde, solicitamos que assine o espaço a seguir:

Assinatura do pesquisador



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

Assinatura do Participante

Contatos dos Pesquisadores:

Raísa Barbosa de Andrade: e-mail: raisabarbosa1@hotmail.com

Priscila Lopes Araújo: e-mail – priscila_lopes30@hotmail.com

Yris Luana Rodrigues da Silva: e-mail – yris_luluzinha@hotmail.com

Dra. Maria de Fátima: fatimasilveir@uol.com.br

Dr^{do} Hudson Pires O. Santos Junior. E-mail: hudsonjr@usp.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa: cep@uepb.edu.br

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE: 0532.0.133.000-11

PARECER

- APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO: Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado

PESQUISADOR: Maria de Fátima de Araújo Silveira

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Encontra-se em sua segunda apreciação ética tendo atendido as solicitações anteriores. Diante do exposto, o parecer é projeto APROVADO, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 31/10/ 2011

Relator: 15

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

 **Andamento do projeto - CAAE - 0532.0.133.000-11** 

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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof^ª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Termo de autorização institucional



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 09 de setembro de 2011

Estamos autorizando as alunas: Raisa Barbosa de Andrade, Yris Luana Rodrigues da Silva e Priscila Lopes Araújo do Curso de Enfermagem da UEPB, para realizar pesquisa sobre o título: Saúde Mental da Mulher: a Depressão pós-parto e os Dispositivos de Cuidado sob a orientação da pesquisadora Maria de Fátima de Araújo Silveira. A pesquisa será realizada nas UBSFs desta cidade e só poderá ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética. Certo da importância da parceria ensino-serviço, solicitamos e agradecemos o acolhimento.

OBS: Ficarão as alunas e a pesquisadora responsáveis pra enviar cópia do produto da pesquisa.

Atenciosamente,

Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na Saúde
Semyramis Lira Dantas
Gerente de Educação na saúde

ANEXO C – Versão em Português da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg¹

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito freqüentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

¹ Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., et. al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cad Saude Publica, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.

