



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

PAULIANY ALENCAR DE SOUZA

**(IN)EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA IDENTIFICAÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-
PARTO.**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

PAULIANY ALENCAR DE SOUZA

**(IN)EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA IDENTIFICAÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-
PARTO.**

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.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Araújo
Silveira

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S729i

Souza, Pauliany Alencar de.

(In)experiência dos profissionais da estratégia saúde da família na identificação e assistência às mulheres com depressão pós-parto. [manuscrito] / Pauliany Alencar de Souza. – 2011.

22 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”.

“Co-orientador: Prof. Hudson Pires de Oliveira Santos Junior, Departamento de Enfermagem”.

1. Depressão pós-parto. 2. Atenção primária à saúde.
3. Puerpério. 4. Enfermagem. I. Título.

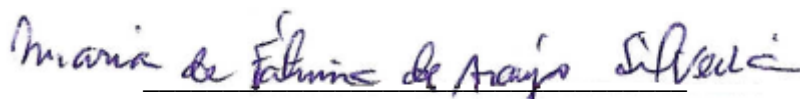
21. ed. CDD 618.76

PAULIANY ALENCAR DE SOUZA

**(IN)EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA IDENTIFICAÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-
PARTO.**

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em 02/12/2011.



Profª Drª Maria de Fátima de Araújo Silveira / UEPB
Orientadora



Profª. Ms. Mércia Maria Paiva Gaudêncio / UEPB
Examinadora



Dr.º Hudson Pires de Oliveira Santos Junior / USP
Examinador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
ARTIGO: (In)experiência dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família na identificação da Depressão Pós-Parto e Assistência às Mulheres	9
APÊNDICE	
ANEXOS	

Dedico este trabalho àquela que, sozinha, lutou para sustentar a mim e ao meu irmão, investindo nos meus estudos com muito afinho para que eu pudesse alçar voo e chegar onde hoje estou. A essa mulher, que muito abdicou de si para servir aos filhos, que com muito zelo segurou minha mão e me indicou o melhor caminho, que me ensinou que basta-nos **AMAR** para vencermos na vida: a minha **MÃE**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente àquele que meu deu a vida e todos os dons necessários para bem vivê-la. Sou grata a ti, Senhor, “pelos pequenos e belos detalhes” que me permites vivenciar.

Aos meus pais, Paulo Roberto e Ângela Maria, pelo amor dispensado a mim por todos esses anos, sobretudo à minha mãe por todo empenho e dedicação, por não me deixar desistir e por lutar junto a mim rumo ao crescimento pessoal e profissional.

Ao meu irmãozinho, Michael Roberto, por sempre me apoiar em todos os momentos, pela cumplicidade e amor que sempre compartilhamos.

Ao meu noivo e grande amor da minha vida, Marcílio Henrique, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me apoiar e me amar, por toda a felicidade que trouxe a minha vida, por ser, hoje, a parte mais bela que há em mim.

Aos meus amados tios, Sinhá, Joana, Marco, Jairo e Jackson, por me apoiarem em minhas escolhas, por toda ajuda que me abonaram e, sobretudo, por todo amor que me demonstram ter. A vizinha mais linda desse mundo, Letícia, por se preocupar se eu “estava comendo direitinho longe de casa”, e preparar comidas deliciosas para mim nas férias, e principalmente, por tanto me amar.

A todos aqueles que me ajudam a crescer de alguma forma; a minha prima, Sabrina, que mesmo longe é meu grande apoio; ao meu amigo Daniel Lucena que com seu amor, demonstrado ao avesso, torce pelo meu êxito; ao meu amigo Túlio Bessa por alegrar meus dias mesmo quando estes estavam bem difíceis; às minhas amigas Fátima e Daniele que mesmo distante estão junto a mim em oração e de coração;

À minha companheira de faculdade, Bianca, que tem sido minha amiga, minha fortaleza e minha família durante esses cinco anos longe da minha verdadeira família; às “Fernandas” por me terem proporcionado tanta alegria e pelo companheirismo nesse período de tantas aflições; às minhas amigas lindas da igreja Yve, Polly, Alana, Alexssandra, Carline, e Valéria que são meu refúgio nos dias difíceis.

Ao amigo Hudson, que lançou a sementinha da Iniciação Científica na minha vida, me instigando a enveredar pelo caminho da pesquisa. A orientadora mais paciente, mais compreensiva, mais sábia que Deus pôde me dar, a Prof.^aDr.^a Fatima Silveira, por ter me ensinado os primeiros passos no mundo da pesquisa científica.

Sou imensamente grata a vocês por tudo que me proporcionaram, obrigada por fazerem parte da minha história. Com amor,

Pauliany Alencar.

APRESENTAÇÃO

Este artigo é resultado das pesquisas desenvolvidas junto ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC, da Universidade Estadual da Paraíba, do qual participei como aluna de iniciação científica. O projeto foi intitulado “DEPRESSÃO PÓS-PARTO: conhecimento e vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”, cujo intuito foi conhecer a abordagem dos profissionais de saúde às mulheres no puerpério.

Atendendo aos pré-requisitos para a conclusão do curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem, apresentamos o trabalho de conclusão de curso que será apreciado pelo Departamento de Enfermagem.

Respaldados na Resolução N° 32 da UEPB/CONSEPE do ano de 2009, optamos pela apresentação dos resultados em forma de artigo, segundo as normas do Trabalho de Conclusão de Curso.

(IN)EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA IDENTIFICAÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

SOUZA, Pauliany Alencar¹; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo²

RESUMO

Modificações do estado psicológico em mulheres no período gravídico puerperal são comuns, devido a alterações hormonais; no entanto, essas mudanças, se não forem bem trabalhadas, podem evoluir causando problemas mais sérios como depressão pós-parto. Esse artigo objetiva avaliar a experiência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com mulheres acometidas pela Depressão pós-parto e identificar os meios utilizados pelos mesmos para tal avaliação. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, realizado em unidades de saúde no município de Campina Grande-PB, cuja coleta de dados ocorreu por meio de observação, roteiro de entrevista semiestruturada aplicado a 16 profissionais de saúde, bem como registro em diário de campo. Os resultados mostram que tais profissionais possuem preparo insuficiente para a identificação de mulheres com depressão pós-parto, bem como não possuem estratégias assistências para lidar como a problemática a nível local. Assim, é preciso investir na capacitação desses profissionais de forma a promover uma assistência integral às mulheres que vivenciam transtornos do humor no período gravídico puerperal.

DESCRITORES: Atenção Primária. Puerpério. Depressão pós-parto. Assistência integral à saúde.

¹ Acadêmica em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba;

² Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.

PROFESSIONAL (IN)EXPERIENCE OF FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE IDENTIFICATION AND ASSISTANCE TO WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION.

SOUZA, Pauliany Alencar²; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo²

ABSTRACT

Modifications in women's psychological state during pregnancy postpartum period are common due to hormonal changes; however, these changes, if not properly worked, can evolve causing more serious problems such as postpartum depression. This article aims to evaluate the professional experience of the Family Health Strategy with women affected by postpartum depression and identify the means used by them for such evaluation. It is a descriptive qualitative study, conducted in health facilities in the city of Campina Grande, PB, whose data were collected through observation, semi-structured interviews applied to 16 health professionals, as well as journaling field. The results show that these professionals have insufficient preparation for the identification of women with postpartum depression, and do not have strategies assists to deal as the problem locally. So is necessary to invest in training these professionals to promote acomprehensive care for women with experience mood disorders during pregnancy postpartum period.

KEY WORDS: Primary Attention. Puerperium. Postpartum depression. Comprehensive health care.

² Acadêmica em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba;

² Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.

(IN) EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ASISTENCIA A LAS MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO

SOUZA, Pauliany Alencar³; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo²

RESUMÉN

Cambios en el estado psicológico de la mujer durante el embarazo puerperal son comunes debido a los cambios hormonales; sin embargo, estos cambios, si no se trabajó, se puede desarrollar causando problemas más graves como la depresión posparto. Este artículo tiene como objetivo evaluar la experiencia profesional de la Estrategia Salud Familiar con las mujeres afectadas por la depresión posparto y identificar los medios utilizados por ellos para dicha evaluación. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, realizado en los centros de salud en la ciudad de Campina Grande, PB, cuya información fueron recolectados mediante la observación, entrevistas semi-estructuradas aplicadas a 16 profesionales de la salud, así como registro en diario del campo. Los resultados muestran que estos profesionales tienen preparación insuficiente para la identificación de mujeres con depresión pós-parto, y no tienen estrategias para tratar el problema a nivel local. Así tenemos que invertir en la formación de estos profesionales para promover una atención integral a las mujeres que experimentan trastornos del estado de ánimo durante el puerpério.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud. Puerperio. La depresión posparto. Atención integral de salud.

1. INTRODUÇÃO

O puerpério é marcado por uma série de alterações que afetam a dimensão psicológica feminina, como resultado, cerca de 12,5% das internações psiquiátricas de mulheres ocorre no primeiro mês do pós-parto. Nesse período são frequentes alterações psíquicas que variam de leve a grave, sendo as mais comuns: a Tristeza Materna (maternity Blues), a Depressão Pós-Parto e a Psicose Puerperal.

³ Acadêmica em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba;

² Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.

A Tristeza Materna pode afetar cerca de 80% das mães (ZANOTTI et al, 2003; KAPLAN et al, 1999). É um dos transtornos mais frequentes nesse período que inclui sintomas como irritabilidade, labilidade do humor, ansiedade generalizada, alterações de sono e apetite, tais sintomas surgem no segundo dia pós-parto e começam a diminuir por volta do sexto dia (BECK, REYNOLDS *et al.* 1992). Já a psicose puerperal é um transtorno grave que se caracteriza por alucinações agudas podendo ter início dentro das primeiras quatro semanas após o parto, e embora não seja comum (apenas 0,1 a 0,2% das mulheres apresentam esse transtorno), é um quadro de emergência médica.

Dentre esses transtornos, a depressão pós-parto apresenta alta prevalência, atingindo cerca de 19,1% das puérperas (MORAES *et al.*, 2006), caracterizando-se por uma maior irritabilidade no puerpério, tristeza, choro frequente, temor de machucar o filho, dificuldade de criar laços com a criança, ideias suicidas e, em alguns casos, infanticídio.

Essas alterações podem iniciar entre as primeiras quatro semanas até um ano após o nascimento do bebê. Devido a sua complexidade a DPP afeta não somente a mãe, mas, também pode trazer consequências para o bebê, o parceiro e toda a dinâmica familiar (BECK 1996).

Trata-se de uma doença de etiologia multifatorial, que pode ser desencadeada por fatores como pré-disposição genética, condições socioeconômicas, relação marital difícil, gravidez indesejada, baixa escolaridade, menor idade materna, gravidez com fatores estressantes, entre outros (SANTOS JÚNIOR, SILVEIRA, GUALDA, 2009).

Contudo, não se trata de um problema fácil para ser detectado. Assim, devido à complexidade para se diagnosticar a DPP, por ainda não haver parâmetros fisiológicos exclusivos, foram criadas escalas para medir e caracterizar os sintomas, sendo uma das mais utilizadas a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*), já traduzida e validada no Brasil (RUSCHI, 2007), contudo ainda não incorporada à rotina assistencial dos serviços públicos de atenção primária à saúde (SANTOS JUNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

Trata-se de uma escala autoaplicável que mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos no período puerperal (FIGUEIRA, 2009). Tal escala não diagnostica, mas aponta uma possível depressão, de forma que contribui para que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias de intervenção e tratamento precoce para evitar o agravamento da mulher com depressão pós-parto. Para, assim, poderem intervir mais precocemente e tratar o transtorno antes de seu agravamento. Pois quando não tratados, os transtornos puerperais

tendem a severas complicações, dentre as de maior gravidade estão o infanticídio e o suicídio. (KOGIMA, 2010)

Para atenuar efeitos da DPP nas puérperas, os profissionais da ESF podem contribuir para o enfretamento da patologia com as seguintes ações: detecção de novos casos, cuidados ao binômio mãe-filho atenção para com a dinâmica familiar, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê na amamentação, o incentivo a utilização dos serviços de saúde e educação em saúde materna sobre o transtorno (SCHWENGBER, PICCININI, 2003).

Nesse sentido a equipe de saúde pode encorajar as mães a completar a EPDS na privacidade, sendo esta aplicada mais de uma vez no pós-parto para avaliar a presença e intensidade de sintomatologia depressiva, de forma a promover o rastreo e prestar assistência precoce nos casos de DPP. (RNAO, 2005).

A importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil da DPP são fundamentais, não apenas pelos prejuízos que traz ao bebê, mas, sobretudo, pela necessidade de reestabelecimento dessa mulher na vida familiar e social. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família podem evitar o agravamento do processo da depressão puerperal, pois se situam em uma posição favorável para detectar e intervir precocemente (SANTOS JUNIOR, GUALDA, SILVEIRA, 2009).

O presente artigo objetivou avaliar a atuação dos profissionais, da Estratégia Saúde da Família da cidade de Campina grande, na identificação da Depressão Pós-parto, bem como quais as ferramentas por eles utilizadas para a detecção da doença e os tipos de tratamentos empregados para restabelecer a saúde dessas puérperas. Trata-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla que objetivou compreender a abordagem dos profissionais de saúde às mulheres no período puerpério.

2. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo que procura entender os fenômenos em estudo sob a perspectiva dos participantes envolvidos na situação analisada e, a partir, destes estabelecer uma interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996).

O estudo foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande, Paraíba que conta, atualmente, com 102 equipes da ESF. Foram visitadas 19 Unidades Básicas de Saúde, no qual 16 profissionais (12 enfermeiras, identificadas nos

discursos pela letra E, e 04 médicas, nomeadas pela letra M) das unidades básicas de saúde foram entrevistadas, utilizando o critério de amostragem intencional (MORSE, 1991).

Os critérios de inclusão adotados foram: atuar na unidade de saúde há pelo menos um ano, prestar atendimento às mulheres no período gravídico - puerperal e aceitar participar do estudo voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: ser profissional de nível médio/técnico ou com menos de seis meses de experiência em equipes de saúde da família.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada individual e pela observação participante, bem como registro em diário de campo. As entrevistas tiveram em média duração de 25 minutos e foram norteadas por meio das seguintes questões: Conte-me sobre sua experiência na assistência às mulheres com DPP; Quais estratégias você usa para identificar a DPP? Quais as possibilidades e limitações para prestar assistência às mulheres nessa condição?

A observação foi utilizada como recurso complementar para registrar o contato dos profissionais durante o atendimento às mulheres no período pós-parto. Nesses momentos, a observação foi utilizada como meio para validar os dados coletados durante as entrevistas. As reflexões decorrentes tanto das entrevistas quanto da observação foram registradas em diário de campo.

A análise dos dados ocorreu por meio dos processos de compreensão, síntese, teorização e recontextualização, sendo o conteúdo final agrupado por similaridade temática, resultando em categorias (MORSE, 1995). O encerramento da coleta ocorreu no momento em que houve saturação dos dados, sendo essa decisão tomada com base nos conceitos de qualidade, pertinência, exaustividade e quantidade de informações fornecidas por um grupo de participantes (MORSE, 1991).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, e só após anuência conforme recomenda a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, foi operacionalizado sob o parecer de aprovação do projeto nº 0123.0.133.000-09.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que poucas profissionais da ESF consideram a possibilidade de ocorrência de sofrimento psíquico no pós-parto e que existe uma grande dificuldade em identificar os possíveis sintomas da DPP.

O desconhecimento dos profissionais de saúde quanto aos meios de detecção da depressão pós-parto:

A primeira categoria apresenta a limitação dos profissionais para identificar mulheres com depressão pós-parto. As narrativas descrevem a percepção dos profissionais relacionada à limitação de conhecimento científico para identificar se a mulher apresenta transtorno do humor no pós-parto, as participantes do estudo afirmam que a depressão pós-parto não é um problema comum:

Eu nunca peguei um caso de depressão pós-parto com as minhas gestantes. (E, 5)
... a gente não tem casos(de depressão), assim, que a gente tenha observado, ou não sabemos identificar... (E, 2)

Acredita-se que essa dificuldade esteja relacionada à etiologia do transtorno que é multideterminado (VALENÇA, 2010) e que muitas vezes é confundido como alterações de humor devido às variações hormonais decorrente do final da gestação, dessa forma predis põem-se a minimizar a situação e interpretá-la do ponto de vista moral, dificultando a percepção dos sintomas depressivos como parte de um processo de adoecimento (FIGUEIRA et al, 2009).

Quando ocorre identificação de casos de depressão pós-parto, as enfermeiras e médicas fazem referência aos agentes comunitários de saúde e aos familiares das mulheres, como sendo as pessoas que notam os sinais depressivos da puérpera e levam essa informação para a unidade de saúde:

A gente identifica pela queixa da família da paciente ou pela referência que é trazida pelo agente de saúde (E, 7).
...e, é o agente de saúde que tem o olho clínico muito bom e junto com a comunidade identificam algumas situações... (E, 7).

As narrativas apresentadas permitem a interpretação de que poucas profissionais consideram o fato de um possível transtorno mental no pós-parto, não possuem estratégias estabelecidas para detecção e quando isso acontece é por pontuação da família e do agente comunitário de saúde que indica os sinais e sintomas à enfermeira e/ou à médica.

Uma pesquisa com o objetivo de desvelar o entendimento dos enfermeiros que atuam em unidade básica de saúde acerca da depressão puerperal teve como resultados que tais profissionais compreendem seu papel no reconhecimento dos sintomas depressivos nas

mulheres, porém são cômicos de sua inexperiência e desconhecimento acerca do assunto e generalizam essas lacunas para o universo da doença mental. Em virtude disso, colocam como principal responsabilidade encaminhar a paciente para outro profissional de saúde especializado (KOGIMA, 2009).

Nesse sentido as participantes expuseram, ainda, que desconhecem meios de rastreio da DPP, e asseguram que o conhecimento de instrumentos específicos para rastreio da patologia e uma avaliação mais apurada é de responsabilidade de profissionais especialistas em saúde mental:

Eu não conheço nada [escalas de rastreio de DPP]. Pelo menos quando eu fiz faculdade, não me foi apresentado nada. Como eu não nunca trabalhei com a depressão, eu ainda não usei nenhuma escala (E, 10).

Eu sei que tem umas escalas, mas também não conheço, eu não sou especialista (M, 2)

As participantes desconhecem que a EPDS pode ser implementada na rede pública de saúde devido à simplicidade, rapidez de aplicação e baixo custo. É uma escala auto-aplicável que consta de dez itens com quatro graduações (0 a 3); mede a presença e intensidade de sintomas depressivos que poder ter ocorrido nos últimos sete dias. Pode ser utilizada por qualquer profissional da área de saúde. (FIGUEIRA, 2009)

As dificuldades na detecção do sofrimento psíquico são consequências da limitação de conhecimento dos profissionais sobre o tema, tendo como consequência o subdiagnóstico ou o diagnóstico tardio, fato que pode deixar a mulher por um longo período em estado de vulnerabilidade, resultando na prorrogação dos sintomas depressivos e possibilitando a ocorrência de agravamento, como uma psicose puerperal, ou aumentando o risco de outros episódios depressivos no futuro (FIGUEIRA *et al*, 2009):

As estratégias de (des) atenção à mulher com depressão pós-parto:

Essa categoria é evidenciada por discursos que revelam as condutas tomadas pelas profissionais frente às mulheres com DPP, Nesse sentido, as entrevistadas não descrevem nenhuma estratégia assistencial prestada na própria unidade de saúde, ou mesmo na comunidade. Além disso, reconhecem-se despreparados para lidar não apenas com as mães acometidas pela DPP, mas, sobretudo, para atuar com pacientes que possuem qualquer tipo de transtorno mental:

*Não temos nenhuma assistência para essa mulher [com depressão pós-parto], a não ser o encaminhamento (E, 1).
Para gente fica difícil dar assistência a essas mulheres, por que eu não tenho nem capacitação e nem experiência para intervir (E, 10).
... A gente tem muita dificuldade em trabalhar com paciente de saúde mental. Nossa dificuldade é uma capacitação em saúde mental na atenção básica, que não temos (E, 1);*

Frente ao que é descrito pelas narrativas, outro estudo afirma que enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde devem munir-se de conhecimento sobre a DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde, onde se encontra inserido, uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental (SILVA et al, 2010).

Nesse contexto, os enfermeiros possuem posição primordial na detecção de novos casos de DPP, pois são os profissionais que estabelecem uma relação mais próxima das mulheres no período puerperal, o que evidencia a importância de instrumentos de triagem da depressão pós-parto para auxiliar os profissionais no rastreamento de sintomatologia depressiva.

O reflexo dessa falta de capacitação para lidar com mulheres com depressão pós-parto resulta no encaminhamento para outros serviços de saúde, como a estratégia de primeira escolha. Assim, as participantes descrevem o encaminhamento dessas mulheres para o Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) ou para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

*Mandaria a pessoa vir pra conversar e encaminharia pro CAPS mesmo (M, 4)
...a gente não é psiquiatra, somos clínicos gerais, então, geralmente a gente faz o encaminhamento. (M, 2)
Normalmente, a gente encaminha ao psicólogo do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (E, 12).*

Os que propõem alguma outra atividade citam a visita domiciliar e o grupo educativo como estratégia para estar mais próximo da mulher durante a fase pós-parto. Sobretudo, não se voltam para os possíveis problemas psicológicos dessa mulher:

*...eles (os ACS's) vem comunicar que ela deu a luz, e aí a gente faz uma visita... aí a gente tem uma conversa e elas relatam como foi o parto.....a assistência foi só dessa forma com a visita (domiciliar)... (E, 7).
Eu geralmente faço a visita domiciliar... (E, 5)*

Tal procedimento de encaminhamento, sem assistência ou suporte em nível da unidade de saúde, termina por agregar custos ao Sistema Único de Saúde e postergar o diagnóstico e o

início do tratamento precoce. Além de ter consequências diretas na vida social e familiar das mulheres que passam a sofrer com o estigma de serem tratadas em serviços com especialidade psiquiátrica.

Contudo, outro fator preponderante é sobre a rede de assistência e atenção à saúde mental da mulher. Nesse caso os participantes não sabem informar se existe algum serviço direcionado para tal público, gerando grande prejuízo às usuárias que terminam por não obter um tratamento adequado, pois os mesmos não sabem como proceder com essa mulher e encaminham para os serviços de psiquiatria responsável por transtornos mentais graves:

Que serviço especializado a gente tem? Eu desconheço! Pode até existir, mais eu desconheço. Então encaminho para o CAPS mesmo (E, 5).

Diante da realidade vivenciada, alguns profissionais relatam que a única assistência que prestam é a escuta às puérperas, independente da gravidade que a mesma se encontra:

*... só ouvir mesmo o que ela tem pra falar (E, 11)
A gente dá o apoio, a gente dá, assim, a escuta. (E, 12)
A assistência foi só dessa forma... ouvindo. (E, 7)*

É preciso que o profissional aborde a mulher na sua totalidade, valorizando a individualidade de cada uma, considerando sua história de vida e seus sentimentos, tão importante como saber o que dizer, é saber ouvir a mulher (BRASIL, 2006). Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade, resolutiva e humanizada é fundamental para a saúde materna, para evitar maiores prejuízos à saúde psíquica da mulher.

Com isso, podemos perceber a necessidade da implementação de medidas que possibilitem a assistência integral as gestantes e puérperas, visando à promoção e prevenção da saúde mental, aliviando e trabalhando os problemas mais urgentes para a diminuição de casos de DPP.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado, as entrevistadas revelaram a insegurança na identificação da DPP, bem como na assistência às mulheres durante esse período. Isso ocorre pelo reduzido conhecimento dessas profissionais sobre o assunto exposto. Tais profissionais acreditam que os sintomas mais leves desaparecerão pouco tempo depois do parto, não levando em conta

fatores de risco associados. Desconhecem, também, os meios que podem auxiliar na detecção precoce da DPP, diminuindo, assim, a incidência da doença.

O Ministério da Saúde afirma que ser integral é levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e família, não somente o cuidado biológico, procurar atentar para a história e para os sinais mínimos de depressão apresentados por elas para um tratamento precoce é fundamental para evitar o agravamento do transtorno estudado.

Para isso, necessário se faz a realização de novos estudos e qualificações que orientem os profissionais para um atendimento eficaz às mulheres com DPP, com a finalidade de reduzir os prejuízos no desenvolvimento da criança, na relação do binômio mãe-filho, na relação com seu esposo e seus familiares, enfim, com intuito devolver essa mulher seu bem-estar, sua vida familiar e social.

O presente estudo mostrou-se relevante por possibilitar o reconhecimento das necessidades da assistência às mulheres com DPP, incentivando, assim, o desenvolvimento de meios que promovam a melhoria da mesma. Necessário se faz ainda a realização de novos estudos que avaliem quais as mudanças cabíveis para a melhoria no atendimento às mulheres acometidas pela depressão pós-parto buscando restituir a qualidade de vida dessas mulheres e daqueles que a cercam.

REFERÊNCIAS

ATTIA, Evelyn, DOWNEY, John, OBERMAN, Michelle. Postpartum Psychoses. In L.J Miller. *Postártum Mood Dissorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press. P. 99-118, 1999.

BECK, Cheryl Tatano, et al. Maternity blues and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. V. 21, n.4, p. 287-293, 1992.

BECK, Cheryl Tatano. "Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children." *Nurs Res* v.45, n.2, p. 98-104, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: M.S, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: M. S, 2006.

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, p. 79, 2009.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. Tratado de Psiquiatria. 6º ed. Porto Alegre: *Artmed*, 1999

KOGIMA, Elisabeth Octaviano. O Entendimento dos Enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da Depressão Puerperal. *Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo*. São Paulo, 2009.

KOGIMA, Elisabeth Octaviano. Depressão puerperal em adolescentes cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Embu Guaçu – SP, [Tese de Doutorado _ Faculdade de Saúde Pública da USP]. São Paulo; 2010.

MORAES, Inácia Gomes da Silva. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de 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.

MORSE, Janice (1995). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, v.17, n.3, p. 31-46.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, V.1, nº3. P. 01, 1996.

RNAO. Interventions for Postpartum Depression. *Nursing Best Practice Guideline*. Toronto, 2005.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em mostra brasileira. *Revista de psiquiatria Rio Gd. Sul* v.29, n.3. 2007.

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

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O Impacto da Depressão pós-parto para a interação Mãe-bebê. *Estud. Picol. Natal*, v. 8, n. 03, p. 403-411, 2003.

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

VALENÇA, Cecilia Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Prevenindo a Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 2, p. 129-139, 2010.

ZANOTTI, Daniela Viganó et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Revista Nursing*. V. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.

APÊNDICE
ROTEIRO DE ENTREVISTA

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. Você já atendeu alguma mulher com depressão pós-parto? Conte-me como foi.
4. Conte-me como você faz para identificar/diagnosticar se uma mulher está com depressão pós-parto.
5. Você conhece a Escala de Edimburg para identificar a depressão pós-parto?
6. Como você faz para dar assistência a essas mulheres com depressão pós-parto?
7. Para essas mulheres com Depressão pós-parto, quais são as possibilidades de tratamento aqui em sua região?
8. Conte-me sobre as dificuldades para dar assistência a essas mulheres.

ANEXO I

VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH

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 frequentemente

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

ANEXO II

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