

**Conhecimento sobre depressão pós-parto na perspectiva de enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de um Município da Fronteira Oeste do RS**

**Knowledge about postpartum depression from the perspective of nurses of the Family Health Center of a Municipality of the West Frontier of RS**

**Conocimiento sobre la depresión posparto desde la perspectiva de los enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia de una localidad de la Frontera Oeste de RS**

Recebido: 01/08/2020 | Revisado: 05/08/2020 | Aceito: 13/08/2020 | Publicado: 17/08/2020

**Carlos Eduardo Messa Ponse**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7910-2736>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [carloseduardomp94@hotmail.com](mailto:carloseduardomp94@hotmail.com)

**Jussara Mendes Lipinski**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3907-0722>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [jussaralipinski@unipampa.edu.br](mailto:jussaralipinski@unipampa.edu.br)

**Lisie Alende Prates**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [lisieprates@unipampa.edu.br](mailto:lisieprates@unipampa.edu.br)

**Débora Schlotefeldt Siniak**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7689-6953>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [deborasiniak@unipampa.edu.br](mailto:deborasiniak@unipampa.edu.br)

**Ana Paula de Lima Escobal**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2601-9098>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [anapaulaescobal@hotmail.com](mailto:anapaulaescobal@hotmail.com)

**Karine Matos do Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0192-1624>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [Karine.ms@hotmail.com.br](mailto:Karine.ms@hotmail.com.br)

## **Resumo**

**Objetivo:** Ouvir relatos de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, acerca de seus conhecimentos sobre a depressão pós parto. **Método:** Estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, foram entrevistados doze enfermeiros de oito ESF de um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a técnica de entrevista guiada por roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos a análise temática, projeto aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa. **Resultados:** A DPP representa um agravo a ser reconhecido por enfermeiros da ESF. Os enfermeiros afirmaram receber protocolos embora a saúde mental das mulheres seja pouco aprofundada nas capacitações. Ainda relatam a necessidade de que a abordagem e encaminhamentos das mulheres e famílias sejam adequadas a cada contexto. **Conclusão:** A DPP é um tema amplo, que precisa ser discutido entre os profissionais de saúde, para que possam compreender sua complexidade e desta forma conduzir as orientações e encaminhamentos necessários. Embora os enfermeiros que participaram do estudo tenham realizado várias capacitações, quando se fala na saúde mental, a abordagem foi mais generalista. Indicamos a necessidade de que novas pesquisas sejam realizadas: junto a gestores na busca de compreender por que a atenção a saúde mental da mulher tem sido por vezes negligenciada e com enfermeiros para sensibiliza-los acerca de sua responsabilidade frente a prevenção do sofrimento mental das mulheres. Ressaltamos a necessidade de investimento no processo formativo de enfermeiros, a fim de que promovam cuidado mais qualificado para as mulheres.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Pré-natal; Depressão Pós-parto; Saúde mental; Enfermagem.

## **Abstract**

**Objective:** To hear reports from nurses of the Family Health Center, about their knowledge on postpartum depression. **Method:** Field study, exploratory, descriptive, with qualitative approach, twelve nurses from eight FHC from a city in the western border of Rio Grande do Sul were interviewed. The interview technique guided by semi-structured script was used. The data were submitted to thematic analysis, a project approved by the Research Ethics Committee. **Results:** A PPD represents an aggravating factor to be recognized by the FHC nurses. The nurses said they were given protocols although women's mental health is poor in training. They also reported the need for the approach and referrals of women and families to be appropriate for each context. **Conclusion:** A PPD is a broad topic that needs to be discussed among health professionals so that they can understand its complexity and thus

conduct the necessary guidance and referrals. Although the nurses who participated in the study undertook several training courses, when it came to mental health, the approach was more generalist. We indicate the need for new research to be carried out: with managers in search of understanding why women's mental health care has sometimes been neglected and with nurses to make them aware of their responsibility towards the prevention of women's mental suffering. We emphasize the need to invest in the training process of nurses in order to promote more qualified care for women.

**Keywords:** Women's health; Prenatal; Depression, postpartum; Mental health; Nursing.

### **Resumen**

Objetivo: Escuchar los informes de los enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar sobre sus conocimientos de la depresión postparto. Método: Estudio de campo, exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, se entrevistó a doce enfermeros de ocho ESF de una ciudad en la frontera occidental de Rio Grande do Sul. Se utilizó la técnica de entrevista guiada por un guión semiestructurado. Los datos se sometieron a un análisis temático, un proyecto aprobado por el Comité de Ética de la Investigación. Resultados: La DPP representa un agravante a ser reconocido por enfermeros de la ESF. Los enfermeros afirmaron recibir protocolos, aunque la salud mental de las mujeres no es un tema muy entrenado. También informaron sobre la necesidad de que el enfoque y las remisiones de las mujeres y las familias sean adecuados para cada contexto. Conclusión: La DPP es un tema amplio que debe ser discutido entre los profesionales de la salud para que puedan comprender su complejidad y así llevar a cabo la orientación y las remisiones necesarias. Aunque los enfermeros que participaron en el estudio tenían varios cursos de capacitación, cuando se hablaba de salud mental, el enfoque era más generalista. Indicamos la necesidad de seguir investigando: con los administradores para comprender por qué a veces se ha descuidado la atención de la salud mental de las mujeres y con los enfermeros para sensibilizarlos acerca de su responsabilidad de prevenir el sufrimiento mental de las mujeres. Hacemos hincapié en la necesidad de invertir en el proceso de capacitación de los enfermeros a fin de promover una atención más calificada para las mujeres.

**Palabras clave:** Salud de la mujer; Prenatal; Depresión posparto; Salud mental; Enfermería.

### **1. Introdução**

A depressão é definida como uma disfunção no organismo que envolve o físico, o humor e o pensamento, e atinge cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. É a

enfermidade que abala as expressões afetivas ou o temperamento. Não é sintoma de debilidade, de ausência de ideias positivas ou uma situação que se alcance por estímulo (Gomes *et al.*, 2010). A depressão representou a quarta maior causa de doenças no mundo no ano de 2000, com projeção de se tornar a segunda em 2020, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o relatório da OMS, do ano de 2017, informa que a depressão afeta 11 milhões de brasileiros, colocando o país como recordista na América Latina e em quinto lugar no mundo (Brasil, 2017).

As abordagens à depressão ainda possuem estreita relação com o modelo biomédico, cujo diagnóstico e tratamento são bastante centrados em aspectos sintomatológicos, o que predispõe um olhar com foco na doença e não na pessoa. Tal conduta incorre em um desvio de olhar que marginaliza a vida do sujeito, reduzindo e simplificando seu sofrimento.

Diante disso, faz-se necessário buscar estratégias de cuidado que atendam o ser humano na sua multidimensionalidade, de modo que todo o tratamento seja norteado pela perspectiva de cuidado integral, levando em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais (NOGUEIRA *et al.*, 2018). Diante dessa ótica ampliada de cuidado, é imperativo o uso de medidas terapêuticas diversificadas e que extrapolem as alternativas exclusivamente medicamentosas.

Para tanto, é imprescindível que os pacientes sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar capacitada e que considere a complexidade do transtorno (STOPA, 2015). Além disso, outras abordagens conhecidas como multimodais, as quais combinam diferentes tipos de tratamento, vêm sendo amplamente utilizadas. Um exemplo é a associação de psicoterapia e psicofármacos, a qual tem sido vista como alternativa eficiente e positiva para os pacientes, tanto no controle da condição, quanto no sentido de evitar a reincidência (CESKOVA; SILHAN, 2018).

No âmbito da dimensão psicossocial, o tratamento da depressão conta também com recursos complementares ao atendimento psicoterapêutico individual ou grupal. As ações em saúde elencadas nesse âmbito incluem a indicação de atividades sociais e físicas na vida cotidiana, bem como a utilização dos recursos das unidades de saúde e da comunidade (MOTTA *et al.*, 2017).

Ressalta-se que, embora se reconheça a eficácia dessas estratégias no cuidado à pessoa com depressão, existem muitos obstáculos ao tratamento, incluindo a falta de recursos, a escassez de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais (OMS, 2018).

A depressão pode se apresentar de diferentes formas ao longo da vida, tais como transtorno depressivo grave, transtorno ístmico, depressão pós-parto, depressão reativa, depressão por esgotamento, depressão unipolar, depressão bipolar, depressão atípica, distúrbio afetivo sazonal, depressão psicótica e síndrome pré-menstrual (Gomes *et al.*, 2010).

Quando o quadro depressivo se manifesta no puerpério, é conceituado como Depressão Pós-Parto (DPP) e pode gerar diferentes implicações, uma vez que esse período é marcado por mudanças relacionadas com chegada de um novo ser ao núcleo familiar. Este contexto envolve novas e crescentes responsabilidades, medos e preocupações, além das alterações físicas e hormonais decorrentes do ciclo gravídico-puerperal (Leitão e Calado, 2019).

A DPP se caracteriza por um episódio depressivo ou a soma de episódios depressivos, após o nascimento de um filho. Distingue-se de outras doenças por envolver um conjunto de sintomas, como tristeza, distúrbio do sono, falta de apetite, de concentração e irritabilidade. Pode iniciar no terceiro trimestre da gestação, podendo alcançar sua intensidade máxima aos seis primeiros meses pós-parto (Gomes *et al.*, 2010). A DPP se desenvolve lentamente em semanas ou meses, atingindo, assim, um limiar, e seu prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas (Gomes *et al.*, 2010).

As manifestações da DPP podem se apresentar de forma leve, como *Baby Blues* ou *Blues Puerperal*, que acomete em torno de 50 a 80% das mulheres, e pode ocorrer de sete a 10 dias após o parto, regredindo espontaneamente após um período de duas semanas. O *Baby Blues* ou *Blues Puerperal* tem como principal fator de risco a baixa qualidade do sono, além de episódios de choro, tristeza, crises de ansiedade, diminuição da concentração e perdas gerais de interesse, podendo ser desencadeado por fatores traumáticos (Leitão e Calado, 2019). Já os sintomas de DPP grave e moderada acometem cerca de 10 a 15% das mulheres (Jager e Bottoli, 2011).

Com a evolução das políticas públicas a partir dos anos 90, passou a ser utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), que foi criada para identificar DPP, podendo ser utilizada em contexto clínico ou investigativo, e é um instrumento auto avaliativo que conta com 10 questões objetivas de escolha simples. O somatório da pontuação fornece um escore, a partir dele é possível identificar os sintomas depressivos. A EPDS pode ser aplicada por profissionais que atendem o puerpério, ela foi desenhada para complementar, não para substituir a avaliação clínica. O somatório dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira (Augusto, 1996).

Encontra-se, na literatura, uma variação nos índices de prevalência de DPP, em função de diversos fatores, como instrumentos de medida, condições sociais e psicológicas das díades mãe-bebê, entre outros. Em 40 países, que revisaram 143 estudos, foi encontrada a prevalência de DPP de zero a, aproximadamente, 60% (Halbreich e Karkun, 2006). De acordo com o OMS, cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental e a DPP pode atingir 10 a 20% das puérperas (OMS, 2013).

Devido à alta prevalência das alterações mentais puerperais, destaca-se a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente sinais e sintomas de DPP na assistência à saúde da mulher, além da necessidade de políticas mais abrangentes do que aquelas vigentes até os anos 80, quando as mulheres eram vistas como importantes no ciclo gravídico puerperal, e quando as ações do Ministério da Saúde (MS) se centravam em sua proteção, para que tivessem uma gestação saudável. No entanto as mulheres eram esquecidas em todas as demais esferas de seu viver, bem como, também, as complicações do ciclo gravídico-puerperal, estas) somente eram de interesse quando diziam respeito ao recém-nascido (Brasil, 2011).

Frente à necessidade de maior abrangência as políticas, a partir do ano 2000, trouxeram a proposta de um olhar ampliado às mulheres, para além de sinais e sintomas de doenças. Apresentam compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, incluindo um enfoque de gênero. A integralidade e a promoção da saúde propostas vêm para consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase à melhor atenção obstétrica, ao planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004).

Essa proposta) se contrapõem verticalidade de ações até então existentes na atenção à saúde da mulher e diferentes esferas do viver feminino passam a ser trabalhadas e discutidas pelas equipes multiprofissionais.

Nesta nova perspectiva e por sua facilidade de aplicação, a EPDS passou a ser utilizada pelos profissionais de saúde, como instrumento para integrar a atenção à saúde de puérperas para identificação precoce da DPP. No entanto, é importante refletir sobre as condições de trabalho dos profissionais das unidades Estratégia de Saúde da Família (ESF), que muitas vezes trabalham com equipes incompletas e um grande número de habitantes por área, o que nem sempre permite que o enfermeiro atue em todas as demandas. Desta situação decorre que muitos casos podem não ser identificados tão precocemente como se desejaria, o que pode alterar o desfecho do puerpério.

A ESF representa o principal elo saúde-comunidade, sendo a porta de entrada para o atendimento à saúde, além de um importante mecanismo de suporte existente para o cuidado à mulher com DPP, com práticas de promoção à saúde mental e ao cuidado integralizado (Lavall e Olschowsky, 2013). É reconhecida como local estratégico para a identificação e o acolhimento da mulher, e que proporciona acompanhamento longitudinal e continuado durante o ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2013).

Esta perspectiva de cuidado de base territorial vai ao encontro das diretrizes da nova política de saúde mental, que, por meio da criação de uma rede, a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), busca articular e integrar diversos recursos e pontos de atenção para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Os recursos que constituem essa rede ampliam as formas de tratamento e consolidam a relevância da dimensão psicossocial no desenvolvimento de intervenções terapêuticas para os casos de depressão. Dentro deste escopo, compreende-se que quanto mais inserção social e mais significativa a rede de relacionamentos, maiores são as possibilidades de sucesso no pós-tratamento (MORÉ; MACEDO, 2006).

Nesse sentido, a indicação de tais recursos fortalece a rede de relacionamentos sociais do usuário de saúde e caracteriza-se como ação que produz saúde (MOTTA, *et al.*, 2017). É uma estratégia balizada pelo movimento reformista através da criação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001), a qual tem fomentado a substituição do modelo hospitalocêntrico, por um modelo mais humanizado, e mais próximo do território do sujeito, dentro de um contexto de atendimento psicossocial e com a finalidade de reinserção dessas pessoas em seus lares e no meio social (BATISTA, 2016; BRASIL, 2010).

Evidencia-se, dentre os pontos de atenção que integram a RAPS, a interface junto à Atenção Básica, que representa um recurso estratégico e se configura como a fonte primeira de atenção à saúde mental (DARÉ, CAPONI; 2017). Ela tem contribuído significativamente para os avanços na ampliação do atendimento à pessoa com depressão, considerando a cobertura e as estratégias de trabalho que promoveram o acesso ampliado dos usuários a esse tipo de cuidado. No entanto, a superação dos modelos tradicionais de atendimento aos casos de depressão e a construção de formas de cuidado que utilizem recursos psicossociais na busca da atenção integral ainda estão em curso, visando construir estratégias que contemplem a complexidade do fenômeno (MOTTA, *et al.*, 2017).

A DPP é um problema de saúde pública, que pode afetar tanto a saúde materna, quanto o desenvolvimento da criança. Muitas mulheres apresentam sintomas depressivos no período pós-parto, contudo, muitos destes casos não são diagnosticados, tendo em vista, que vivemos

em uma sociedade patriarcal e sexista, na qual tais sintomas são estigmatizados como desorganização e falta de ocupação, gerando receio na mulher em mencioná-los (Fonseca, Silva e Otta, 2010).

Frente à DPP, o enfermeiro tem papel fundamental na escuta inicial e, também, na consulta de enfermagem, podendo estabelecer vínculo com as usuárias (Brasil, 2012). Faz-se necessário que os enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) estejam aptos a identificar as situações indicativas de DPP e encaminhá-las, quando necessário. O estudo teve como questão de pesquisa: Os enfermeiros da ESF conhecem e estão preparados para identificar casos de DPP? Para responder à questão de pesquisa, o objetivo do estudo foi: Ouvir relatos de enfermeiros da ESF acerca de seus conhecimentos sobre a depressão pós-parto (DPP).

## **2. Metodologia**

Estudo do tipo exploratório, descritivo (Gil, 2019), com abordagem qualitativa (Minayo, 2014), realizado nos meses de julho e agosto de 2019 em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, que, em sua rede de Atenção Primária de Saúde, conta com 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 15 da zona urbana e uma na zona rural.

A escolha pela ESF para realização do estudo se justificou pelo fato de que estes serviços constituem a porta de entrada e a comunicação dos usuários com toda a rede do Sistema Único de Saúde, sendo um espaço de cuidado profícuo para a realização de ações de enfermagem voltadas à promoção da saúde que possibilitem a prevenção de agravos. Das 15 unidades da ESF da zona urbana do município que foram convidadas a participar, oito aceitaram, com a participação de 12 enfermeiros. Nas demais, as recusas estiveram associadas a motivos pessoais ou por não terem contato com a temática.

Após anuência da Secretaria Municipal de Saúde, os enfermeiros foram abordados em seu local de trabalho, tendo sido informados sobre os objetivos do estudo e o método de coleta de dados. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram incluídos no estudo enfermeiros que realizavam consulta de enfermagem com mulheres, e excluídos aqueles que não atendiam puérperas. As entrevistas ocorreram em sala reservada na própria ESF nos horários definidos pelos participantes quando havia menor fluxo de atendimentos, e tiveram a duração de 30 a 40 minutos. As respostas das entrevistadas foram gravadas e posteriormente transcritas.



A análise de dados foi orientada pela Análise Temática (Minayo, 2014), dividida em três etapas conforme descrito a seguir:

Pré-análise: nesta etapa foram retomados os objetivos da pesquisa e o material foi lido de forma a selecionar os documentos que poderiam compor o *corpus* do estudo, considerando-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na segunda etapa realizou-se a exploração do material, por meio da classificação das falas, ou seja, das unidades de registro, que são frases ou trechos significativos para compreensão do texto, estes marcados com canetas de diferentes cores. Posteriormente as palavras ou expressões foram aproximadas, identificando-se os núcleos de sentido, quais sejam: 1- Não conheço exatamente a DPP; 2- Me sinto relativamente preparada para atender estas mulheres; 3- Não temos capacitação nesta área especificada saúde da mulher; 4- Desconheço casos de mulheres com DPP.

Na terceira etapa, com o tratamento dos resultados obtidos chegamos ao tema: Conhecimentos limitado de enfermeiros acerca da DPP.

O estudo seguiu as orientações definidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 06065418.2.0000.5323, em 08/03/2019.

### **3. Resultados**

Os participantes do estudo foram 12 enfermeiros 10 do sexo feminino e dois do sexo masculino, na faixa etária entre 25 a 55 anos, com tempo de graduação variando de 1 a 20 anos, com tempo de trabalho entre 1 e 15 anos.

A análise dos dados deu origem à seguinte categoria: a DPP representa um agravo a ser reconhecido por enfermeiros da ESF.

Os profissionais entrevistados sinalizaram não haver recebido nenhum tipo de orientação ou capacitação antes de iniciar seu trabalho.

*Não tive nenhuma capacitação sobre o tema, nada específico. (E1)*

*Até o momento nunca tive capacitação sobre o tema. (E2)*

*Dentro da especialização, mas nada específico. (E3)*

*Sim, quando eu fiz a especialização em Saúde Mental, alguns trabalhos que envolviam a DPP e na graduação vi um pouco no grupo de pesquisa. Pelo município nunca. (E11)*

Relataram também que não se sentiam preparados para atendimento de mulheres nesta condição. Quando se fala que na atenção básica o enfermeiro precisa estar preparado para identificar situações acerca de DPP, é importante lembrar que, embora seja uma alteração do humor, o quadro, na maioria das vezes, não se manifesta de forma idêntica para as diferentes mulheres, cada mulher pode viver esta experiência de forma única, sendo necessários conhecimento e sensibilidade para identificá-lo. Ao questionar os entrevistados acerca de sua compreensão/conhecimentos e se se sentiam preparados para a abordagem da mulher com DPP, relataram:

*Depressão pós-parto é um quadro de alteração no humor, que as gestantes, puérperas, no caso, podem desenvolver, e pode ser tanto logo no pós-parto, no puerpério, inicialmente nos primeiros 15, 20, 30 dias, como pode ser até tardio [...] depressão pós-parto de meses ou até um pouco mais tarde, quando tem aquela questão de alguma mudança, às vezes da amamentação, que não consegue amamentar, aquela frustração, que pode ter um quadro de depressão pós-parto. (E1)*

*A DPP, ela ocorre como uma ausência, ela, a mulher, sente a perda do bebê que estava dentro dela e ela não consegue elaborar. (E3)*

*As mulheres ficam mais isoladas, ficam mais tristes, não querem ter contato com o filho, excluem o filho e não têm tanto afetividade com aquela criança como deveriam ter. (E4)*

*[...] rejeição, sintomas de não cuidar o bebê, com um choro intermitente, contínuo [...] com rejeição da criança, às vezes não quer amamentar. (E4)*

*[...] ela [a mulher] não é muito valorizada [...] depois que o bebê nasce, é normal se sentir triste. Só que não dão muito ênfase para as queixas delas, e eu acho que tem bastante caso de depressão que nem é diagnosticada e depois, quando elas vêm na consulta, a gente vai percebendo. (E6)*

*Isso é uma das coisas também, elas não querem amamentar. Eu escutei dizer “fica puxando minha teta”, bem assim, com essas palavras. Aí, marquei atendimento. (E8)*

*Quando a mulher está rejeitando o bebê, quando ela já está chorosa, quando ela chega para nós com algum tipo de ansiedade que não era comum. (E9)*

*Não me sinto preparada. (E5), (E9), (E10), (E12)*

*Eu me sinto preparada, na medida do possível. (E7)*

Poucos enfermeiros relataram atendimento a mulheres em situações de DPP e, para aqueles que informaram ter realizado algum tipo de atendimento, as orientações que forneciam à mulher e ou família estavam mais ligadas a encaminhamento ao médico do que propriamente à assistência de enfermagem voltada à situação.

*Eu não quantifiquei, apesar da literatura dizer que é comum, se nós temos um, dois a três, no máximo, por ano, neste ano que eu estive aqui na unidade. (E1)*

*É o momento que tu fazes a identificação dos sintomas, e encaminhado para o médico da família ou à psicóloga do setor e ela junta com o psiquiatra, fazem o acolhimento e acompanhamento, mas mantém o pré-natal conosco. (E3)*

*De depressão, a gente teve só atendeu um caso, mas de tristeza pós-parto a gente deve ter uns seis casos. (E6)*

*Eu estou aqui há dois meses e só atendi um caso, eu não tenho certeza se é depressão pós-parto, mas eu acho que sim. (E8)*

*Hoje eu me sinto mais preparada, porque eu tenho visto bastante ao longo do tempo, e aqui, como é um ambulatório não de alto risco, mas recebe muitas mulheres pós-parto, então eu acho que a gente vai aperfeiçoando isso. Hoje eu me sinto um pouco melhor, até porque, para fazer a escuta mais ativa sobre as demandas da paciente, então a gente vai se preparando a cada dia e isso vai melhorando. (E9)*

*Geralmente a gente já encaminha, nós temos psicólogo aqui no setor. Quando são as meninas que são de fora, que são de um lugar assim ruim, de difícil acesso, a gente marca para elas aqui. Quando é de uma ESF, a gente manda uma contra-referência, se comunica via WhatsApp com as enfermeiras dessa unidade, verifica se tem psicóloga disponível, se não tem, a gente agenda com a nossa psicóloga. Eu não sei o que acontece depois, a gente faz a logística, mas eu não sei dizer qual é o segmento delas, isso me preocupa bastante. (E9)*

As falas da maior parte dos enfermeiros demonstraram uma atuação limitada, focando seu trabalho nos encaminhamentos possíveis quando dispõem dispunham de serviço especializado, por não se julgarem suficientemente preparados para o atendimento inicial.

#### **4. Discussão**

Falar em despreparo para a prática remete à importância da formação acadêmica para o desempenho das diversas exigências impostas aos profissionais de saúde que irão desempenhar suas atividades na Atenção Primária de Saúde (APS), onde a porta de entrada é a ESF, espaço onde se dá a confluência de diversas queixas dos usuários, frente às quais, por meio da consulta de enfermagem, o enfermeiro pode ser capaz de intervir. Nesta intervenção podem ser identificados sinais e sintomas de diferentes agravos, assim como os encaminhamentos que devem ser dados aos mesmos. Diante da falta de conhecimento, pode decorrer uma assistência limitada, que não atenda às reais necessidades da mulher (Brasil, 2013).

Quando os agravos estão relacionados com a identificação e encaminhamento da DPP, a prática vai além do que se encontra disposto em programas, políticas e/ou protocolos, há necessidade de que os profissionais estejam fortemente amparados por conhecimentos específicos e que disponham de instrumentos que ajudem a operacionalizar as ações propostas pelo MS. Neste sentido, ressalta-se que os entrevistados, mesmo aqueles que se encontravam inseridos na prática da ESF havia mais tempo, não se sentiam preparados para a identificação e atendimento a casos de DPP (Rojas *et al.*, 2015)

A DPP ainda é um mistério a ser desvendado tanto para os profissionais entrevistados, quanto para a população, que associa os sintomas da DPP (Oliveira *et al.*, 2016) a “castigos divinos ou desígnio de Deus”. Tal entendimento persiste ainda hoje na sociedade e se configura como um risco tanto para a mãe, quanto para a criança, pois prejudica o relacionamento do binômio, afeta o processo de aleitamento materno, podendo afetar o desenvolvimento da criança (Oliveira *et al.*, 2016)

Buscando identificar precocemente tais situações, ressalta-se a importância do acompanhamento de todas as mulheres na primeira semana pós-parto, pois este cuidado pode ajudar a desmistificar determinados conceitos e estigmas agregados a essa fase. Dentre eles, destacam-se o medo de que não possam ser boas mães e não saberem cuidar de suas crianças (Rojas *et al.*, 2015), de não conseguirem produzir leite em quantidade adequada às necessidades da criança, medo de não serem capazes de atender às expectativas da família.

A maioria dos entrevistados negou qualquer capacitação específica para a identificação e atendimento à DPP, embora o município ofereça capacitação para trabalhar na rede básica de modo geral. Neste sentido, os enfermeiros relataram capacitação específica para atendimento à consulta de pré-natal, controle de câncer cérvico-uterino e de mamas, planejamento familiar, imunizações, visita domiciliar no período pós-parto, mas esta não incluía avaliação do estado emocional das mulheres (Souza *et al.*, 2018)

Esse achado sinaliza a necessidade de reflexão da responsabilidade da gestão no preparo/apoio aos profissionais para a execução do seu trabalho, entretanto, ainda que a gestão não ofereça capacitação, isto não exime os enfermeiros da busca por conhecimentos, haja vista que o MS e a literatura científica oportunizam a atualização individual ou coletiva frente à temática.

Silva e Souza (2018) relatam que, na rede básica de saúde, existe certo despreparo dos enfermeiros no que se refere à identificação precoce do desenvolvimento da DPP), entretanto, é importante que os enfermeiros que atendem as mulheres possam conhecer e rastrear os fatores desencadeantes para o sofrimento mental no puerpério, uma vez que o retardo na detecção e encaminhamentos adequados dessas mulheres pode interferir negativamente na relação mãe-filho-família, no desenvolvimento da criança e no agravamento do quadro clínico (Brasil, 2012).

A falta de capacitação e/ou atualização profissional pode dificultar a identificação dos fatores de risco, já que esse conhecimento é fundamental para o planejamento e implementação de ações preventivas, tais como o apoio emocional da família, amigos e companheiro, o que, por sua vez, pode proporcionar segurança à puérpera (Silva e Souza, 2018).

Para além dos fatores de risco, há necessidade de que os enfermeiros conheçam os sinais dos diferentes quadros depressivos em puérperas, quais sejam: humor deprimido, choro exagerado, dificuldade de desenvolver vínculo com o seu filho, distanciamento da família e amigos, mudanças no apetite, insônia, hipersonia, fadiga abrupta, irritabilidade, medo de não ser uma boa mãe e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Esses sinais podem surgir nas primeiras semanas pós-parto, podendo persistir até seis meses após o nascimento (Gomes, 2010). Na ocorrência de um ou mais destes sinais no puerpério, os enfermeiros podem recorrer à aplicação de escalas de avaliação para buscar mais elementos indicativos de um quadro depressivo, assim como buscar formas acolher, dar escuta, acompanhar e encaminhar, quando necessário, a serviço especializado.

A identificação precoce dos sinais de depressão, e os encaminhamentos realizados pelo enfermeiro são de real importância para desfecho do puerpério, pois são passos importantes para a instituição de adequado tratamento. Nesse sentido, é necessário reconhecer e interpretar o comportamento materno, oferecendo apoio e compreensão, sem julgamentos a respeito do estado da puérpera.

Nos últimos anos, tem sido enfatizada a importância da existência de Redes de Apoio, que se caracterizam por serem grupos de pessoas que oferecem apoio em diferentes âmbitos,

tais como emocional, material, educacional, social, entre outros. No contexto das mulheres com DPP, a rede de apoio é fundamental para a diminuição dos fatores desencadeantes ou agravantes (Prates, Schmalfluss e Lipinski, 2015).

Muitas vezes, a puérpera e sua família têm dificuldade em reconhecer que a mulher está vivenciando um quadro de depressão. Nessas situações, alguns sintomas apresentados pela mulher estão relacionados com o cansaço e ao desgaste natural do pós-parto, determinado pela quantidade de trabalhos domésticos, e à preocupação com o cuidado do bebê. Assim, muitas puérperas que poderiam se beneficiar da assistência não buscam ajuda do profissional de saúde (Freitas *et al.*, 2014) pela normalização desta situação.

No período pós-parto, a postura da puérpera, de sua família, do seu círculo social e dos profissionais que a assistem, em relação às exigências no desempenho de suas tarefas como mãe, geralmente, se relacionam com questões culturais, nas quais a maternidade é um evento idealizado, em que se considera apenas a presença de felicidade e contentamento pela chegada do novo ser (Barbosa e Ângelo, 2016).

É importante que se discuta com as gestantes, puérperas e suas famílias que, na maternidade real, nasceu também uma mãe, que precisa aprender esta nova atribuição, e que algumas vezes podem acontecer medos, tristezas, dúvidas e inseguranças, e que ela deve e pode falar sobre isso, buscando, sempre que necessário, ajuda para transpor os momentos que se apresentem mais difíceis.

Para o enfrentamento desses momentos, a atenção qualificada é fundamental, tanto para a interação do profissional com o usuário, quanto para a família, realizando escuta, diálogo, e conhecendo seus medos e angústias (Leonidas e Camboim, 2016), a fim de proporcionar maior conforto psicológico e afetivo, além, também, de disponibilizar educação em saúde na vivência da DPP (Boska, Wisniewski e Lentsch, 2016). Salienta-se, por fim, que os enfermeiros precisam constantemente tentar estabelecer relações para a promoção, a manutenção e a qualidade do atendimento na assistência à saúde da mulher.

## **5. Considerações Finais**

A DPP é um tema amplo, com diferentes nuances, e que precisa ser discutido entre os profissionais de saúde, para que possam compreender sua complexidade, apreender mais sobre sinais e sintomas, para reconhecê-los precocemente e, desta forma, conduzir as orientações e encaminhamentos necessários.

O estudo apresenta limitações ligadas à escassez de aportes teóricos nacionais atualizados e à falta de inserção e aprofundamento da Saúde Mental nos protocolos de Saúde da Mulher. Ressalta-se que, neste estudo, o maior tempo de graduação dos entrevistados não interferiu positivamente agregando maior experiência e conhecimentos ao seu trabalho, tampouco a predominância do sexo feminino, devido a alguma vivência pessoal ou acompanhamento de familiar no puerpério, como se previa.

Embora os enfermeiros que participaram do estudo tenham, ao longo do tempo, realizado capacitações relacionadas à saúde da criança, mulher, imunizações e saúde mental, em relação a esta última a abordagem foi mais generalista, não colocando um olhar voltado ao sofrimento psíquico de mulheres e aos fatores desencadeantes do mesmo.

Ressaltamos a importância da atenção pré-natal e busca por identificar fatores de risco para quadros depressivos, pois o processo depressivo pode estar associado à morbidade materna e ou fetal, desestruturação familiar, entre tantos outros, e pode ter tido início ao longo da gestação, ou acontecer nos seus meses finais e no pós- parto.

Indicamos a necessidade de que novas pesquisas sejam realizadas junto a gestores, na busca de compreender por que a atenção à saúde mental da mulher tem sido por vezes negligenciada, e com enfermeiros, para sensibilizá-los acerca de sua responsabilidade frente à prevenção do sofrimento mental das mulheres.

Este estudo permitiu conhecer relatos de alguns enfermeiros acerca de casos de DPP na ESF. Contudo, apesar de a identificação precoce da DPP ser considerada fundamental para o cuidado de enfermagem, esta pesquisa mostrou a existência de uma lacuna na capacitação relativa a este transtorno e despreparo dos participantes para enfrentamento desta realidade. Torna-se, então, necessária a sensibilização dos profissionais, para que busquem agregar à sua prática dispositivos a partir dos quais possam auxiliar as mulheres com DPP. Reiteramos, ainda, a importância de que os gestores reconheçam esta lacuna e direcionem recursos para a realização de processo educativo dos enfermeiros dos municípios, a fim de que estes promovam atendimento mais qualificado às mulheres.

## **Referências**

Augusto, A. et al. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matches controls. *Psychological medicine*, 26, 135-141.

Barbosa, M. A. R. S. & Angelo, M. (2016). Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context. *Enfermería global*, 15(42), 232-255.

Batista, E. C. (2016). A saúde mental no Brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 2(16).

Boska, G. A., Wisniewski, D. & Lentse, M. H. (2016). Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edimburgh. *Journal of Nursing and Health*, 6(1), 38-50.

Brasil. (2010). *Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1. ed. 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Organização Mundial da Saúde. (2017). *Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo*. Acesso em 22 de fev. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839)

Ceskova, E. & Silhan, P. (2018). Novel treatment options in depression and psychosis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 741-747.



Daré, P. K. & Caponi, S. N. (2017). Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 7(1), 12-24.

Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A., Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.

Freitas, R. D. et al. (2014). Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(2), 1202-1211.

Gil, A. C. (2019). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 7 ed. São Paulo: Atlas.

Gomes, L. A. et al. (2010). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11, 117-123.

Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2), 97-111.

Jager, M. E. & Bottoli, C. (2011). Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(1), 141-153.

Lavall, E. & Olschowsky, A. (2013). Dimensão psicossocial do cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 233-45.

Leitão, M. A. C. & Calado, M. E. C. (2019). *Fatores de risco para blues puerperal: uma revisão integrativa*. Trabalho de Conclusão de Curso. Alagoas: Centro Universitário Tiradentes.

Leônidas, F.M. & Camboim, F. E.F. (2016). Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. *Revista Temas em Saúde*, 16(3), 436-446.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Hucitec.

Moré, C. L. O. O. & Macedo, R. M. S. (2006). *A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Motta, C. C. L., Moré, C. L. O. O. & Nunes, C. H. S. S. (2017). O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 911-920.

Nogueira, N. F. N. et al. (2018). Doenças Negligenciadas: depressão. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 4(3):122-129.

Oliveira, A.M. et al. (2016). Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal of Nursing and Health*, 6(1), 17-26.

OMS-Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Folha Informativa – Depressão*, 7(5), 18-25.

Prates, L. A., Schmalfluss, J. M. & Lipinski, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(2), 310-315.

Rojas, G. et al. (2015). Barreiras de acesso ao tratamento da depressão pós-parto em Centros de Atenção Básica da Região Metropolitana: um estudo qualitativo. *Revista Médica Chilena*, 143(4), 424-432.

Silva, N. F. & Souza, D. C. (2018). O diagnóstico da depressão pós parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. *Amazônica - Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação*, 21(1), 167-190.

Souza, K. L. C. et al (2018). Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 2933-2943.

Stopa, S. R. et al. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 170-180.

WHO-World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020* [online]. 2013. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/)

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Carlos Eduardo Messa Ponse – 25%

Jussara Mendes Lipinski – 25%

Lisie Alende Prates – 20%

Débora Schlotefeldt Siniak – 10%

Ana Paula de Lima Escobal – 10%

Karine Matos dos Santos – 10%