

PREVENINDO A DEPRESSÃO PUERPERAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL*

PREVENTING THE POSTPARTUM DEPRESSION IN FAMILY HEALTH STRATEGY: NURSES' ACTIONS IN THE PRENATAL

PREVINIENDO LA DEPRESIÓN PUERPERAL EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: ACCIONES DEL ENFERMERO EN EL PRENATAL

CECÍLIA NOGUEIRA VALENÇA¹
RAIMUNDA MEDEIROS GERMANO²

Este estudo tem por objetivo: compreender as ações do enfermeiro no pré-natal da estratégia saúde da família (ESF) na prevenção da depressão puerperal (DPP). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório qualitativo. Participaram 18 enfermeiros que atuam no pré-natal da ESF, em Natal/RN. A coleta de dados aconteceu em julho de 2008, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. Como resultados, os relatos descrevem dificuldades quanto à atuação do enfermeiro no pré-natal para prevenir a DPP, não em relação à ESF em si, mas à forma como são conduzidas as consultas de pré-natal, dificultando uma abordagem integral da gestante. Conclui-se que as intervenções de Enfermagem realizadas no pré-natal, podem favorecer o bem-estar geral da mulher, da criança que vai nascer e da família, contribuindo na prevenção da DPP.

DESCRITORES: Enfermagem materno-infantil; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Família; Depressão Pós-Parto.

This study has the following aims: to understand the actions of nurses in prenatal family health strategy (FHS) in preventing postpartum depression (PPD). This is a descriptive exploratory and qualitative study. It includes 18 nurses working in the FHS prenatal in Natal/RN. The data was collected in July 2008 using semi-structured interview. It was used the content analysis technique of the thematic analysis modality. As a result, the reports describe difficulties concerning the nurse acting in the prenatal to prevent PPD not concerning the FHS itself but the way the prenatal consultations are conducted, which make it difficult for the whole approach of the pregnant. It was concluded that the nursing interventions performed during prenatal care may promote the general welfare of women, the unborn child and the family, contributing to the prevention of DPP.

DESCRIPTORS: Maternal-Child nursing ; Prenatal Care; Family Health; Postpartum Depression.

La meta de este estudio es entender las acciones del enfermero en el prenatal concerniente a la estrategia de salud de la familia (ESF) para prevenir la depresión puerperal (DPP). El enfoque metodológico es cualitativo, de tipo descriptivo y exploratorio. Participaron 18 enfermeros que actúan en el prenatal de la ESF, en Natal / RN. Los datos fueron recolectados en julio del 2008, mediante un plan de entrevista semi-estructurada. Fue usada la técnica de análisis de contenido, en la modalidad de análisis temático. Como resultados, informes describen las dificultades referidas al trabajo del enfermero en el prenatal para prevenir la DPP, no en relación a la propia ESF, sino a la forma en que se llevan a cabo las consultas prenatales, dificultando un planteo integral de la gestante. Se concluye que las intervenciones de Enfermería realizadas durante el prenatal pueden promover el bienestar general de la mujer, del niño que va a nacer y de la familia, contribuyendo en la prevención de la DPP.

DESCRIPTORES: Enfermería materno-infantil; Atención Prenatal; Salud de la Família; Depresión Posparto.

* Artigo vinculado ao programa de pós-graduação em enfermagem/UFRN e ao grupo de pesquisa "Educação em Enfermagem" do departamento de enfermagem/UFRN.

¹ Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista CAPES. Endereço: Av. Ayrton Senna, s/n. Cond. Serrambi V, bl 08, apto 203. Nova Parnamirim. Parnamirim/RN. CEP: 59151-905/Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Educação pela UNICAMP. Professora do Departamento de Enfermagem dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem/UFRN/Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, apresentando sintomas que se assemelham aos de um quadro depressivo: desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas⁽¹⁾.

A prevalência da DPP encontrada em um estudo realizado em Pelotas/RS foi de 19,1%, maior que a de outros estados brasileiros. A alta prevalência de DPP reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de gestantes, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP⁽¹⁾.

Os profissionais envolvidos na assistência obstétrica ao serem qualificados para reconhecer que as características socioeconômicas e culturais das sociedades influenciam no desenvolvimento e nos cuidados do período gestacional, do parto e pós-parto⁽²⁾.

Buscando contemplar essa visão holística em assistência obstétrica, o pré-natal tem como objetivo identificar adequada e precocemente as mulheres com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável, acolhendo-as desde o início de sua gravidez. O principal papel dos profissionais envolvidos neste atendimento é a escuta qualificada e atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos⁽²⁾.

Neste contexto, a saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual para o integralizado, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Sua equipe multiprofissional se propõe a desenvolver ações indi-

viduais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde na unidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) representou um avanço na transformação do modelo de saúde vigente, pois oferece um atendimento humanizado. Isto tem melhorado a relação entre os profissionais e os usuários com criação de vínculo, fator decisivo para realização de efetivas ações de saúde⁽³⁾.

Tendo em vista a característica da ESF, espera-se que o enfermeiro, integrante da equipe, ao realizar as ações inerentes a esta estratégia, particularmente, no que diz respeito ao pré-natal, seja capaz de identificar fatores ou condições relacionados aos riscos e agravos à saúde da mulher e seu conceito, em especial, a DPP.

Perante o que foi exposto, evidenciam-se as seguintes questões de pesquisa: Por ocasião do pré-natal, o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família identifica precocemente sinais e sintomas que evidenciam a depressão pós-parto? Qual a atuação do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto? Em que situações o contexto sócio familiar da gestante contribui para a depressão pós-parto?

Nesse contexto, o objetivo geral da pesquisa foi compreender as ações do enfermeiro no pré-natal da ESF na prevenção da depressão puerperal, sendo os objetivos específicos: identificar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que realizam pré-natal sobre sinais e sintomas que evidenciam a depressão pós-parto; conhecer a atuação desses enfermeiros na prevenção da depressão pós-parto; e compreender em que situações o contexto sócio familiar da gestante relaciona-se com a depressão pós-parto.

Desta forma, o estudo parece trazer contribuições significativas, uma vez que a principal meta da assistência pré-natal é prevenir precocemente alterações que possam prejudicar os vínculos do binômio mãe/filho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) de

Natal/RN, nos Distritos Sanitários (DS) Leste, Oeste e Norte, uma vez que representam os DS com cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os critérios de escolha das USFs que foram parte da amostra da pesquisa obedeceram aos seguintes critérios: (I) representatividade por bairro, ou seja, uma unidade por bairro dos DS citados; (II) caso exista mais de uma USF por bairro, o critério de seleção da unidade será pelo maior quantitativo de equipes da ESF.

Conforme recomenda a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽⁴⁾ a coleta de dados ocorreu após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e o parecer de aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN sob número 172/2008.

A coleta dos dados realizou-se através de entrevista individual, dirigida aos enfermeiros que atuam no pré-natal da ESF, orientada por um instrumento semiestruturado elaborado pela pesquisadora conforme as questões norteadoras: Como você identifica os sinais e sintomas de depressão puerperal no pré-natal? Como se dá sua atuação no pré-natal, visando à prevenção da depressão puerperal? Você acha que o contexto sócio familiar da gestante tem relação com a depressão pós-parto?

Os critérios de inclusão usados para seleção dos sujeitos da pesquisa envolveram, portanto, enfermeiros que trabalhem na ESF nestas instituições por no mínimo seis meses, com experiência na realização de pré-natal. Foram realizadas 18 entrevistas no mês de julho de 2008 aos enfermeiros das USFs, que assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para identificação dos participantes na pesquisa, utilizou-se "(S)", significando Sujeito, e a numeração de 1 a 18 de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A análise foi realizada em três momentos: pré-análise (leitura flutuante dos dados transcritos das gravações); exploração do material (seleção das falas dos sujeitos e organização das categorias ou núcleos temáticos) e tratamento dos resultados (interpretação).

Após a leitura flutuante do material empírico e a constituição do *corpus*, que se dá a partir de seus critérios de validação exaustividade, representatividade e pertinência⁽⁵⁾, verificou-se que apenas oito do total de entrevistas eram significativas com relação aos objetivos do estudo, tendo sido estas a referência para a definição dos núcleos temáticos. Dos depoimentos emergiram os seguintes: Sinais e sintomas de depressão pós-parto identificados no pré-natal; Atuação do enfermeiro no pré-natal e estratégias preventivas da depressão pós-parto; e Contexto sócio familiar da gestante e sua relação com a depressão pós-parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sinais e sintomas de depressão pós-parto identificados no pré-natal

A depressão puerperal consiste numa expressão do sofrimento e da dor humana, atinge um significativo número de mulheres mundialmente. Este transtorno é acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, possui sintomas multivariados e é investigado como um tipo de depressão. Por se tratar de uma reação a estímulos externos ao indivíduo, esse tipo de transtorno psicofetivo enquadra-se como uma forma não patológica de sofrimento psíquico⁽⁶⁾.

O puerpério é a fase da vida da mulher em que há maior risco para o aparecimento de um transtorno psiquiátrico. Numa pesquisa realizada com 55 puérperas, tendo como objetivos identificar sintomas depressivos na população estudada e propor formas de intervenção enfermeiro psiquiatra na prevenção e no controle desses sintomas, aplicou-se um questionário na visita domiciliária. O resultado mostrou que 20% das puérperas apresentavam sintomas depressivos, sendo que somente uma foi identificada pelo serviço de atendimento primário e encaminhada para tratamento especializado, revelando a dificuldade dos profissionais para identificar e intervir nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério. Concluiu-se que é necessário a implementação de medidas

que possibilitem a assistência integral às gestantes e puérperas. O enfermeiro psiquiatra é um profissional capacitado para realizar ações de promoção de saúde mental e ações terapêuticas junto a essa clientela, além de contribuir para a capacitação de outros profissionais da área da saúde⁽⁷⁾.

Essa dificuldade em identificar possíveis sintomas pode estar relacionada à etiologia da DPP que parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores têm sugerido que os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade⁽⁸⁾.

Nos depoimentos dos enfermeiros os múltiplos fatores relacionados com a DPP dificultam a percepção de características desse possível transtorno ainda no pré-natal. Entretanto, observa-se uma ênfase nos aspectos emocionais da gestante, manifestados, por exemplo, através de ansiedade, choro fácil ou tristeza. *Não existem características específicas porque a depressão pós-parto propriamente dita só será desencadeada no período puerperal. É muito difícil avaliar uma gestante já pensando que ela vai ter esse tipo de problema. Mesmo considerando os sinais que podem surgir numa gestante, por exemplo, se ela está chorosa, é difícil agir ainda no pré-natal dela pensando na possibilidade, ainda que alta, de que ela vai desenvolver a depressão puerperal (S₂, DS oeste). Quando a gestante ela se mostra muito ansiosa, às vezes muito triste, sem aceitar a gravidez ou quando ela está passando por algum problema emocional que pode ser identificado pelo enfermeiro na consulta de pré-natal (S₁, DS oeste). Identifico tristeza da gestante, ela deixa de cuidar do corpo ou da auto-imagem, ela pode não aceitar a gravidez. Essas são características que também podem levar a uma possível depressão puerperal (S₃, DS leste).*

O relacionamento conjugal estável ou suporte familiar adequado também foi visto como fundamental para que as características não fossem evidenciadas no pré-natal. *No pré-natal não notamos a depressão*

puerperal propriamente dita, mas começamos a ver os primeiros sinais. É mais quando a gravidez não é desejada, às vezes quando a mulher não tem um companheiro fixo, o que é algo muito importante. Às vezes a gravidez não é desejada, mas conta com o apoio do companheiro ou da mãe da gestante. Às vezes a gravidez não foi planejada, mas pelo menos foi aceita. Quando essa mulher está sozinha no pré-natal e a gravidez não é planejada é algo que nos preocupa bastante (S₅, DS leste). Nós podemos desconfiar quando: as gestantes estão sozinhas, ou seja, sem apoio da família e do companheiro ou a gravidez é indesejada (S₉, DS norte).

O conflito conjugal também pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. A falta de suporte social é outro fator de risco para a depressão materna ao longo do primeiro ano do bebê. Também devem ser considerados como fatores relacionados ao surgimento da DPP: história pessoal e familiar de transtornos de humor, e o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez⁽⁸⁾.

Acerca dos fatores que podem estar envolvidos na etiologia desse transtorno, evidencia-se uma provável associação entre a ocorrência da DPP e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, o não-planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar e a dificuldades no parto. Além disso, alguns estudos mostram uma associação entre a depressão da mãe e eventos de vida estressantes, como: problemas de saúde da criança; dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e adversidades socioeconômicas⁽⁶⁾.

A luta para prevenir a DPP deve ter como alvo os provedores de saúde das mães. A lógica subjacente a esse enfoque é que o aumento no nível da atenção à saúde durante o período pré-natal ou logo após o parto pode como consequência, reduzir o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor pós-parto⁽⁹⁾.

Considerando a importância de uma relação conjugal fundamentada no companheirismo, na qual a gestante possa se sentir segura e acolhida para resolver seus conflitos, é possível que o transcurso do período gestacional com uma rede social e familiar de apoio seja vivido de forma mais amena pela mulher.

Contexto sócio familiar da gestante e sua relação com a depressão pós-parto

A gestação é representada como fenômeno complexo e singular, que envolvem diversas complexas mudanças, biológicas, psicológicas, sociais e culturais, demonstrando que os cuidados pré-natais devem ultrapassar a dimensão biológica⁽¹⁰⁾.

O pré-natal configura-se como consultas programadas e realizadas pelas gestantes com os integrantes da equipe de saúde a fim de monitorar a evolução da gravidez, a preparação adequada para o parto, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Tais consultas também objetivam a detecção de doenças maternas, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das complicações da gravidez, além de exercer a vigilância do crescimento e da vitalidade fetal. Logo, o pré-natal refere-se aos cuidados médicos e de enfermagem prestados à mulher grávida entre a concepção e o trabalho de parto⁽¹¹⁾.

A gravidez, além de ser um acontecimento que envolve grandes alterações e transformações bioquímicas, é um período de transição que implica profundas modificações e maturações no plano psicológico, cultural e social. Durante a gestação, a mulher necessita de um acompanhamento adequado, pois caso a assistência prestada no pré-natal não atenda às suas reais necessidades, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, podendo levar ao óbito⁽¹¹⁾.

Essa visão de família grávida fica bastante evidente no discurso a seguir que explica como a família pode interferir desde a gravidez até o período puerperal: *Uma das características que vemos muito quando chega perto do parto é muita ansiedade, e se a pessoa não tiver uma boa família ao redor, ela fica com incertezas, com*

medo. Fica ansiosa, querendo que o menino nasça antes do tempo. Quando tem um marido presente, é uma maravilha. Quando vemos na família um apoio é muito bom. Mas, aqui na minha área é muito comum gravidez indesejada ou imposta, porque às vezes ela não queria e o marido queria, aí para fazer a vontade do marido ela engravida (S₄, DS norte).

No ambiente familiar, o homem se apresenta como provedor, protetor, detentor de maior responsabilidade, colocando-se como suporte à mulher no que diz respeito aos cuidados com a gestante e o recém-nascido que está por vir. Assim sendo, o homem estabelece um processo de interação compartilhando diferentes atitudes que envolvem ações de cuidados junto à companheira⁽¹²⁾.

Essa interação, por vezes, se reflete na imposição do desejo de ter um filho por parte do marido à sua esposa, que a ele se submete. Essa submissão envolve questões profundas na definição dos papéis masculino e feminino na relação conjugal. Entretanto, não necessariamente implica uma rejeição à chegada da criança mesmo que a gravidez não seja desejada, ou não tenha sido planejada pela mulher, cujo companheiro pode confortá-la em meio a tantas transformações no ciclo gravídico-puerperal.

Ao viver o nascimento do filho, o pai pode oferecer apoio físico e emocional à parturiente, reduzindo o nível de tensão e proporcionando-lhe segurança, tranqüilidade, como também alívio dos desconfortos advindos do trabalho de parto⁽¹²⁾. Portanto, a presença do companheiro é fundamental no suporte emocional da mulher desde a gravidez até o puerpério. Sobre este período, acrescenta a depoente: *Depois que a criança nasce acontece o maior problema com o aleitamento materno: desde a primeira consulta até a última a equipe insiste nesta mesma tecla, aí quando chega na casa da mulher ela está usando o leite, às vezes é a avó incentivando a usar o leite, ou é a mulher que não tem leite e usa uma alimentação complementar ou é porque não dorme de noite, é muito complicado (S₄, DS norte).*

Nessa conjuntura de atenção integral à saúde da mulher, são considerados não apenas aspectos biológicos, mas também, as necessidades familiares, intelectuais, emocionais, sociais e culturais. Destarte,

o profissional de saúde que atua do pré-natal ao puerpério, deve estimular a tomada de decisão das gestantes quanto ao seu cuidado e assistência, respeitando sua privacidade, dignidade e confidencialidade. Esses princípios asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo⁽¹³⁾.

Acerca dessa importância do profissional de saúde estar ciente do contexto da gestante, foi comentado o papel do agente comunitário de saúde, enquanto membro da equipe de saúde da família no repasse de informações para que gestante receba a assistência adequada: *Discutimos com elas a participação com o grupo de gestantes que é muito importante e a visita domiciliar, porque aí o profissional consegue com mais calma vivenciar a rotina da gestante para começar a sentir melhor como é que está a cabecinha dela durante aquela gravidez. Porque durante a consulta de pré-natal, isso pode muitas vezes passar despercebido. É fundamental que o agente comunitário de saúde, que é um parceiro importante no acompanhamento das famílias, seja mais próximo e em qualquer coisa que ele perceber, que ele traga para a equipe. Assim, se ela estiver passando por alguma coisa que possa levar a um trauma, que ele traga para a equipe poder atender melhor* (S₁, DS oeste).

Em face dessa realidade, é necessário que as equipes de saúde da família façam o planejamento de suas ações voltadas à saúde materno-infantil com base na realidade socioeconômica e cultural das gestantes, implementando medidas inter-setoriais de impacto na melhoria das condições de vida dessas mulheres sob pena de não obterem resultados satisfatórios na qualidade de saúde de mãe e conceito⁽¹⁴⁾. Assim, é essencial que a equipe de saúde da família conheça o contexto em que a mulher se insere para a adoção de medidas adequadas para o transcurso de uma gravidez saudável e prazerosa no pré-natal.

Atuação do enfermeiro no pré-natal e estratégias preventivas da depressão pós-parto

No segmento de atenção à saúde da mulher gestante se insere a enfermagem obstétrica, que conside-

ra a gestação uma experiência que envolve emoções, e tal como o parto, é um evento social que faz parte da sexualidade feminina e por isso mesmo, deve ser vivida com muito prazer. Por ser um momento de construção, algumas transformações poderão causar impactos de naturezas diversas, que variam dependendo da história de vida de cada mulher. Em nossa sociedade, as modificações desta construção são mais associadas aos aspectos negativos do que aos positivos. Destarte, o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar⁽¹⁵⁾.

Ao se abordar a depressão no ciclo gravídico-puerperal é imprescindível identificar as mulheres com fatores de risco, por meio do acompanhamento durante o pré-natal, sendo-lhes dada a oportunidade de uma relação profissional de saúde/paciente. Assim, podem ser resolvidos a resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas. Logo, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e impacto social desse transtorno⁽¹⁶⁾.

Destarte, o enfermeiro da equipe de saúde deve estar preparado para perceber os sinais iniciais da doença, intervindo de maneira ágil e competente. Neste contexto, foram citadas como estratégias preventivas importantes da depressão puerperal a abordagem psicológica da mulher, o incentivo à participação do parceiro nas consultas. *Quando eu faço toda a abordagem psicológica no pré-natal, com orientações de cuidado de ouvir música, das caminhadas, de conversar com o bebê, de como ela está se sentindo, de cuidados que ela precisa ter, de ir para as reuniões de grupo, indiretamente, quando eu faço aconselhamento estou fazendo uma prevenção da depressão puerperal* (S₃, DS norte). *Estamos tentando estimular a participação do parceiro na consulta de pré-natal, na visita domiciliar, no cuidado com o bebê, no nascimento, na visita do puerpério, enfim a participação do parceiro. Percebemos que quando tem a participação do parceiro, que quando a*

gravidez é mais bem aceita, é mais planejada, os traumas são bem menores do que naquelas que não planejou, que não tem o parceiro ali e muitas vezes a mãe também não é uma boa apoiadora. Então temos que identificar principalmente essas situações mais conflitantes para tentar junto com elas achar o melhor caminho. Mas é complicado! (S₁, DS oeste).

Enquanto estratégias preventivas para a depressão puerperal a serem desenvolvidas no pré-natal na saúde da família, foram citadas ainda as visitas domiciliares e os grupos de gestantes para educação em saúde. *Tentaria fazer visita domiciliar para conhecer a realidade dela, tentaria ver se conseguiria referenciar, falaria com a médica para uma possível prescrição de medicamentos. Deixaria a mulher bem à vontade para que ela confiasse na equipe e se sentisse acolhida* (S₇, DS norte). *Grupo de conversa com as gestantes, acolhimento, está disponível para ela, não deixar de atendê-la. É muito importante a questão da realização das visitas domiciliares, assim que a puérpera chega em casa eu vou visitá-la, essa primeira semana é muito complicada, são muitas novidades, a rotina é totalmente modificada. É nessa semana que ocorre o desmame precoce, a interferência da avó e das vizinhas e elas se sentem valorizadas, importantes quando eu vou visitá-las* (S₉, DS norte).

Entretanto, houve um consenso na maioria das falas sobre a ausência de medidas específicas a serem tomadas nesses casos e a dificuldade de implementá-las no pré-natal, devido à impossibilidade de avaliar a gestante como apresentando fatores de risco para uma possível DPP, haja vista seus sinais e sintomas serem manifestos essencialmente no período puerperal. *As ações executadas no pré-natal como eu disse são muito poucas para uma mulher com depressão pós-parto. A maior ênfase de intervenções é no período puerperal, mas mesmo assim é difícil caracterizar uma puérpera como em depressão ou naquele estado blue de tristeza que algumas apresentam logo após o parto. Esse estado blue, com outros mitos da sociedade sobre a mulher no puerpério, e a interação mãe-bebê insatisfatória podem mascarar uma depressão pós-parto. No período puerperal é possível realizar mais ações junto à mulher e sua família, através da visita domiciliar, da observação de como a mãe está se relacionando com o bebê* (S₂, DS oeste).

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a DPP, encontram-se a escala Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) e o Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20). O SRQ-20 é instrumento de rastreamento para transtorno mental comum (TMC), como depressão e ansiedade, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para estudar transtornos psiquiátricos em países em desenvolvimento. Consiste de 20 perguntas com respostas “sim” e “não”, podendo ter escore que varia de 1 a 20. É possível considerar como prováveis casos de TMC mulheres com escores 8 ou mais. A EPDS é um instrumento de auto-registro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e culpa) encontrados entre os sintomas mais frequentes de depressão⁽¹⁷⁾. Essas escalas, validadas internacionalmente, podem ser utilizadas na ESF para auxiliar na identificação de uma provável DPP.

Foi realizado um estudo para estimar a prevalência de DPP sua associação com TMC nas mulheres atendidas por duas unidades da ESF, da cidade de São Paulo/SP. Utilizaram-se SRQ-20, para rastreamento de TMC e a EPDS, para avaliação de DPP. A prevalência de TMC e de DPP foi de 37,1%, devido à alta prevalência e impacto negativo sobre a mãe e seu filho, é importante sensibilizar o profissional de saúde para a importância da DPP. A EPDS e/ou o SRQ-20 são úteis para rastrear DPP e/ou TMC, podem ser usados por obstetras, enfermeiros e demais profissionais de saúde⁽¹⁷⁾.

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta, uma vez que uma gestante de baixo risco pode tornar-se de alto risco. Configuram-se como fatores de risco para a gravidez atual: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história

reprodutiva anterior; intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica na gravidez atual⁽¹³⁾.

Uma pesquisa com o objetivo de desvelar o entendimento dos enfermeiros que atuam em uma unidade básica de saúde acerca da depressão puerperal teve como resultados que, apesar de os sujeitos compreenderem seu papel no reconhecimento dos sintomas depressivos na mulheres, são cômicos de sua inexperiência e desconhecimento acerca do assunto e generalizam essas lacunas para o universo da doença mental. Colocam como principal responsabilidade encaminhar a paciente para outro profissional de saúde. Ainda que difusamente, percebem que o encaminhamento poderia ser apenas um dos elementos terapêuticos no processo de reabilitação destas mulheres⁽¹⁸⁾.

Uma mulher que tiver um atendimento pré-natal precoce contínuo e tiver bons hábitos de saúde, terá uma gestação com menos riscos e desconfortos. *A ação preventiva principal é o apoio psicológico, explicar tudo que ela está passando, a questão hormonal, o enfermeiro é o que escuta melhor, que acolhe melhor essa gestante* (S₉, DS norte). *Quando a mulher está ansiosa tentamos conversar, não temos psicólogos e não conseguimos referenciar. É a própria equipe que faz visita domiciliar e tenta ajudar. Observo as condições socioeconômicas dela, pois acho que isso pode influenciar muito também* (S₇, DS norte). *O que pode ser feito é no caso de uma gestante com problemas emocionais já identificados, procurar através de uma conversa na consulta do médico ou enfermeira no pré-natal investigar as causas desse problema psíquico, encaminhar para um psicólogo e procurar esclarecer a família sobre a gestação* (S₂, DS oeste).

Assim, algumas dificuldades foram apontadas para o adequado acolhimento e atenção à saúde da gestante que necessita de apoio psicológico, tais como: necessidade de se adequar ao contexto familiar da gestante; e a incipiente rede de apoio à saúde mental, para que essa mulher possa ser encaminhada para acompanhamento, por exemplo, com um serviço de psicologia.

Entretanto, os enfermeiros entrevistados tanto consideram fundamental o apoio emocional à mulher no pré-natal quanto consideram-se próximos o suficiente, em termos de vínculos com a família e a

comunidade, para que ela possa compartilhar seus conflitos, dúvidas e temores. *Ações preventivas antes de tudo voltadas para a humanização de forma geral, principalmente do pré-natal. Garantir que a consulta de pré-natal ocorra conforme foi planejado. Orientar quanto ao momento que ela está passando, as mudanças da mente e do corpo para que ela siga o seu percurso da melhor maneira possível. Acolher essa gestante para que ela cuide do seu corpo. Orientar quanto ao método anticoncepcional para que ela espace o intervalo interpartal. Tudo isso faz com que a gente não tenha casos de depressão puerperal na nossa área. Não se sabe como uma gravidez desejada, a mulher com boas condições socioeconômicas tem depressão puerperal. Ela acontece por vários fatores temos que saber o que aconteceu para o seu desenvolvimento* (S₆, DS norte).

Na primeira consulta de pré-natal deve-se realizar a anamnese e o exame físico completo da gestante. Já nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas: importância do pré-natal; higiene e atividade física; nutrição; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV; sintomas comuns na gravidez e orientação alimentar para as queixas mais frequentes; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério; importância da participação do pai durante a gestação e do desenvolvimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares⁽¹³⁾.

Será discutida ainda no pré-natal a importância das consultas puerperais até quarenta e dois dias depois do parto; da realização da triagem neonatal na primeira semana de vida do recém-nascido; do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente); do planejamento

familiar, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção; além de fornecer informação e apoio em casos de violência doméstica e sexual e transtornos em saúde mental⁽¹⁸⁾. Todas essas informações são essenciais para que o pré-natal e puerpério transcorram sem grandes dúvidas ou conflitos, oferecendo apoio à gestante.

Numa óptica de saúde integral à mulher, os relatos descrevem dificuldades quanto à atuação do enfermeiro no pré-natal para prevenir a DPP, não em relação à ESF em si, mas à forma como são conduzidas as consultas de pré-natal, dificultando uma abordagem integral da gestante. *Para a gente enfocar bem esse tema de depressão puerperal, não é dada muita ênfase. Fazemos consultas individuais, mas elas ficam muito na abordagem biológica do pré-natal, orientações para ela, inclusive até para ela se sentir bem, a questão emocional para ela e para a família toda. Temos na unidade um grupo de gestantes, todo mês tem um tema, mas a gente nunca trabalhou esse tema de depressão puerperal nas reuniões porque não é muito comum isso na prática. E elas não dizem muito as coisas porque muitas vezes não tiveram oportunidade, porque se for discutido, até mesmo pela questão da subjetividade, muita coisa vai aparecer* (S₃, DS norte).

Sobre essa necessidade de acolhimento à mulher no pré-natal, acrescenta outra depoente: *Acho que apoiando a gestante e pedindo o apoio também principalmente da família, do parceiro, e muitas vezes encaminhando para psicólogos ou então um grupo de terapia. Em relação ao pré-natal eu acho que muitas vezes e isso é uma falha nossa, que marcamos oito gestantes num dia e muitas vezes até é preciso fazer uma consulta muito rápida, aí fica sem tempo de dar muita atenção e até sentir a necessidade da gestante* (S₁, DS oeste).

Algumas falas reforçam que a ESF, permite maior aproximação entre a família e a equipe de saúde, tornando essa problemática mais evidente para o acolhimento adequado dessa gestante. *A ação dentro do programa saúde da família é o envolvimento que a gente tem com a família, é muito fácil detectar os problemas porque o enfermeiro está em contato direto, a gestante vem para cá, o marido às vezes não vem, mas aí a equipe sabe que ela mora na rua tal, que é filha de dona fulana, que às vezes é*

uma hipertensa, uma diabética, uma obesa. Então fica mais fácil de visualizar se tem alguma propensão a essas coisas. O trabalho que o enfermeiro faz no programa saúde da família vai muito pela família em si, vai muito pelo que o agente comunitário de saúde traz também, o agente é peça fundamental nessa parte de prevenção (S₄, DS norte).

Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família devem estar preparados para o enfrentamento de problemas e responder à demanda⁽⁷⁾. Perante a mudança na lógica assistencial com o advento da ESF, a enfermagem em saúde pública buscou mudar este enfoque do cuidado para uma prática mais holística de atenção à saúde.

Reconhecer o estado depressivo da mãe é essencial e, às vezes, complexo pelas queixas psicossomáticas que podem sugerir apenas problemas orgânicos. É imperativo que esta experiência subjetiva possa ser detectada precocemente através dos fatores de risco envolvidos na DPP. Essa detecção pode ser realizada no acompanhamento das gestantes, para a prevenção da DPP, e das repercussões na interação mãe/filho⁽¹⁹⁾.

Portanto, é necessário que o enfermeiro compreenda e contemple o cuidado à mulher no pré-natal considerando seus múltiplos contextos e implicações: família, comunidade, vida, subjetividade. A saúde da família, na sua proposta de aproximar o profissional da população, pode auxiliar na criação dos vínculos de confiança e co-responsabilidade gestante/profissional, notadamente o enfermeiro, na busca da resolução de conflitos como a DPP ou na prevenção desse agravo à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto, problema de saúde pública de elevada prevalência, apresenta uma série de aspectos semelhantes a um quadro depressivo comum. A gravidez e o puerpério são fases críticas na vida feminina, uma vez que promovem diversas transformações de ordem biopsicossocial, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante.

O modelo assistencial proposto pela ESF é baseado na promoção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, buscando atender o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Para que essa prática se concretize, é necessário que o profissional de saúde seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

O enfermeiro da ESF deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente no tocante a questões de ordem psicológica, que dificultam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequados. Desta forma, cabe a este profissional o conhecimento acerca da DPP para atuar no acolhimento e direcionamento adequado da gestante durante um pré-natal contínuo, humanizado e integral, numa lógica de prevenção deste transtorno mental. Assim sendo, é importante que o enfermeiro da ESF desenvolva ações preventivas no decorrer do pré-natal, voltadas não somente à saúde da gestante, mas à saúde integral da mulher. Para isso, o enfermeiro deve, entre outras competências, conhecer o contexto sócio familiar da gestante, identificar fatores de risco para a DPP e realizar intervenções de apoio emocional ainda no ensejo da consulta de pré-natal.

O pré-natal pode representar a única oportunidade de assistência contínua à saúde, sobretudo nas mulheres de baixa condição socioeconômica. Sua importância pode ser reforçada porque se constitui num momento de intenso aprendizado, por estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às modificações e dificuldades no transcurso da gravidez e do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes destes períodos, ou seja, somando esforços na prevenção e no tratamento da DPP que irão traduzir no exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

1. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-

- parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):65-70.
2. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3):381-8.
3. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev Eletr Enf*. [Online] 2009; 11(4):820-9. [acesso 2010 abr 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.
4. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*. 2007; 12(2):319-26.
7. Albuquerque APA, Barros FA, Araújo EC, Barreto Neto AC. Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família. *Rev Enferm UFPE [online]*. 2008; 2(1):28-35 [acesso 2010 fev 02]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/403/396>.
8. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Est*. 2005;10(1):47-55.
9. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(Supl 2): S56-64.
10. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3): 387-92.
11. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

12. Carvalho JBL, Brito RS. Atitude do pai diante do nascimento. *Rev Rene*. 2008; 9(4):82-90.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Moura ERF, Rodrigues MSP, Silva RM. Perfil de gestantes atendidas no programa saúde da família de uma região de saúde do Ceará: subsídio à assistência. *Rev Rene*. 2005; 6(1):62-8.
15. Rios CTE, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-86.
16. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comum Ciências Saúde*. 2008; 19(1):51-60.
17. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2005; 27(4):181-8.
18. Kogima EO, Reis AOA. O entendimento dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde acerca da depressão puerperal. *Nursing*. 2009; 12(135):381-6.
19. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*. 2005; 10(1):61-8.

RECEBIDO: 05/03/2010

ACEITO: 27/04/2010