



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

PERCEPTION OF THE TEAM'S FAMILY HEALTH PROGRAM ABOUT DEPRESSION
PUERPERALPERCEPÇÃO DAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DEPRESSÃO
PUERPERAL

PERCEPCIÓN DE LOS EQUIPOS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR SOBRE LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Angélica Teresa Nascimento de Medeiros¹, Aline Cristiane de Moura Matias², Cláudia Patrícia Nascimento de Oliveira³, Bertha Cruz Enders⁴

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of the team's Family Health Program about Postpartum Depression (PD), highlighting the importance of early detection in preventing the damage to mother-infant interaction. **Method:** this is about a descriptive and exploratory study from quantitative approach. The sample consisted of 63 professionals from Natal City/RN. Data were collected in the first half of 2007, after obtaining an appropriate consent of the Research Ethics Committee of Federal University of Rio Grande do Norte (protocol number 155/CEP-UFRN). It was applied a questionnaire with questions adapted to the criterion for depression diagnosis of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, considering all ethical aspects involving research with human subjects as stated in Resolution No. 196/96, the Ministry of Health. **Results:** 22.2% and 36.5%, respectively, related DP with mental disorders and impairment of mother-child relations. 89% fall into the track to satisfactory identification of DP; 6.3% index did not reach desirable and 4.7% reached maximum score of identifying signs/symptoms. **Conclusion:** despite the satisfactory results, discusses the need to update the teams in order to make actions more effective in prevention and early diagnosis of DP. **Descriptors:** family health program; postpartum depression; mother-child relations; primary health care.

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção das equipes do Programa Saúde da Família acerca da Depressão Puerperal (DP), destacando a importância do diagnóstico precoce na prevenção dos danos na interação mãe-bebê. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, onde a amostra foi composta por 63 profissionais da cidade de Natal/RN. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2007, após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo No. 155/CEP-UFRN). Aplicou-se um questionário, contendo questões adaptadas aos critérios de diagnóstico de depressão da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, sendo observados todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, preconizados na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde. **Resultados:** 22,2% e 36,5%, respectivamente, relacionaram a DP com distúrbios psíquicos e comprometimento da relação mãe-bebê. 89% enquadraram-se na faixa para identificação satisfatória de DP; 6,3 não atingiram índice desejável e 4,7% alcançaram score máximo de identificação dos sinais/sintomas. **Conclusão:** apesar dos resultados satisfatórios, discute-se a necessidade de atualização das equipes de forma a viabilizar ações mais efetivas na prevenção e no diagnóstico precoce da DP. **Descritores:** programa saúde da família; depressão pós-parto; relação mãe-filho; atenção primária à saúde.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los equipos del Programa de Salud Familiar acerca de la Depresión Puerperal (DP), destacando la importancia del diagnóstico precoz en la prevención de los daños en la interacción madre-hijo. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo-exploratorio, la muestra fue compuesta por 63 profesionales de la ciudad de Natal/RN. La colecta de datos fue realizada en 2007, después de ser aprobada por el Comité de Ética de la UFRN (Protocolo No. 155/CEP-UFRN). Se aplicó un cuestionario con preguntas adaptadas a los criterios de diagnóstico de depresión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, siendo considerado todos los aspectos éticos que involucran los estudios con humanos, recomendados en la Resolución Nº 196/96. **Resultados:** 22,2% y 36,5%, respectivamente, relacionaron la DP con disturbios psíquicos y daños de la relación madre-hijo. 89% se habían encuadrado en la franja para identificación satisfactoria de DP; 6,3 no alcanzaron índice deseable y 4,7% alcanzaron tanteo máximo de identificación de las señales/síntomas. **Conclusión:** a pesar de los resultados satisfactorios, se discute la necesidad de actualización de los equipos de forma a viabilizar acciones más efectivas en la prevención y en el diagnóstico precoz de la DP. **Descriptores:** programa de salud familiar; depresión posparto; relaciones madre-hijo; atención primaria de salud.

¹Enfermeira Bacharel e Licenciada em Enfermagem. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGEnf/UFRN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: angelmedeiros2001@yahoo.com.br; ²Mestranda pelo PGEnf/UFRN. Enfermeira Bacharel e Licenciada em Enfermagem do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: alinecrisrn@hotmail.com; ³Enfermeira Bacharel e Licenciada. E-mail: claudiapatriciaenfer2007.2@hotmail.com; ⁴Enfermeira. PhD Nursing pela Texas Womans University (EUA). Professora Titular do Curso de Graduação e Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: bertha@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

O homem é um ser holístico e complexo, sendo a sua essência formada não só por aspectos físicos, mas também psíquicos, os quais sofrem influência do ambiente em que vive, da sociedade e da espiritualidade. Sendo assim, o enfoque psicológico do indivíduo está em constante desenvolvimento, visto que se reestrutura, se modifica e se reintegra de acordo com as experiências presentes em cada fase de sua vida.¹

Nesse contexto, a utilização de um modelo mais integrado, ou seja, centrado na coletividade, traz uma nova perspectiva paradigmática, a qual incorpora o complexo *promoção-saúde-doença-cuidado* através de políticas públicas saudáveis e controle social.²⁻

³ Tal idéia está de acordo com o objeto da saúde coletiva, cujo alicerce está pautado nos limites do biológico e do social, abrangendo a investigação epidemiológica dos fatores sociais desencadeantes das doenças, os determinantes da organização dos serviços de saúde, bem como o conhecimento empírico e as práticas oriundas a partir deste.³

Dessa forma, no âmbito da saúde coletiva, a doença adquire significação dentro de um campo estruturado de relações sociais.³ Logo, estudos de base populacionais constataram que cerca de 35% da população geral adulta não institucionalizada desenvolvem algum tipo de transtorno mental ao longo da vida. Estes distúrbios representam mais de 1% da mortalidade. Contudo, os mesmos são responsáveis por mais de 12% das incapacitações, sendo 13% destas reflexo da depressão.⁴

A depressão é uma enfermidade que sofre influência de condições físicas e psíquicas.⁵ Assim sendo, no Brasil, tal patologia é considerada um problema de saúde pública, acometendo 2 a 5% da população, com predomínio no sexo feminino, sendo, neste caso, precedida por eventos associados ao período reprodutivo.^{4,6}

Nessa perspectiva, acredita-se que a gravidez representa uma das experiências críticas na vida por causa da reestruturação fisiológica, psicológica e social que a mulher vivencia durante a gestação e no puerpério. Ainda, após o nascimento do bebê, a mulher torna-se susceptível aos transtornos de humor, visto que, durante a puerperalidade, a mesma enfrenta uma situação de mudanças físicas, corporais, hormonais e de papéis, podendo apresentar alterações bastante significativas em seu comportamento.¹

As alterações podem ser transitórias e relativamente leves, de tristeza e disforia pós-parto (*blues puerperal*), com episódios frequentes de choro e labilidade emocional, iniciando-se no 1º dia pós-parto e transcorrendo até o 10º dia quando desaparecem sem causar problemas ao desempenho do papel materno e na relação mãe-bebê.⁴ No entanto, a persistência dessa situação pode dar início a transtornos mais graves, como a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Nesses casos, as alterações podem prejudicar as atividades maternas com consequências danosas tanto para a mãe como para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança.¹

A psicose puerperal é uma afecção rara, mas a depressão pós-parto ou depressão puerperal (DP) ocorre em 10 a 15% das puérperas em países desenvolvidos.⁴ No Brasil, estudos transversais apontam para uma prevalência de 16% a 39%.⁶⁻⁷

A DP é caracterizada como uma síndrome que engloba transtornos emocional, cognitivo, comportamental e físico que surge dentro de 3 a 6 meses após o parto e pode se resolver espontaneamente.⁸ Com isso, é recomendado que o tratamento e acompanhamento seja iniciado imediatamente na perspectiva de minimizar o impacto familiar negativo.⁹

Comparando com outras fases da vida, no período pós-parto, não há diferença dos sinais e sintomas que caracterizam a depressão, possibilitando que esta seja diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde.⁶

Logo, a patologia requer o pronto reconhecimento e intervenção adequada para que seja evitado o sofrimento desnecessário da mulher, visto que a mesma não consegue desenvolver suas atividades habituais no contexto familiar e social, ressaltando a importância de um atendimento eficaz em nível de atenção básica.⁸

Dessa forma, acredita-se que há a necessidade de se implementar ações preventivas durante a gravidez bem como no período pós-parto quando a mãe e seu bebê voltam para o convívio domiciliar. Tais medidas podem ser supridas pela atuação do Programa de Saúde da Família (PSF), visto que, o mesmo objetiva o desenvolvimento de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de modo integral e contínuo; tanto para o indivíduo, quanto para família em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.¹⁰⁻¹¹

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

Poucos estudos abordam a DP no âmbito da atenção básica e os que focalizam o tema mostram que há uma prevalência de transtornos mentais comuns e de DP nos contextos das unidades básicas de saúde.¹²⁻¹⁵ Observa-se, porém, uma ausência de discussão acerca da detecção destes casos pelas equipes do PSF que atuam nesses contextos e as estratégias que utilizam para identificar os casos e atendê-los.

Alguns autores sugerem a utilização de escalas para detectar a DP no âmbito da comunidade; porém, o diagnóstico é eminentemente clínico, sendo realizado por meio de uma anamnese bem estruturada, assim como por meio da observação das queixas somáticas da paciente.¹² Tal conduta é feita pelo obstetra ou médico em atendimento, o qual deve estar sempre atento às sintomatologias típicas e atípicas da doença, correlacionando-as aos critérios diagnósticos da depressão desenvolvidos pela Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-I.⁸

Considera-se que o diagnóstico não é fácil de ser identificado devido à variação com que os sintomas podem se apresentar na puérpera ou pela falta de designação desses sinais, pela família, como parte do processo de puerpério. Contudo, é definido quando os sintomas perduram por mais de 2 semanas.¹² Por isso, há necessidade de acompanhamento e observação de todas puérperas no seu convívio social.

Tais considerações acerca do papel do PSF na comunidade e das necessidades da puérpera que se encontra em sua residência levantam uma inquietação quanto ao seu atendimento nessa fase materna. Com isso, com o objetivo de identificar a percepção e a atuação das equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) frente aos casos de DP na comunidade em que atuam, desenvolveu-se uma pesquisa sobre a temática, tendo em vista que tal patologia é caracterizada como um relevante problema de saúde pública, encontrando no PSF uma forma de assistência em nível de atenção básica à saúde.

Perception of the team's family health program...

Sendo assim, esse estudo pode despertar nas equipes de PSF a importância, bem como a necessidade de se trabalhar a DP na comunidade de forma a alertar a população e prevenir a sua ocorrência, dados prejuízos que tal patologia pode trazer para díade mãe-bebê e consequentemente desencadear na criança, problemas emocionais e de comportamento.

Portanto, o presente trabalho pode contribuir para que a equipe de PSF direcione sua atenção à necessidade do desenvolvimento de estratégias precoces de intervenção multidisciplinar, uma vez que, a boa articulação entre os profissionais que compõem a equipe, como também, entre estes e a comunidade, pode garantir uma eficaz identificação das causas dos problemas de saúde, possibilitando assim a sua prevenção, promoção e reabilitação e se necessário, o encaminhamento de atendimentos especializados para os serviços de maior complexidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de natureza exploratória realizado com todas as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) atuantes num bairro da periferia da cidade de Natal/RN.

Era proposta da pesquisa que as 14 equipes de PSF distribuídas nas três Unidades de Saúde do bairro em questão participassem do estudo. Seriam 8 equipes pertencentes a 2 Unidades Básicas de Saúde e 6 equipes de uma Unidade Mista de Saúde. Tendo em vista que a composição básica das equipes pesquisadas era de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ou 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), havia previsão de que o número de sujeitos seria em torno de 134 profissionais. No entanto, 2 equipes não tinham médico no seu grupo, o que resultou numa população prevista de 132. Logo, um total de 63 sujeitos responderam o questionário (Tabela 1), 5 estavam de licença e 64 se recusaram a participar.

Tabela 1. Relação entre população alvo e sujeitos da pesquisa. Natal/RN, 2007. (n=63)

	População	Sujeitos
Agente comunitário saúde	78	39
Auxiliar/técnico de enfermagem	28	13
Enfermeiro	14	10
Médico	12	01

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário composto por perguntas que visavam à caracterização pessoal e profissional, bem como obter informações

sobre a atuação da equipe. Este último aspecto abordou o acompanhamento da puérpera ao retornar a sua residência; o entendimento dos membros da equipe de PSF

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

sobre a depressão pós-parto; a compreensão dos mesmos acerca dos sinais e sintomas relacionados a tal patologia; bem como os meios utilizados para essa identificação e as possíveis intervenções realizadas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a junho de 2007, após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo N°. 155/CEP-UFRN) e autorização oficial da direção das unidades de saúde para a execução da pesquisa. Realizou-se um pré-teste do instrumento de coleta de dados com uma equipe de PSF de outro bairro, através do qual foi testada a sua viabilidade de implementação, sendo realizadas as correções e os reajustes necessários para sua compreensão.

Os dados foram coletados durante o horário matutino e vespertino, nos períodos em que as equipes de PSF encontravam-se reunidas em suas respectivas unidades de saúde. Em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, os sujeitos foram orientados acerca dos objetivos

Perception of the team's family health program...

da pesquisa e esses assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise, utilizou-se a estatística descritiva dos dados, por meio do software Microsoft-Excel XP. As respostas às questões abertas foram analisadas e quantificadas com base nas temáticas, as quais foram estabelecidas de acordo com as respostas de cada sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais que participaram do estudo foram predominantemente das categorias não-médicas. A maior representação foi de ACS, auxiliares ou técnicos de enfermagem e enfermeiros e apenas 1 membro da categoria médica (Gráfico 1). Dentre os 12 médicos membros das equipes de saúde em atividade, 10 se recusaram a responder e 1 se encontrava de licença no período de coleta de dados. Isso caracteriza uma barreira para realização de pesquisas, visto que determinadas classes profissionais, por motivos imprecisos, não têm o costume de contribuir para o desenvolvimento científico.

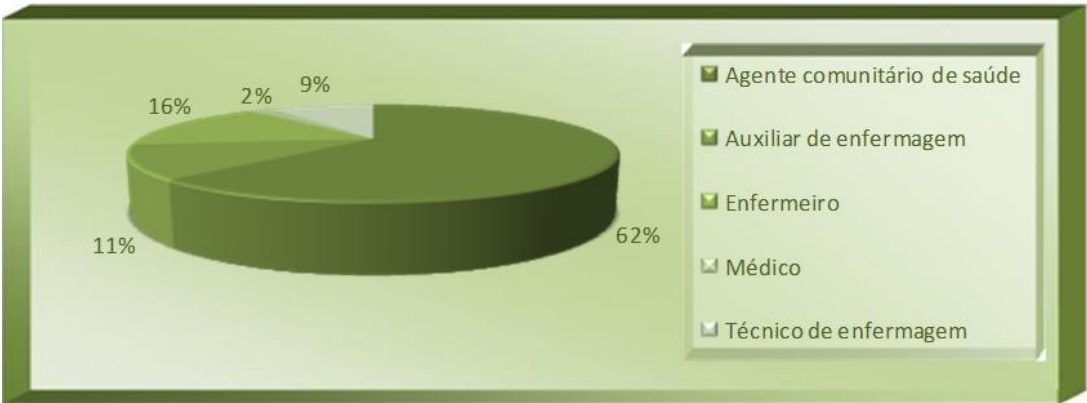


Figura 1. Distribuição dos profissionais membros das equipes de PSF, sujeitos do estudo, segundo categoria profissional. Natal/RN, 2007. (n=63)

• Características dos sujeitos do estudo

Dos 63 profissionais que compuseram o grupo de sujeitos do estudo, houve participação de ambos os sexos, predominando o feminino com 84,1%. A Tabela 2 mostra que a faixa etária prevalente entre os participantes foi de mais de 41 anos, equivalendo a 46% da amostra. O estudo

abordou profissionais de diferentes níveis de escolaridade, sendo que a grande maioria (73%) possuía o ensino médio completo. Índice justificado pelo fato das equipes de PSF serem compostas, além do médico e enfermeiro, por no mínimo 5 ACS e 1 auxiliar/técnico de enfermagem, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.¹⁰

Tabela 2. Distribuição dos profissionais das equipes de PSF, sujeitos do estudo, segundo idade e escolaridade. Natal/RN, 2007. (n=63)

Categoria	N	%
Idade		
20-30	11	17,5
31-40	17	27,0
41-acima	29	46,0
não responderam	06	09,5
Escolaridade		
Ens. fundamental	03	04,8
Ens. médio	46	73,0
Ens. superior	13	20,6
Não responderam	01	01,6

A escolaridade mínima exigida para a ocupação do cargo de ACS é o nível fundamental completo.¹⁶ Sendo assim, é válido salientar que todos os agentes comunitários de saúde apresentaram o ensino médio completo. Isto favorece a ampliação de novos conhecimentos, saberes e formas de atuação, que os habilitam no processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.¹⁷⁻¹⁸

• Reação da equipe junto à puérpera na comunidade

No que se refere à atuação da equipe, foi constatado que 98,4% (n=62) dos profissionais estabelecem, em algum momento, contato

com a mulher no pós-parto, sendo que 1 sujeito não respondeu essa questão. Como exposto no Gráfico 2, este encontro ocorre predominantemente na residência, através das visitas domiciliares, bem como durante o retorno da puérpera à Unidade de Saúde. Além disso, um profissional acrescentou que o contato se deu no local do parto (maternidade), sendo tal observação justificada devido a uma das instituições, foco do estudo, ser uma Unidade de Saúde Mista (Unidade Básica de Saúde e Maternidade).

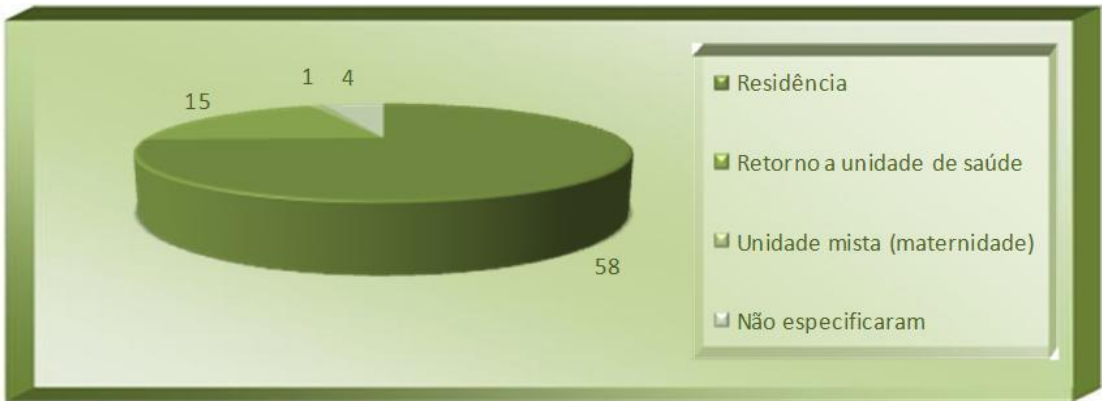


Figura 2. Locais de contato dos profissionais membros das equipes de PSF com a mulher no puerpério. Natal/RN, 2007.

Conforme mostra a Tabela 3, quando relacionada à categoria profissional com a localidade onde ocorre o encontro com a mulher, constatamos que 36 dos 39 ACS

participantes da pesquisa, 12 dos 13 auxiliares/técnicos de enfermagem, 9 dos 10 enfermeiros e o médico assinalaram o domicílio como local para essa interação.

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos do estudo por categoria profissional e local de contato com a puérpera. Natal/RN, 2007. (n=63)

	Residência	Retorno a unidade de saúde	Unidade mista (maternidade)	Não especificaram
Agente comunitário saúde	36	04	–	02
Auxiliar/técnico de Enfermagem	12	04	–	01
Enfermeiro	09	06	01	01
Médico	01	01	–	–

Sobre o acompanhamento da mulher no puerpério, constatou-se que 100% dos

profissionais consideram que a equipe realiza esse tipo de conduta, através principalmente

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

da visita domiciliar, sendo que 96,8% afirmaram exercer esse tipo de prática e 3,2% não responderam esta questão. O acompanhamento realizado por cada profissional está diretamente relacionado com suas competências, o qual é relatado pelos sujeitos da pesquisa da seguinte maneira:

Perceber o estado psicológico da puérpera, escutar as queixas, ver o estado físico da puérpera e da criança; Verificar vacinas do RN; Encaminhar puérpera para revisão do parto e criança para o CD. (ACS)

Visita domiciliar, orientação sobre o cuidado ao recém-nascido e com ela, orientação sobre planejamento familiar. (Enfermeiro)

No puerpério imediato; saber condições de saúde da mulher; pressão arterial, temperatura se tem perdas ou não, como estar o aleitamento materno e o bebê, sempre acompanhado por outro membro da equipe. Visita solicitada ou não, faz parte da rotina do PSF. (Médico)

Verificação de PA, curativo e retirada de pontos no caso de cesáreas. (Técnico de Enfermagem)

O Ministério da Saúde, dentre as várias atribuições específicas do médico, determina que o mesmo deve realizar consultas clínicas aos usuários sob sua área de abrangência na Unidade de Saúde e, quando necessário, no domicílio.¹⁰ Já em relação aos enfermeiros, estão entre suas competências executar consulta de enfermagem, bem como visita domiciliar e solicitar exames complementares. Com relação ao técnico/auxiliar de enfermagem, dentre suas responsabilidades, é válido destacar a realização de procedimentos técnicos. Por fim, cabe aos ACS levar ao conhecimento da equipe a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites, assim como realizar, através da visita domiciliar, o acompanhamento regular de todas as famílias sob sua responsabilidade, favorecendo a identificação de situações de risco.

Com isso, o acompanhamento à mulher em todas as fases do pós-parto é de fundamental importância, visto que o profissional poderá identificar sinais e sintomas que fogem da adaptação normal característica de tal fase, além de poder prestar apoio à mulher no seu processo de reorganização psíquica no que se refere às mudanças corporais e vínculo com o bebê, além de orientar na retomada do planejamento familiar.¹⁹

Logo, a visita domiciliar constitui-se num instrumento de intervenção fundamental do PSF, pois ela possibilita o conhecimento do contexto socioeconômico e cultural do usuário, favorecendo o planejamento da

Perception of the team's family health program...

assistência e a criação do vínculo entre o profissional e a comunidade.²⁰

• **Compreensão dos profissionais sobre Depressão Puerperal (DP)**

No que diz respeito à compreensão dos profissionais sobre o conceito de DP, as temáticas mais mencionadas pelos sujeitos, nas diversas respostas dadas, foram: a afecção com distúrbios psíquicos e o comprometimento da relação mãe-bebê. Observamos que 22,2% dos participantes atribuíram suas idéias às afecções com distúrbios psíquicos e 36,5%, ao comprometimento do binômio mãe-bebê, as quais podem ser constatadas nas seguintes declarações:

É uma doença que leva a paciente a não ter vontade de cuidar do bebê e de se cuidar, necessita de orientação, apoio, e cuidado profissional e familiar. (Agente Comunitário de Saúde)

Doença psicológica que afeta o comportamento da mulher, podendo chegar ao extremo, caso não haja diagnóstico preciso a tempo. (Técnico de Enfermagem)

O achado exposto nas declarações do Agente Comunitário e do Técnico de Enfermagem está em consonância com a literatura científica, a qual conceitua a DP como quadro que envolve transtornos do funcionamento emocional, cognitivo, comportamental e físico que se instala no puerpério precoce ou tardio. Esse distúrbio psíquico, por interferir diretamente na díade mãe-bebê, pode também repercutir negativamente no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.^{8,21}

Com relação à experiência dos sujeitos com casos de depressão puerperal em sua prática, 46% relataram nunca ter conhecimento de caso de DP na comunidade onde atuam, enquanto que a maioria (54%) assinalou que o tiveram. Estes adotaram os seguintes procedimentos diante da ocorrência de casos de DP: acompanhamento da puérpera pela equipe, encaminhamento à profissional especializado (psicólogo/psiquiatra) e incentivo ao apoio familiar, perfazendo respectivamente 26, 23 e 5 das respostas dadas.

A DP manifesta-se em cerca de 10 a 15% das puérperas, podendo desenvolver-se no período de 6 semanas a 4 meses após o parto.^{19,22} De acordo com os critérios da DSM-IV, os seguintes sinais e sintomas podem estar associados à DP: humor deprimido, perda acentuada de interesse pelas atividades de vida diária, perturbação do apetite e peso, alterações do sono, retardamento ou agitação

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

psicomotora, fadiga, sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida.⁸

Com isso, baseado nos critérios da DSM-IV, foi identificado que 4,7% dos pesquisados relacionaram todos os sinais/sintomas à DP, sendo esta parcela composta de ACS. Já 6,3% dos participantes assinalaram menos de 5 itens do total oferecido ou não marcaram pelo menos uma das opções *humor deprimido* ou *perda de interesse ou prazer*, caracterizados pelo DSM-IV como sintomas de maior grau de importância no diagnóstico da DP.

Os pesquisados que apontaram um dos dois sinais/sintomas anteriormente especificados, juntamente com quatro ou mais das alternativas oferecidas, foram inseridos no grupo de identificação satisfatória da ocorrência do agravo em questão, perfazendo esse grupo 89% dos pesquisados.

Diante do exposto, é importante ressaltar que mesmo os profissionais das equipes de PSF não tendo uma formação específica na área da saúde mental, a maioria foi teoricamente capaz de identificar a depressão puerperal na comunidade.

Quando se indagou o meio utilizado para identificação de sinais e sintomas ligados a DP nas puérperas pertencentes à área de atuação de sua equipe, 47,6% dos profissionais disseram utilizar uma atividade específica, tendo destaque a observação do comportamento da mulher no pós-parto e o estabelecimento de comunicação por meio de diálogos e escuta ativa, ambas implementadas na visita domiciliar. Em contra partida, 46,1% mencionaram que não realizavam tais condutas e 6,3% não responderam o item.

Com isso, a comunicação pode ser considerada uma conduta de cunho relevante, visto que ela consiste num instrumento básico da assistência que torna possível a construção de um relacionamento entre o profissional de saúde e o cliente. É a partir dela que é criado o alicerce fundamental às ações da equipe, influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita de cuidados especializados.

É através da comunicação estabelecida com o usuário que se pode compreendê-lo em sua totalidade, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim é possível identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe acometem, e tentar ajudá-lo a manter ou recuperar sua saúde.²³

Perception of the team's family health program...

Quando indagados sobre suas atitudes após a identificação de mulheres com suspeita de DP, 95,2% dos sujeitos do estudo afirmaram levar o caso ao conhecimento do resto da equipe de PSF, conforme um dos ACS salienta: *“informo à equipe que trabalho para que juntos possamos resolver o problema da paciente da melhor maneira possível”*. Entretanto, 4,8% dos participantes tiveram outros tipos de comportamento, tais como:

Diálogo com a puérpera e em último caso, busca por auxílio médico especializado. (ACS)

Encaminhar ao psiquiatra. (Auxiliar de Enfermagem)

Procurar acompanhá-la juntamente com a família de forma prioritária. Fornecer orientações para seus cuidadores, como também referenciá-la para serviço especializado. (Enfermeiro)

Encaminhar aos especialistas de acordo com a gravidade do caso: psicóloga ou psiquiatra. (Médico)

Concorda-se com alguns estudos de que a reformulação da postura de intervenção dos profissionais (preparo), articulação entre setores, como também a inserção de outros saberes à equipe (ampliação multiprofissional) são necessárias à realização de uma assistência integral, já que, na visão do PSF, o enfoque da conduta é a família e suas relações e não mais somente o indivíduo.^{2,24}

O Ministério da Saúde afirma que, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, assim como da comunidade, a equipe de PSF deve “[...] conhecer e analisar o trabalho de toda equipe, verificando as atribuições específicas e do grupo, na Unidade de Saúde da Família, no domicílio e na comunidade; compartilhar conhecimento e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe”.¹⁰

Por fim, ao sugerir que os profissionais tecessem algum comentário acerca da mulher no pós-parto, 49,3% preferiram não opinar, enquanto que 50,7% mostraram saber a importância do acompanhamento precoce da puérpera, relacionando tal ação à detecção de afecções, bem como realização de orientações, como mostra a seguinte explanação:

Na nossa área, creio que damos atenção adequada a este grupo. Procuramos realizar visita domiciliar na primeira semana do puerpério. Quando necessário, vamos quantas vezes seja necessário na residência, criando um vínculo afetivo entre a mulher/família e equipe. Na visita já aprazamos o CD e a revisão de parto (realizada na Unidade de Saúde). Damos

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

também orientação quanto ao planejamento familiar. (Enfermeira)

Entretanto, alguns participantes têm a consciência de que a assistência prestada por parte da equipe, em alguns casos, não supre devidamente as reais necessidades da puérpera, devendo este grupo receber uma maior atenção dos profissionais.

Neste aspecto, a assistência à puérpera é tão significativa quanto durante o pré-natal, pois um puerpério saudável tem início no pré-natal de qualidade, devendo as orientações ser reforçadas logo após o parto, objetivando o adequado restabelecimento da mulher e a identificação precoce de qualquer alteração relacionada a este período. Desta forma, em síntese, a assistência à mulher durante a gestação e o puerpério deve englobar a promoção de um período saudável e a prevenção de complicações.

CONCLUSÃO

A comunidade científica alerta para importância da detecção precoce da depressão já durante a gestação. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, é necessária a realização de intervenções, sendo um dos principais objetivos apoiá-la neste momento importante de transição. Da mesma forma, o diagnóstico da depressão na puérpera representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados.²⁵

Nesse sentido, os profissionais que atuam na área da saúde precisam estar atentos aos sinais e sintomas relacionados à Depressão Puerperal (DP) para quando evidenciado algum caso suspeito de tal patologia, possam ser implementadas em tempo hábil condutas que tragam benefícios à relação mãe-bebê. Além disso, a atuação preventiva das equipes multidisciplinares nos primeiros meses após o parto pode promover o apoio que a mãe necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão.²⁵

Sendo assim, constatou-se que os profissionais deste estudo, na maioria ACS e da área de enfermagem, informaram possuir alguns conhecimentos de avaliação da puérpera na comunidade para o diagnóstico precoce da DP e para implementação de um tratamento adequado. Porém, há necessidade de atualização das equipes de PSF de forma a viabilizar uma ação mais efetiva na prevenção e diagnóstico precoce.

Dessa forma, a educação permanente pode contribuir para melhoria da assistência, visto

Perception of the team's family health program...

que está diretamente relacionada com qualificação profissional, devendo ter início no treinamento introdutório da equipe no PSF. Além disso, a estratégia de educação permanente deve ser pautada na realidade das práticas de saúde, assim como no contexto de cada comunidade.¹⁸

Um dos principais entraves encontrados durante o desenvolvimento da pesquisa consistiu na dificuldade de acesso às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), visto que no período estipulado para coleta de dados, duas das três Unidades de Saúde da Família selecionadas para realização do estudo encontravam-se em reforma de suas instalações físicas. Outra dificuldade correspondeu à falta de colaboração por parte de alguns profissionais que compõem a equipe de PSF, especificamente a classe médica.

Além disso, a carência de suporte teórico nos bancos de dados eletrônicos, periódicos e na literatura pertinente que relacionasse a depressão puerperal com a atuação da equipe de PSF consistiu numa barreira para elaboração das discussões acerca da análise dos resultados obtidos.

Por fim, espera-se que a presente pesquisa incentive a realização de novos estudos que contribuam com a melhoria da assistência prestada a puérpera na comunidade, especialmente no desenvolvimento de estratégias que auxiliem no diagnóstico precoce de tal afecção e minimizem o prejuízo na díade mãe-bebê, refletindo assim na prevenção, promoção e reabilitação e se necessário, o encaminhamento das mulheres a atendimentos especializados em serviços de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo AR, Navajas Filho E. Psicose puerperal. In: Benzecry R. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinta; 1993.
2. Camargo-Borges C, Cardoso CL. A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. Psicol soc. 2005; 17(2): 26-32.
3. Pereira AL, Melo ECP, Amorim WM, Tonni T, Figueiredo NMA. Programas de atenção à saúde. In: Figueiredo MNA. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Yendis; 2005.
4. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos da mulher. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo) [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2008 Mai 30]; 33(2): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>.
5. Araújo AR, Bruns MAT. Sexualidade feminina e depressão: diálogos entre os antidepressivos e

Medeiros ATN de, Matias ACM, Oliveira CPN de et al.

psicoterapia. Rev. enferm. UFPE on line [periódico na Internet]. 2007 Out/Dez [acesso em 2008 Mai 30]; 1(2): [cerca de 6 p.]. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/395/pdf_199

6. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zondanade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2008 Mai 30];29(3): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>.

7. Faisol-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Post-partum depression: in relation to life events and patterns of coping. Arch. womens ment. health. 2004; 7(1): 123-31.

8. Coutinho T, Coutinho CM. Depressão pós-parto. Femina. 1999 Ago; 27(7): 571-7.

9. Carvalho AM, Souza RA. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. Estud. psicol. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2006 Mar 26]; 8(3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_294X20030003000198&ing=pt&nr=m=iso.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Guia prático de saúde da família. Brasília: Ministério da saúde; 2001.

11. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(2):455-64.

12. Cruz EBS, Simões GL, Faixal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. Rev. bras. ginecol. obstet. 2005; 27(4): 181-8.

13. Rolim Neto M, Rocha VM, Silva LB. A depressão pós-parto em vozes que interpretam. Psychiatry on Line Brazil [periódico na Internet]. 2005 Abr [acesso em 2008 Mai 10]; 10 [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/art0405.htm>.

14. Oliveira CC, Feitosa CRH. Imagens no espelho de vênus: vivências inconscientes. Id online Revista de psicologia [periódico na Internet]. 2008 Fev [acesso em 2008 Mai 13]; 2(4). Disponível em: <http://idonline.no.comunidades.net/index.php?pagina=1094836488>.

15. Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa da Saúde da Família. J. bras. psiquiatr. 2007; 56(1):41-7.

16. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Lei nº 10.507, de

Perception of the team's family health program...

10 de Julho de 2002: cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

17. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. saúde pública. 2002, 18(6): 1639-1646.

18. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Franceschini SCC, Priori SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. serv. saúde. 2006;15(3):7-18.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da saúde; 2001.

21. Schwengbr DDS, Piccinini CA. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. Psicol. teor. pesquis. [periódico na Internet]. 2004 Set/Dez [acesso em 2006 Mar 13]; 20(3): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a04v20n3.pdf>

22. Frizzo GB, Piccinini CA. A interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol. estud. [periódico na Internet]. 2005 Jan/Abr [acesso em 2008 Mar 23]; 10(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>

23. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.

24. Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2):471-80.

25. Schwengebr DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. Estud. psicol. 2003 Set/Dez; 8(3):403-11.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2000/00/00

Last received: 2010/00/00

Accepted: 2010/00/00

Publishing: 2010/11/15

Address for correspondence

Angélica Teresa Nascimento de Medeiros
Condomínio Bairro Latino

Rua Antártica, Bl. 29, Ap. 304

CEP: 59064-800 – Candelária, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil