



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CLARYSSA QUEIROZ DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

CAJAZEIRAS – PB

2015

CLARYSSA QUEIROZ DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Álissan Karine Lima
Martins

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730
Cajazeiras - Paraíba

O482a Oliveira, Claryssa Queiroz de
Atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para
prevenção da depressão pós-parto. / Claryssa Queiroz de Oliveira.
Cajazeiras, 2015.
56f. : il.
Bibliografia.

Orientador (a): Dra. Álissan Karine Lima Martins.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Depressão pós-parto. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Cuidados
de enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Martins, Álissan
Karine Lima. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU -616-083:616.89-008.454/618.2(813.3)

CLARYSSA QUEIROZ DE OLIVEIRA

ACÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande, como
pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel
em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/2015

BANCA EXAMINADORA

Álissan Karine Lima Martins.

Prof^ª. Dr^ª. Álissan Karine Lima Martins
UAENF/ CFP/ UFCG (Orientadora)

Francisca Bezerra de Oliveira

Prof^ª. Dr^ª. Francisca Bezerra de Oliveira
UAENF/ CFP/ UFCG (Membro Examinador)

Alana Kelly M. M. N. de Lima

Prof^ª. Ms. Alana Kelly M. M. N. de Lima
ETSC/ CFP/ UFCG (Membro Examinador)

A Deus, pois sem ele, nada seria possível.

À minha querida mãe, Maria Eliana, exemplo de mulher virtuosa, minha inspiração para insistir nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao meu Deus, toda a minha gratidão pelo infinito amor, cuidado, força e sabedoria que me proporcionastes para prosseguir na caminhada, por fazer acreditar que sempre há um novo amanhã em que nossas forças são renovadas através da esperança que vem de Ti.

Aos meus queridos e amados pais, Romildo e Eliana, pelo amor, sabedoria e esforços em prol da minha criação. Minha gratidão pela forma como fui educada, por me ensinarem o valor da vida e o caminho correto para conquistar o que se almeja. Obrigada por acreditarem em mim, por partilharem dos meus medos e angústia, por chorar comigo diante das dificuldades e me ajudar a enfrentá-las, pelas orações incansáveis em meu favor. Sou grata a Deus pelas suas vidas, amo-os imensamente!

Aos meus irmãos, Natan, Moisés e Jessé pelas palavras de incentivo e apoio. Vocês são responsáveis por me fazer continuar essa caminhada.

Ao meu avô paterno, Afonso (in memoriam), sou grata pelos ensinamentos e pelo exemplo que fostes. Por muitas vezes pensei que ele me veria formada, sua neta, sua Cacá, como me chamava carinhosamente, mas Deus tinha outros planos e o reservou algo bem melhor. Guardo na memória os melhores momentos da minha infância ao seu lado.

Aos meus avós maternos, Roque (in memoriam) e Creuza (in memoriam), que mesmo estando longe me ajudaram com palavras de apoio e de incentivo.

Aos meus tios e primos pela torcida e apoio.

A minha orientadora, Dr^a. Álissan Karine Lima Martins, pela confiança em mim depositada e por ter abraçado esse projeto. Agradeço pela paciência e pela dedicação, por ter estado sempre disponível quando precisei, me instruindo mesmo quando estive diante de muitas incertezas. Toda minha admiração e respeito!

Aos enfermeiros participantes deste estudo, pela disponibilidade e contribuição.

A minha amiga Kelly e seus pais Lacerda e Socorro, pelo carinho e apoio, por abrir as portas da sua casa inúmeras vezes em prol dos nossos estudos. Toda a minha gratidão.

Aos amigos, que ganhei na Academia, Isabel, Daniele, Rayssa, Marleny, Débora, Fernanda Thamy, Thamylys, Claudimira, Adriana, José Gleyson, Bruno e Ivanildo pelo carinho e cumplicidade. Por tantas vezes partilharmos nossos medos, tristezas e incertezas, mas compartilhamos da nossa felicidade e das nossas conquistas. Não esquecerei de vocês, tenho certeza de que fiz amigos para a vida inteira.

As amigas Patríciana e Kellen, com quem tive a oportunidade de morar por algum tempo. Por terem me ajudado nos momentos que precisei.

Aos meus professores, pela orientação e partilha de saberes.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem do Hospital Regional de Cajazeiras, do Hospital Universitário Júlio Bandeira e da Maternidade Dr^o. Deodato Cartaxo pela partilha de saberes e confiança. Meus sinceros agradecimentos!

A todos os pacientes, pela confiança e contribuição à minha formação.

Aos irmãos em Cristo, que muito me ajudaram através das orações ao meu favor. Deus os abençoe!

Enfim, a todos que de alguma forma me ajudaram na construção deste trabalho, que acreditaram nesse projeto e que fizeram parte do meu processo de formação profissional.

Muito obrigada!

“Mas a sabedoria que vem do alto é, primeiramente, pura, depois, pacífica, moderada, tratável, cheia de misericórdia e de bons frutos, sem parcialidade e sem hipocrisia”. (Tiago 3:17)

OLIVEIRA, C. Q. **Atuação de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para Prevenção da Depressão Pós-Parto.** Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras/PB, 2015. 56p.

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um evento de intensas alterações de ordem emocional, cognitiva, comportamental e física que interfere no convívio mãe-filho e de seus familiares (BORDIGNON, 2011). Segundo o Ministério da Saúde, a DPP acomete entre 10% e 15% das mulheres brasileiras. Frente a esta situação, o profissional enfermeiro deve se utilizar dos vários meios que o ambiente da Estratégia Saúde da Família (ESF) proporciona para contribuir com ações que abranjam a mulher e sua família. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a atuação dos enfermeiros da ESF do Município de Cajazeiras, PB, para prevenir a DPP. Estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 16 enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde do município de Cajazeiras, no mês de fevereiro de 2015. A coleta de dados se deu através da aplicação de entrevista guiada por roteiro semiestruturado e registrada através da gravação das falas dos enfermeiros. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo; em seguida, as falas foram classificadas e apresentadas de acordo com cada categoria abordada. Foram obedecidos os aspectos éticos presentes na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando os direitos dos participantes da pesquisa, quanto a autonomia, sigilo e anonimato das informações. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) apresentou parecer favorável à pesquisa com o número do parecer 941.592. As falas foram organizadas em quatro categorias: ações de prevenção da DPP; oportunidades para implementar ações de prevenção; estratégias para ações de prevenção e dificuldades e desafios na prevenção da DPP. Os resultados apontam que as ações de prevenção praticadas pelos enfermeiros apresentam-se tímidas e superficiais, baseadas em estratégias voltadas à participação do companheiro e apoio familiar e às orientações à mulher. As principais oportunidades destacadas para a prática foram: as consultas pré-natais, a visita puerperal e existência de fatores de risco comuns à DPP em detrimento da sobrecarga de atribuições e da falta de qualificação profissional em saúde mental, apontadas como as principais dificuldades. Evidencia-se a necessidade de capacitações e reorganização das funções para o bom desempenho profissional com a prática em saúde de ações que contribuam na redução dos índices de DPP.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

OLIVEIRA, C. Q. **Performance of Nurses of the Family Health Strategy for Prevention of Postpartum Depression.** Work Course Conclusion - TCC, Bachelor of Nursing Course. Federal University of Campina Grande, Cajazeiras/PB, 2015. 56p.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is an event of intense emotional, cognitive, behavioral and physical change that interferes with the mother-child relationship and their relatives (BORDIGNON, 2011). According to the Ministry of Health, PPD affects between 10% and 15% of Brazilian women. Faced with this situation, the professional nurse should use of various means that the Family Health Strategy (ESF) provides with actions to be taken to address the woman and her family. Thus, this study aims to analyze the performance taken by nurses of the ESF in the city of Cajazeiras, PB to prevent PPD. A descriptive-exploratory study with a qualitative approach was conducted with 16 nurses working in the primary health care units of the city of Cajazeiras in February 2015. The data collected was acquired through interviews in a semi-structured format and registered by voice-recording the statements from the nurses. The data was analyzed using methods of content-analysis; and subsequently the items were categorized and presented in accordance with each of the categories. The ethical aspects of Resolution No. 466/2012 of the National Health Council (CNS) were followed, which regulates research involving human beings, ensuring the rights of the participants of the research in connection to their autonomy, confidentiality and anonymity of the information shared. The Ethics Research Committee (CEP) presented opinion in favor of the research, with opinion number 941.592. The discussions were organized into four categories: PPD preventive actions; opportunities to implement preventive actions; actionable strategies for prevention; and the difficulties and challenges in the prevention of PPD. The results points to a concern that prevention efforts practiced by the nurses may be superficial and not sufficient, especially when observing the strategies of the participation of the partner, the family support, and the guidance to women. The main opportunities highlighted for the practice were: the prenatal visits, the puerperal visit and the presence of risk factors common to PPD in connection to the overloading of tasks, and the lack of professional training in mental health, were cited as the main difficulties. The evidence points to the need for training and reorganization of functions for the good performance of the professional in the health practice with actions that contribute to the reduction of PPD.

KEYWORDS: Postpartum depression. Family Health Strategy. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
DPP – Depressão Pós-Parto
EPDS – Edinbugrh Post-Natal Depression Scale
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB – Produto Interno Bruto
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RN – Recém-Nascido
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 16 |
| 3.1 A DEPRESSÃO PÓS-PARTO | 16 |
| 3.2 REDE DE CUIDADOS NO ÂMBITO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO..... | 18 |
| 3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 23 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 23 |
| 4.2 LOCAL DA PESQUISA | 23 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 23 |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 24 |
| 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 24 |
| 4.6 ANÁLISE DE DADOS | 25 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS | 25 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 26 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 26 |
| 5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA | 28 |
| 5.2.1 AÇÕES PARA PREVENÇÃO DA DPP..... | 28 |
| 5.2.2 OPORTUNIDADES PARA IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO. | 32 |
| 5.2.3 ESTRATÉGIAS PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO..... | 34 |
| 5.2.4 DIFICULDADES E DESAFIOS NA PREVENÇÃO DA DPP..... | 36 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| APÊNDICES | 49 |
| ANEXOS | 52 |

1 INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um grave problema de saúde pública devido ao grande potencial de gerar incapacidades e de ser a principal responsável pelo elevado índice de suicídio entre homens e mulheres em todo o mundo, necessitando de intervenções que atuem na redução do seu crescimento e dos seus danos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A predominância entre o sexo feminino está inteiramente relacionada ao ciclo de vida da mulher em que os fatores psicossociais, biológicos e hormonais colaboram para o desenvolvimento desta desordem. Assim, durante algumas fases de intensas alterações hormonais como o puerpério e a menopausa, a mulher encontra-se mais suscetível a fatores que colaborem para o desenvolvimento da depressão (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2011).

O pós-parto, também chamado puerpério, é caracterizado como um período em que alterações advindas da gestação regressam ao seu estado pré-gravídico. Este se dá após a saída do concepto e o seu término é circunstancial, podendo ser classificado em puerpério imediato com duração de até 10 dias após o parto, tardio de 11 até 42 dias, e remoto, a partir do 43º dia (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (2011) aponta que 13% das mulheres apresentam transtornos mentais durante o período puerperal, podendo ser destacadas as seguintes manifestações: *blues*, depressão e psicose pós-parto.

O *blues* se apresenta como um quadro de depressão leve com a presença de choro fácil e tristeza que tende a desaparecer após o décimo dia, esses sintomas podem se apresentar num grande número de puérperas. Enquanto que, a psicose puerperal que acomete aproximadamente 0,2% das mulheres, encontra-se como quadro extremo caracterizado por: angústia total, repúdio ao bebê e risco de vida para a mãe e o filho (IACONELLI, 2005).

Já a depressão pós-parto (DPP) também conhecida como depressão puerperal é um evento de intensas alterações de ordem emocional, cognitiva, comportamental e física que interfere no convívio mãe-filho e de seus familiares (BORDIGNON, 2011). Segundo o Ministério da Saúde, a DPP acomete entre 10% e 15% das mulheres brasileiras (BRASIL, 2012). Em um estudo realizado com 113 mulheres da cidade de João Pessoa, na Paraíba, identificou-se uma prevalência de 18,6% de sintomas indicativos de DPP (BRASIL, 2013).

Durante o quadro de DPP vários sintomas podem ser identificados, dentre eles: tristeza profunda, perda do prazer, choro fácil, perturbações do sono e até ideia ou tentativa de

suicídio e infanticídio (MALDONADO, 2005). Estes sintomas podem apresentar-se já no primeiro mês após o parto, entre a segunda e terceira semana com variação na sua intensidade (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Mesmo com etiologia deste transtorno ainda não definida, em estudo de revisão de literatura, Camacho et al., (2006) elencou vários fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da DPP, entre eles: encontrar-se solteira ou divorciada, apresentar conflitos com o cônjuge, ter menos de 16 anos, está desempregada e ter vivido algum evento estressante em até um ano antes do diagnóstico.

Frente a esta e outras situações, a porta de entrada da rede, a Atenção Básica, através dos seus serviços contribui na melhoria da qualidade de vida da população atendida. O acesso, o diagnóstico e o tratamento de doenças são alguns dos seus princípios (BRASIL, 2006). Para que estas e outras ações sejam implementadas, cada profissional deve estar capacitado para desempenhar suas funções, atuando no acolhimento, orientação, encaminhamento e resolução de problemas advindos da comunidade.

Tendo em vista a identificação dos principais sintomas que se apresentam e dos fatores de risco que podem potencializar o desenvolvimento de um quadro depressivo após o parto, torna-se substancial que os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) venham por meio da prática de ações em saúde reduzir as chances de mulheres apresentarem a doença após o parto. Ações preventivas, ou ainda identificar precocemente a doença já instalada são medidas de controle necessárias a serem implementadas.

O profissional enfermeiro deve se utilizar dos vários meios que o ambiente da ESF proporciona para contribuir com ações que abranjam a mulher e sua família ofertando a ela desde o planejamento familiar; o melhor método anticoncepcional através da educação em saúde; até o incentivo, segurança e confiança frente as atividades maternas que virão, mediante os vários fatores estressantes típicos deste período (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Entretanto esta assistência pode não ser efetiva devido a ausência de informações dos profissionais, como mostra um estudo realizado na cidade de Campina Grande (PB) com 16 profissionais, dentre as quais enfermeiras e médicas da ESF acerca da identificação e assistência às mulheres com DPP, constatando-se que poucas reconheceram a possibilidade de existirem transtornos psíquicos após a gestação. Além disso, revelaram dificuldade em identificar sintomas característicos da DPP e desconhecer mecanismos para o seu rastreio (SOUZA, 2011).

Em virtude da ausência de informações sobre o tema por parte dos profissionais atuantes na ESF, recai sobre o enfermeiro, partícipe desta equipe, a importância de suas

funções frente aos vários momentos em que o mesmo pode trabalhar ações de prevenção da DPP. Assim, questiona-se: Quais ações são utilizadas pelos enfermeiros da ESF para prevenir a DPP? Que dificuldades eles encontram para implementá-las?

Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar a atuação dos enfermeiros da ESF do Município de Cajazeiras (PB) para prevenir a DPP. O interesse no tema justifica-se pela importância que a ESF aliada ao papel profissional do enfermeiro representa frente as ações de prevenção de riscos e doenças, sendo assim preparados para atender a população em diversas situações que demandem a assistência profissional. No entanto, ainda são encontradas fragilidades de ações para prevenir esta doença nestes locais.

Desta forma, a pesquisa trará contribuições significativas, proporcionando a elaboração de estratégias e direcionamento de ações que atuem na melhoria do desempenho dos profissionais e suporte da assistência prestada, além disso, irá provocar nos enfermeiros o questionamento quanto às ações que estão sendo utilizadas na prevenção da DPP para que sejam reorganizadas e venham a colaborar na qualidade de vida das puérperas e na de seus filhos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para prevenir a depressão pós-parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para evitar a depressão pós-parto.

- Apontar as oportunidades utilizadas para implementação de ações de prevenção.

- Conhecer as estratégias para a prática de ações de prevenção da depressão pós-parto.

- Descrever as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação de ações para prevenir a doença.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Qualquer pessoa pode vivenciar de forma breve sentimentos comuns da depressão em alguma fase da vida, mas somente considera-se um transtorno quando os sintomas tornam-se frequentes, com variação de intensidade, colocando em risco a qualidade de vida do sujeito e de seus pares (MALDONADO-DURÁN, 2011). Os sintomas da DPP, por exemplo, são comuns a outros transtornos depressivos. No entanto, o que os diferenciam é o momento em que eles se apresentam e as alterações que provocam na relação mãe-filho e no seio familiar (LOUZÃ NETO, 2007).

Dados do Ministério da Saúde apontam que a DPP acomete de 10% a 15% das mulheres brasileiras. Em um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) com amostra de 245 mulheres, 66 (26,9%) apresentaram quadro depressivo. Outro estudo com 292 mulheres, realizado em Vitória (ES), apresentou 115 (39,4%) puérperas deprimidas. As variações dos resultados decorrem de interferências culturais e do método utilizado para a pesquisa (BRASIL, 2012; FIGUEIRA et al., 2009; RUSCHI et al., 2007).

A DPP é responsável por provocar alterações de ordem emocional, cognitiva, comportamental e física que alteram as relações entre mãe, filho e familiares (BORDIGNON, 2011). Seus sintomas podem se apresentar nos primeiros dias do puerpério, entre a segunda e terceira semana, ou mais tardiamente em até seis meses após o parto (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; LOUZÃ NETO, 2007).

O conceito de que a gestação e o nascimento de um filho devem ser momentos felizes não se aplica a todos os casos. Durante a gravidez, a mulher pode experimentar sentimentos de infelicidade que após o parto se apresentam de forma mais intensa. Mesmo assim, muitos são mascarados em decorrência da vergonha que as mães sentem por não estarem felizes no momento que deveriam apresentar emoções positivas (RICCI, 2008).

As manifestações clínicas decorrentes deste transtorno podem revelar-se de forma lenta e variada, dentre elas incluem-se: tristeza prolongada, auto reprovação, choro fácil, pensamentos pessimistas relacionados a não ser uma boa mãe, alterações do sono, perda do apetite e também períodos de irritação com o filho, marido e outros familiares (MALDONADO-DURÁN, 2011). O risco de suicídio existe como em qualquer outro quadro depressivo, mas geralmente se apresenta na psicose puerperal, quadro mais grave de

alterações emocionais no puerpério (RIBEIRO; ANDRADE, 2009; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

De acordo com Camacho (2006), fatores hormonais podem estar relacionados a etiologia da DPP, mesmo ainda não estando bem determinados. Durante a gestação, o corpo da mulher sofre adequações para nutrir e manter o feto. A oscilação dos níveis de progesterona e estrógeno tende a ser maior durante a gravidez e, com a saída do concepto, ocorre um declínio destes hormônios, vindo a contribuir com a elevação do cortisol, que está relacionado ao sentimento de tristeza que a mulher apresenta após o parto (MALDONADO-DURÁN, 2011).

Vários fatores de risco podem ser identificados nas mulheres que apresentam sintomas depressivos, dentre eles: relação conturbada ou ausência do companheiro em decorrência de divórcio, eventos que provoquem estresse, adolescência, desemprego, baixa escolaridade, gravidez indesejada e preferência do sexo do bebê não correspondida. Ainda, as mulheres que apresentam história pessoal ou na família de doença psiquiátrica tem o risco aumentado de apresentarem transtorno no puerpério (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; CAMACHO et al., 2006; MORAES et al., 2006).

O desconhecimento do problema por parte da família pode ser um fator contribuinte para o agravamento do quadro, visto que a interferência tardia pode resultar em sérios danos à mãe, ao filho, ao companheiro e a outros familiares que convivem diretamente com ela, causando desgaste nas relações sociais (SILVA et al., 2010).

O conhecimento dos sintomas, fatores de risco e etiologia da doença torna mais fácil o diagnóstico da DPP. A identificação e confirmação do caso depende da relação que os profissionais desenvolvem, pois geralmente a mulher mostra-se bastante cooperativa com as informações que lhe são pedidas desde que haja um relacionamento de confiança entre profissional e paciente (MALDONADO-DURÁN, 2011).

Para facilitar o trabalho dos profissionais foram desenvolvidos alguns instrumentos que atuam no rastreamento de quadros depressivos. A *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) é um dos mais utilizados. Sua utilização não dispensa a avaliação clínica para fins diagnósticos, mas auxilia no trabalho dos profissionais de saúde como instrumento facilitador, identificando e pontuando sintomas característicos (RUSCHI et al., 2007).

A EPDS foi adaptada e validada no Brasil por Santos e colaboradores em 1999. Ela dispõe de dez perguntas claras e objetivas, abrangendo sintomas característicos da DPP. A pontuação varia entre zero e três de acordo com o sintoma que a mulher referir, com escore 11/12 como média para identificar um quadro depressivo, apresentando boa sensibilidade,

especificidade e valor preditivo, sendo utilizada em vários estudos (SCHARDOSIM; HELDT, 2011; GOMES et. al, 2010; FIGUEIRA et al., 2009; RUSCHI et al, 2007; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005).

Mediante a detecção e identificação deste transtorno, várias formas de intervenção clínica podem ser utilizadas. As formas básicas decorrem do apoio psicossocial para a mulher e seus familiares, utilização da psicoterapia interpessoal, terapias complementares e a utilização de medicamentos. Ressalta-se que a utilização de antidepressivos deve ser evitada, sendo utilizada apenas nos casos de maior gravidade em que outras medidas são insuficientes (MALDONADO-DURÁN, 2011).

A terapia interpessoal atua no alívio do sofrimento por um período restrito. O terapeuta irá atuar nas relações interpessoais através de estratégias focadas no desenvolvimento da comunicação do indivíduo com os demais, permitindo a utilização do apoio social que ele dispõe (CARVALHO; PUPO; MELLO, 2011).

Ainda de acordo com Maldonado-Durán (2011), algumas outras terapias complementares que podem ser utilizadas para o tratamento incluem: a massagem, sessões de acupuntura, a fototerapia, utilização de ácidos graxos e o apoio do companheiro, vindo a auxiliar na melhora do quadro geral da mulher.

3.2 REDE DE CUIDADOS NO ÂMBITO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

As ações em saúde mental podem ser desenvolvidas diariamente pelos trabalhadores que compõem os serviços de saúde a partir da capacidade de sensibilizar, do acolher e do ouvir. Para isso, os profissionais necessitam de suporte que lhes conceda qualificação no estabelecimento das relações terapêuticas com os indivíduos que precisam desses serviços (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011).

De acordo com Figueiredo e Campos (2009), o processo de descentralização da saúde mental foi uma aquisição onerosa à Reforma Psiquiátrica, modelo este que ainda tem de ser aperfeiçoado para a construção e suporte na saúde das pessoas em seus relacionamentos sociais, a citar a Atenção Primária, para além do serviço especializado.

A ESF é um exemplo de assistência fundamentada em ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos que procura prestar atendimento ao sujeito em sua totalidade, no ambiente onde estiver inserido. A partir dessa proposta, o profissional de saúde deve ser criativo e apresentar criticidade diante da assistência, envolvendo ações conjuntas que colaborem para a qualidade de vida do indivíduo (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Segundo Oliveira (2009), a ESF deve ir além dos programas propostos pelo Ministério da Saúde para proporcionar assistência absoluta aos seus usuários. Na saúde mental, as ações de promoção e tratamento devem ser desenvolvidas na Atenção Primária implicando na diminuição da demanda de casos a outros serviços. Entretanto, a ausência de profissionais qualificados e a própria visão que o usuário tem sobre o serviço de não atender a demanda em saúde mental, configuram-se como alguns entraves que embaraçam essa parceria.

Como dispõe a Política Nacional de Saúde Mental, a articulação da rede em saúde mental apresenta-se como um forte fator na disposição e disseminação de serviços e ações (BRASIL, 2014). Essa parceria pode ser evidenciada a partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que atende pessoas em sofrimento mental, além do uso de drogas lícitas e ilícitas no domínio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS destaca como uma de suas diretrizes, a garantia do acesso e qualidade dos serviços, por meio do cuidado integral e assistência profissional diversa. E para que os serviços sejam disponibilizados e implementados se faz necessária a articulação de seus componentes. São eles: a Atenção Primária, a Atenção Psicossocial Especializada e a Atenção de Urgência e Emergência.

Como pontos de suporte da Atenção Primária, estão inseridos na RAPS, a UBS e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa parceria de suporte possibilita a atuação ampla e qualificada em saúde, desenvolvida por profissionais especializados em várias áreas do conhecimento, configurando-se o apoio matricial (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A UBS, através dos profissionais da ESF fica no encargo de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados dos transtornos mentais, ações de redução de danos e suporte destinado a indivíduos que apresentem necessidade decorrente do uso de drogas.

O NASF, criado em 2008 e composto por equipe multiprofissional de várias áreas, tem como objetivo dar suporte para a consolidação da Atenção Primária, expandindo o seu alcance e resposta. Para isso, deve trabalhar em parceria com as equipes da ESF (BRASIL, 2012).

A atuação dos profissionais que compõem o NASF é das mais importantes no contexto da DPP, visto que apresentam habilidades para lidar com várias circunstâncias, a citar a intervenção em fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia e o acompanhamento da mulher e da família mediante o quadro já instalado. Esse serviço se dá em parceria com as equipes da ESF, além de outros colaboradores sociais para superação desse problema (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é outro componente da RAPS que atua na presença de transtornos psíquicos severos e persistentes, incluindo a DPP, além de assistir grupos específicos, como de usuários de álcool e outras drogas. Esse serviço presta atendimento, realiza o acompanhamento e reinsere na sociedade os seus usuários. Silva et al (2010), destacam a importância desse serviço atrelado a ESF, no suporte aos transtornos psiquiátricos maternos.

Além do CAPS, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o pronto-socorro, através das enfermarias especializadas, são outros componentes especializados da RAPS que garantem suporte às situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento psíquico. O SAMU se estabelece como um avanço no atendimento e redução de danos às vítimas de tentativa de suicídio, sendo muitas vezes de adolescentes grávidas com histórico de ansiedade e de depressão representando pois, um importante aliado aos serviços de saúde (SANTANA et al., 2011).

Ainda, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, também compõem a RAPS como Estratégias de Desinstitucionalização, garantindo acolhida na própria comunidade às pessoas egressas de instituições de longa permanência, em decorrência de transtornos mentais, permitindo a reinserção social (BRASIL, 2011).

3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A atuação desempenhada pelo enfermeiro da ESF deve abranger todo o contexto familiar a partir de ações terapêuticas que promovam resultados de cunho emocional. Para isso, deve haver uma relação entre o profissional, o sujeito e a comunidade (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições do enfermeiro da ESF: realizar assistência integral às pessoas e famílias no território de abrangência quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, realizar consulta de enfermagem, planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de enfermagem e colaborar e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe (BRASIL, 2007).

Na saúde mental, o enfermeiro pode cooperar com a orientação sobre os transtornos psiquiátricos comuns no puerpério, detectar possíveis mudanças no quadro geral da mulher e oferecer assistência nos cuidados necessários. Esse profissional pode contribuir para a criação

de programas de prevenção na rede pública, através de estratégias que abrangem além da saúde da grávida, a saúde sexual e reprodutiva de outros grupos (KONRADT et al., 2011; RICCI, 2008).

Para Konradt et al (2011), as medidas efetivas de prevenção da DPP são necessárias no âmbito da saúde pública tendo impacto sobre sua incidência. As ações de prevenção podem ser realizadas durante a gestação, em momentos em que a mulher participa de outras ações inerentes ao período gravídico, vindo a contribuir na redução de riscos das puérperas desenvolverem essa patologia e prevenir os agravos dela provenientes.

Assim, torna-se possível adotar estratégias que atuem na prevenção dos sintomas da DPP. São elas: prevenção psicossocial, psicofarmacológica e hormonal. Mesmo demonstrando que as intervenções psicossociais e hormonais apresentam pouco efeito para a prevenção dessa doença, em contrapartida, a terapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental e o uso de antidepressivos têm apresentado êxito (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

De acordo com Maldonado-Durán (2011), o tratamento da DPP pode ser viabilizado na Atenção Primária através de profissionais que atuam neste serviço; dentre eles o enfermeiro; através da escuta, do esclarecimento de dúvidas e do apoio rotineiro. Essas são formas práticas de intervenção preventiva para a mulher, o companheiro e outros parentes.

As consultas pré-natais se destacam como uma excelente oportunidade, ou até mesmo a única, para a realização dessas medidas. Para isso, o enfermeiro deve ter conhecimento do contexto sócio familiar em que a gestante está inserida, a fim de identificar fatores de risco e concretizar interferências de suporte emocional (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Para Ribeiro e Andrade (2009), a atitude da mulher de falar da situação por ela vivenciada contribui para que a assistência prestada pela equipe de profissionais seja focada, ajudando-a a superar as situações de forma segura após o nascimento do bebê. Com isso, medidas preventivas podem ser adotadas desde a consulta de planejamento familiar, por exemplo, e estender-se até o puerpério. Frente a possíveis casos de crise da DPP outras ações podem vir a ser implementadas nesse período.

Brasil (2012) cita diferentes situações onde intervenções podem ser realizadas, incluindo a consulta de planejamento familiar, a consulta pré-natal, a visita domiciliar na primeira semana do puerpério e a consulta puerperal realizada até 42 dias após o parto. As ações praticadas durante esses períodos visam o acompanhamento da gestante e do recém-nascido, minimizando riscos de eventuais situações através da prevenção, detecção precoce e resolução de agravos.

Além das situações citadas pelo Ministério da Saúde, Valença e Germano (2010) ainda citam outras tecnologias leves que vêm a contribuir como medidas efetivas de prevenção da DPP. São elas os grupos de gestantes e o incentivo à participação do companheiro nas consultas pré-natal.

A colaboração da família juntamente com os profissionais de enfermagem, auxiliam a mulher a desempenhar suas atividades inerentes ao puerpério dando-lhe apoio e suporte emocional, o que pode interferir na redução de sintomas característicos da DPP. O apoio emocional prestado pode ser o grande fator contribuinte para um prognóstico favorável (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Para que ocorra o desenvolvimento dessas e de outras ações, o Ministério da Saúde elencou requisitos básicos, dentre eles: a disposição de recursos humanos, espaço físico adequado, materiais de registro e análise dos dados disponíveis e avaliação constante da assistência prestada, podendo ocorrer mudanças sempre que houver necessidade (BRASIL, 2005).

Mesmo diante de diversas formas e momentos de intervir, alguns estudos identificaram empecilhos enfrentados pelos profissionais impedindo o enfoque absoluto à gestante, dentre eles, a dificuldade de avaliar a grávida quanto à presença de fatores de risco da DPP, negligência e a subestimação do sofrimento vivenciado (VALENÇA; GERMANO, 2010; RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Souza (2011) em seu estudo identifica a ausência de informações acerca da existência de transtornos comuns ao período puerperal, sendo esse um dos fatores que está intimamente relacionado a dificuldade de avaliar a gestante. Essa deficiência dos enfermeiros coloca em prova a qualidade da assistência integral prestada à mulher durante e após o parto.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva permite observar, registrar, analisar, classificar e interpretar fatos sem que ocorra qualquer tipo de manipulação dos seus resultados por parte do pesquisador (PRESTES, 2008).

A pesquisa exploratória tem a finalidade de estabelecer métodos para a realização de uma investigação, visando a formulação de hipóteses através do uso de procedimentos metódicos, podendo utilizar a entrevista para obter os dados (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa busca esclarecer a compreensão de experiências particulares dos sujeitos a partir da obtenção de valores e significados por eles adotados, dispondo-se assim, de um universo subjetivo para ser trabalhado.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local escolhido para a realização desta pesquisa foi o município de Cajazeiras – PB, situado na região oeste do Estado. De acordo com o último censo, realizado em 2010, sua população era de 58.446 habitantes. Sua área territorial é de 565.899 (km²), o PIB *per capita* é de 9.043,69 reais e o IDHM é de 0,679 (IBGE, 2014).

O acesso a capital do Estado, João Pessoa, é feito através da BR-230. Cajazeiras se localiza na mesorregião do sertão paraibano e é considerada uma cidade polo pelo seu desenvolvimento no setor educacional e comercial. Na cidade está localizada a IX Gerência Regional de Saúde do Estado (IBGE, 2014).

A coleta de dados foi realizada nas Unidades de Saúde localizadas na zona urbana e rural deste município. A inserção no local de coleta se deu após a permissão da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CFP) do Centro de Formação de Professores (CFP).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Lakatos e Marconi (2010), população é a soma de sujeitos que possuem particularidades definidas para um determinado estudo, como, por exemplo, sexo, faixa etária,

local onde habitam, entre outros. Participaram do estudo 16 enfermeiros atuantes nas Estratégias Saúde da Família de Cajazeiras, PB. Destes, 11 atuam na zona urbana e cinco na zona rural do município.

A participação no estudo seguiu os seguintes critérios de inclusão: a) está realizando suas atividades por no mínimo seis meses na ESF, b) aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão adotados foram: a) está de licença médica, b) está de férias.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), composta por duas partes. Na primeira, referente a dados sociodemográficos e de formação acadêmica dos sujeitos da pesquisa, como: idade, sexo, ano de formação, pós-graduação e área, período em que atua na ESF e o local de atuação. Na segunda parte foram utilizadas perguntas abertas sobre: as ações utilizadas pelos enfermeiros para prevenir a depressão pós-parto, as oportunidades, as estratégias e as dificuldades enfrentadas para implementação dessas ações.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas no mês de fevereiro de 2015, nas Unidades de Saúde, local de atuação dos enfermeiros, no horário de funcionamento do serviço ou em outros lugares agendados previamente. A coleta de dados se deu através da aplicação de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas e fechadas que foram registradas através da gravação das falas dos sujeitos.

O término da coleta ocorreu quando percebeu-se a saturação das falas dos sujeitos. Para Fontanella; Ricas; Turato (2008) a saturação de falas acontece quando as informações tornam-se repetitivas, sem acréscimo de novos dados que venham a contribuir com a pesquisa, desse modo a coleta é encerrada.

Para Lakatos e Marconi (2010), a entrevista é uma conversação entre dois sujeitos, realizada de maneira metódica, em que o entrevistado tem liberdade de expressar-se verbalmente sobre o que lhe foi questionado.

Para realização da coleta de dados, foi solicitada permissão à Unidade Acadêmica de Enfermagem e Coordenação do Curso de Enfermagem (ANEXO A), onde foi apresentada a proposta da pesquisa e os procedimentos necessários para obtenção dos dados. Ainda foi

solicitado o Termo de Anuência ao Departamento de Educação em Saúde do município (ANEXO B).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, as informações gravadas foram transcritas na íntegra, analisadas e classificadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Para Leopardi (2001), a análise de conteúdo, procede da transcrição das falas em forma de texto onde técnicas de análise dos dados são utilizadas para compreender o que foi dito e o que não foi explicitado nas falas, possibilitando a formação de categorias temáticas.

Em seguida, as falas foram classificadas e apresentadas de acordo com cada categoria abordada. A identificação dos sujeitos foi representada pelo nome enfermeiro (E) e por números de acordo com a ordem da entrevista. Por fim, as falas foram confrontadas com a literatura atual.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedece os aspectos éticos presentes na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Assegurando os direitos dos participantes da pesquisa, considerando o respeito pela dignidade humana e o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e aprovado com o número do parecer 941.592 (ANEXO C).

A coleta de dados ocorreu mediante a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Este documento informa e esclarece o sujeito sobre sua participação na pesquisa de forma clara e objetiva, sem constrangimentos para tomar sua decisão. Trata-se de uma proteção legal e moral para pesquisador e pesquisado. A pesquisa apresenta risco mínimo de constrangimento e ansiedade durante a entrevista, sendo que, se justifica por contribuir para elaboração de estratégias e direcionamento de ações que atuem na melhoria do desempenho dos profissionais e suporte da assistência. As informações obtidas durante a coleta serão mantidas em sigilo e anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados serão apresentados em dois momentos: no primeiro, será realizada a caracterização sociodemográfica e de formação acadêmica dos enfermeiros e no segundo momento, serão analisadas as categorias e subcategorias provenientes da análise temática.

5.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

As características sociodemográficas e de formação dos sujeitos da pesquisa foram consideradas a partir das variáveis como o sexo, a faixa etária e o estado civil, conforme aponta a Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos enfermeiros das unidades da ESF do Município de Cajazeiras - PB, Fevereiro/ 2015.

| Variáveis (n= 3) | Nº | % | Média ± DP |
|-----------------------------|----|------|-------------|
| Sexo | | | |
| Feminino | 15 | 93,8 | |
| Masculino | 01 | 06,2 | |
| Faixa Etária | | | |
| 24 – 35 | 11 | 68,8 | 33,75± 7,55 |
| 36 – 47 | 04 | 25,0 | |
| 48 – 57 | 01 | 06,2 | |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro | 03 | 18,8 | |
| Casado(a)/ União Consensual | 12 | 75,0 | |
| Divorciado(a)/ Separado(a) | 01 | 06,2 | |

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Percebe-se a predominância de profissionais do sexo feminino em relação aos do sexo masculino, representando 93,8%. Os valores condizem com a realidade histórica na qual o papel do cuidado está intimamente relacionado a tarefa tipicamente feminina. Esses números coincidem com os dados apresentados por Machado, Vieira, Oliveira (2012) sobre o perfil da enfermagem no Brasil, em que a presença das mulheres na categoria profissional abordada ainda representa a maioria absoluta, cerca de 90%.

A idade mínima dos enfermeiros foi de 24 e a máxima de 57 anos com média de 33,7 e desvio padrão de $\pm 7,5$. A concentração mais representativa ocorreu na faixa etária de 24 e 35 anos com 68,8% dos enfermeiros, seguidas pelas faixas etárias entre 36 e 47 anos com 25% e entre 48 e 57 anos com 6,2%. Dos pesquisados, houve um predomínio de profissionais jovens. A presença de mão-de-obra jovem enquadra-se com os dados do estudo de Barreto,

Krempel e Humerez (2011) em que também observou-se o predomínio de profissionais no auge do seu potencial produtivo.

Quanto ao estado civil, notou-se que a maioria dos enfermeiros são casados ou convivem em união estável representando 75% do valor total, enquanto 18,8% declararam serem solteiros e 6,2% divorciado ou separado.

Para caracterização do perfil de formação acadêmica e profissional dos enfermeiros foram considerados: o tempo de formação, presença e a área de pós graduação *Lato Sensu*, o tempo de atuação no serviço de APS e o local de atuação, segundo aponta a Tabela 2:

Tabela 2: Características de formação acadêmica e profissional dos enfermeiros das unidades da ESF do Município de Cajazeiras - PB, Fevereiro/ 2015.

| Variáveis (n= 5) | Nº | % | Média ± DP |
|---|----|------|-------------|
| Tempo de Formado (ano) | | | |
| ≤ 2 | 02 | 12,6 | 8,81 ± 7,31 |
| 2,1 – 10 | 12 | 75,0 | |
| 10,1 – 20 | 01 | 06,2 | |
| ≥ 20,1 | 01 | 06,2 | |
| Pós Graduação <i>Lato Sensu</i> | | | |
| Sim | 12 | 75,0 | |
| Não | 04 | 25,0 | |
| Áreas Pós Graduação <i>Lato Sensu</i>* | | | |
| Saúde da Família | 11 | 61,1 | |
| Saúde Coletiva/ Saúde Pública | 02 | 11,2 | |
| Obstetrícia | 01 | 05,5 | |
| Gestão em Serviços de Saúde | 01 | 05,5 | |
| Urgência e Emergência | 01 | 05,5 | |
| Outros | 02 | 11,2 | |
| Tempo de Atuação na APS (ano) | | | |
| ≤ 1 | 04 | 25,0 | 4,26 ± 3,95 |
| 2,1 – 4 | 05 | 31,2 | |
| 4,1 – 7 | 04 | 25,0 | |
| ≥ 7,1 | 03 | 18,8 | |
| Zona de Localização da ESF | | | |
| Urbana | 11 | 68,8 | |
| Rural | 05 | 31,2 | |

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

*Foram consideradas mais de uma resposta por enfermeiro.

No que diz respeito ao tempo de formado a média foi de 8,81 anos com desvio padrão de $\pm 7,31$. Sendo que, 75% dos enfermeiros apresentaram entre 2,1 e 10 anos desde a conclusão da graduação, seguido por 12,6% com período igual ou inferior a dois anos e apenas 6,2% com formação acima ou igual a 20,1 anos.

No estudo de Ramos et al (2009) sobre o perfil de enfermeiros atuantes na ESF em municípios da região sul do Rio Grande do Sul, 75% dos participantes apresentaram média de cinco anos de formação. Os dados também mostraram-se semelhantes a pesquisa realizada por

Ribeiro, Ramos, Mandú (2014) que também analisou o perfil sócio demográfico de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá no Mato Grosso, identificando um número baixo de indivíduos com mais de 21 anos de formação.

No que tange a presença de especialização *Lato sensu*, 75% referiram possuir pós graduação. A presença de um maior número de profissionais qualificados deve-se a atualização de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades específicas que enquadram-se nas exigências impostas pelo mercado de trabalho (CAVALCANTI VALENTE; VIANA; GARCIA NEVES, 2010).

A especialidade na área de saúde da família compreende 61,1% dos enfermeiros, seguida da saúde coletiva/saúde pública com 11,2%, ainda foi declarada a especialidade em obstetrícia correspondente a 5,5%. A especialidade em saúde mental ou psiquiatria não foi citada por nenhum dos enfermeiros.

O predomínio de enfermeiros com especialidade em saúde da família seguida pela saúde coletiva/saúde pública deve-se ao fato destes profissionais estarem inseridos na prática da ESF, que abrange conhecimentos e práticas em saúde voltados à comunidade necessitando assim aprofundar seus conhecimentos na área.

O tempo de atuação dos enfermeiros no serviço de APS apresentou-se equilibrado. O tempo mínimo de atuação citado foi de seis meses e o máximo de 15 anos, apresentando média de 4,26 anos de serviço com desvio padrão de $\pm 3,95$. Dos enfermeiros, 31,2% citaram trabalhar há um período entre 2,1 e 4 anos, seguido de 25% com tempo igual ou inferior a um ano.

O local de atuação dos enfermeiros que compõem a ESF é predominantemente na zona urbana com 68,8% e na zona rural o percentual é de 31,2%. Esse valor condiz com a realidade local, visto que a maior concentração de unidades está no perímetro urbano.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA

Posteriormente a análise das falas dos enfermeiros, os dados foram organizados em quatro categorias. São elas: a) ações de prevenção da DPP; b) oportunidades para implementar ações de prevenção; c) estratégias para ações de prevenção e d) dificuldades e desafios na prevenção da DPP.

5.2.1 AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DPP

Para que o enfermeiro possa intervir no desenvolvimento de ações de prevenção da DPP, estas devem estar baseadas em um conjunto de fatores individuais e/ou coletivos que atuem na redução dos riscos que contribuem para o seu desenvolvimento. A forma como serão conduzidas essas ações vem interferir no bom relacionamento mãe-filho.

Sobre o desenvolvimento de ações que atuem na prevenção da DPP, percebe-se que muitos enfermeiros utilizam o método da orientação como forma de contribuir no esclarecimento de dúvidas que a mulher tenha durante o período gravídico puerperal conforme apontam as falas seguintes:

“[...] eu já faço essa prevenção com elas e tento elevar a autoestima e levo pra elas a questão da mudança de hormônios que elas vão ter... porque já no início, no meio e no fim da gestação muitas delas ficam a se perguntar o porquê dessas mudanças no corpo. Tento passar bastante tempo possível com elas dentro da sala para fazer essas dinâmicas”. (E7)

“Eu procuro orientar quanto aos sintomas que pode ter. Observo também se ela tá mostrando algum sinal de depressão, de alguma rejeição do filho, porque a maioria não é planejada, porque são gestantes novas, adolescentes. A partir disso a gente vai observando e procurando trabalhar durante o pré-natal”. (E10)

“A gente já explica como se dará a questão do aleitamento materno, traz essa questão de troca do RN (recém-nascido) e da mãe. Durante esse processo de introdução, a gente trabalha essa parte de depressão pós-parto por ser uma questão extremamente pertinente. Aí a gente explica que ela pode chorar, ter alguma alteração no sono, ter medo de cuidar do bebê [...]”. (E14)

Segundo Camacho (2006), as modificações hormonais inerentes ao período gravídico são fatores que podem ter ligação com a etiologia da DPP. De tal modo, orientar e esclarecer a gestante sobre essas alterações permite que ela conheça o seu próprio corpo e identifique essas mudanças.

O Ministério da Saúde ressalta a importância do profissional conhecer a realidade na qual está inserido o usuário do serviço para o direcionamento da maneira ideal de contribuir no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde (BRASIL, 2005).

A identificação de fatores de risco como a gravidez não planejada e a não aceitação da gestação são sinais de alerta para os enfermeiros, fazendo com que sejam estabelecidas ações de caráter preventivo e cuidado continuado à gestante. Assim, são utilizadas orientações claras e direcionadas frente às diversas situações comuns à gestação e ao puerpério.

Alguns profissionais destacaram a utilização de palestras, atividades educativas e grupos de gestantes como meios contribuintes para a prevenção da DPP:

“[...] As ações que a gente utiliza na unidade é mais relacionada com palestras educativas e, como nosso posto a demanda de gestante é muito alta, aí a gente divide em grupos para debater sobre isso. (E9)

“Bom, as ações que a gente faz para prevenir, são aquelas atividades em grupo das gestantes...” (E13)

“Geralmente a gente traça duas vezes por mês a parte de educação em saúde, sempre faz essa sala de espera quando tem uma quantidade boa de gestante. A gente acaba enfocando a grande maioria de temas que são pertinentes, como a amamentação e neste caso também, como lidar com a situação [...]”. (E14)

A utilização de atividades de educação em saúde é um aliado determinante para a sua promoção, pois surge a partir do julgamento, discussão da problemática existente e proposição da equipe de saúde e usuários do serviço que estão inseridos nesse processo (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). A utilização de práticas coletivas também foi identificada no estudo sobre apoio matricial como dispositivo de cuidado em saúde mental na atenção primária de Pinto et al (2012), ressaltando a abordagem de aspectos subjetivos e de equilíbrio mental dos sujeitos.

Mesmo identificando a utilização de práticas de educação em saúde, nota-se que esse não é um meio onde os saberes se complementam, visto que trata-se de ações pontuais e focalizadas no processo de adoecimento, deixando de lado a prática de promover saúde através da troca de saberes. Essa realidade também pode ser identificada no estudo de Cervera, Parreira e Goulart (2011) em que os profissionais ainda se utilizam de técnica verticalizada quando referem essa prática, um exemplo do modelo biomédico em vigor.

Ainda é possível observar que os enfermeiros não utilizam o universo da DPP como tema principal a ser abordado, mas de outros pertinentes ao período gravídico-puerperal que de forma indireta cooperam para esclarecimentos sobre este assunto, por não se tratar de uma preocupação imediata.

Uma pequena parcela de enfermeiros acredita que a escuta qualificada pode contribuir de forma favorável na prevenção de agravos inerentes a DPP como mostram as falas seguintes:

“[...] ao conversar com as gestantes, que eu particularmente gosto muito de conversar, saber a realidade da família... a gente vai compreendendo as inseguranças. Muitas delas chegam a falar e eu gosto de escutar o que elas têm a dizer para poder saber o que fazer”. (E4)

“A gestante fala pra gente, algumas já chegam e já se abrem mesmo, já falam a situação que estão passando, ou muitas vezes a gente ver os sinais e aos poucos ela vai ganhando a confiança e vai falando sobre as situações [...]”. (E11)

A cooperação do profissional mediante a escuta qualificada favorece o apoio emocional ao usuário. Essa forma de conduzir a consulta de enfermagem pode ser o fator decisivo para a obtenção de prognóstico favorável (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Nota-se que as gestantes necessitam dessa escuta. É um momento onde elas expõem muitos medos inerentes à gestação e dificuldades enfrentadas no ambiente familiar. Essa abertura permite a identificação de situações problemas, facilitando a intervenção de medidas que possam evitar a instalação do quadro depressivo. Para que a mulher venha a falar o que está passando, ela precisa ter confiança no profissional de saúde e saber que ele vai ouvi-la.

Outra ação citada foi a de orientar o pai da criança e familiares próximos contando com a colaboração desses no processo de cuidado à mulher:

“[...] Tanto ela quanto a família são bem orientados para saber quais são as alterações que ela e o bebê vão sentir para não ter o possível risco de ter depressão”. (E12)

“Orieto a família pra que dê apoio a gestante porque tudo não depende dela... então para ficar com ela, apoiar, prestar atenção quais os sintomas que ela pode apresentar no pós-parto e depois disso procurar ajuda, já nos primeiros sinais, já para prevenir”. (E15)

“A gente já tem meio que a situação e acaba conversando... e aí chama o pai para ouvir o coraçãozinho do bebê, essas coisas e tal [...]”. (E16)

O apoio familiar é uma das ações que necessitam ser melhor abordadas. Essa atividade favorece a relação de confiança e suporte à mulher num período de modificações físicas e psicossociais. Em se tratando de adolescentes grávidas, esse vínculo com a família é fator determinante na condução da gestação, pois em casos onde não há o suporte ou aceitação, esse momento torna-se conflituoso gerando alterações psicológicas.

Proporcionar esses momentos em família auxiliam a mulher a vivenciar os momentos próprios ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério recebendo apoio e suporte emocional, o que pode interferir na redução dos casos de DPP (BRASIL, 2012; RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

A presença do companheiro nas consultas pré-natais também pode contribuir como medida efetiva na prevenção da DPP (VALENÇA; GERMANO, 2010). A aproximação do parceiro durante as consultas e outras atividades comuns a gestação representam a aceitação e a formação do vínculo do casal, remetendo à mulher que ela encontra-se amparada, que a gravidez é desejada e que ela pode contar com esse apoio.

Ainda foi possível identificar a utilização de outros serviços que pudessem intervir frente a situações favoráveis ao desenvolvimento de DPP e até a ausência de atividades específicas:

“[...] A gente encaminha para a própria médica da unidade e a médica faz o encaminhamento para essa unidade que é o CAPS”. (E1)

“Referenciando também as gestantes de alto risco; as adolescentes, por exemplo, né? Porque você sabe, é um risco maior de ter esse tipo de doença. Então são encaminhadas para um apoio, um acompanhamento da médica especialista e o pessoal do NASF sempre tá presente”. (E13)

“Eu acho que acaba sendo mais na base do “olhômetro”, não tem nada muito concreto [...]”. (E16)

O uso de medidas efetivas que atuem na prevenção da DPP tem importante função para a saúde pública atuando na redução dos índices dessa patologia (KONRADT et al., 2011). Assim, a ausência de ações particulares a esse processo podem gerar situações desfavoráveis aos usuários do serviço de saúde e o desenvolvimento de agravos por falta de ações concretas voltadas ao problema.

Transmitir a responsabilidade a outros serviços de saúde específicos desde o primeiro momento em que se identificam fatores de risco, pode ser indício de que esse profissional não está preparado para atuar frente a determinadas situações, colocando em questão o seu desempenho profissional.

5.2.2 OPORTUNIDADES PARA IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO

O Ministério da Saúde estabelece diversos momentos utilizados para a prática de ações em saúde na ESF, a citar: as consultas de planejamento familiar, as atividades do pré-natal, a visita puerperal e até as consultas de puericultura. Assim, o enfermeiro dispõe dessas ocasiões para poder desenvolver atividades de prevenção da DPP.

Essas oportunidades podem ser identificadas nas falas seguintes:

“[...] No planejamento familiar quando a mulher procura para uso de contraceptivo, para planejar a gravidez e na consulta pré-natal que ocorre mensalmente”. (E9)

“No momento do pré-natal, em algumas situações até do planejamento (Planejamento Familiar), mas a maioria sempre é no pré-natal”. (E11)

“Na visita puerperal também acho muito importante. É um momento em que a mulher está mais frágil principalmente se for mãe de primeira viagem que é tudo muito novo. É tirar um pouco daquele estigma que maternidade é uma coisa bonita, bacana e não é. [...]”. (E16)

De acordo como o Ministério da Saúde, a procura de mulheres para o planejamento familiar ainda não representa grandes proporções. Essa falta de orientação reflete no elevado número de gestações não planejadas, principalmente em adolescentes (BRASIL, 2006). A utilização dessa ocasião para o desenvolvimento de educação em saúde configura-se como aliado na redução de gestações não planejadas e possivelmente indesejadas, reduzindo um fator de risco para o desenvolvimento da DPP.

A ESF atua diretamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, configurando-se importante aliado no cuidado à mulher grávida, à díade mãe-filho, ao pai ou companheiro e à família (BRASIL, 2012).

O pré-natal é a principal e até mesmo a única oportunidade em que o enfermeiro pode utilizar de meios para desenvolver estratégias que contribuam para o bom andamento da gestação e redução de fatores que provoquem sofrimento mental, através do acolhimento da gestante e de sua família (VALENÇA; GERMANO, 2010). Foi possível observar que a maioria dos enfermeiros citaram a consulta pré-natal como a ocasião utilizada para essa finalidade.

Outro momento lembrado foi a consulta puerperal, que se destaca como ocasião inteiramente propícia para esse fim. Alguns enfermeiros relataram inclusive, a possibilidade de identificar fatores de risco não relatados durante o pré-natal e ainda sinais e sintomas favoráveis a instalação dessa patologia.

Entretanto, para alguns profissionais não existem oportunidades específicas para intervir e a situação existente é que propicia a utilização de medidas adequadas:

“[...] Quando eu vejo que a gestante está bastante triste, momentos chorosos, que as vezes ela até mesmo começa a chorar na consulta de pré-natal e começa a desabafar, se sente triste e começa a falar da vida dela. Muitas vezes ela diz que não estava esperando o bebê, que não sabia, que não queria, e a gente começa a ficar alerta para intervir logo”. (E3)

“Aqui não tem nenhum momento específico”. (E4)

“Quando você vê uma gestante que chega sozinha (na unidade de saúde), muitas vezes é sinal de que não é planejada. Daí já vem todas as orientações de prevenção desses fatores de risco [...]”. (E13)

A fala do enfermeiro 4 sobre a ausência de oportunidades específicas remete a utilização de qualquer hora como própria para o desenvolvimento de práticas em saúde. Mas, esse método deve ser melhor avaliado para que não sejam concebidas ações próprias do modelo biomédico em que ocorre a inserção profissional apenas quando a patologia está instalada.

É importante que as ações de prevenção não se limitem apenas a situações de risco, como é o caso da gravidez na adolescência, mas que ocorram sempre que possíveis e tornem-se rotinas do serviço de saúde.

Outra oportunidade citada foi a utilização de eventos que abrangem grupos específicos, como refere a fala seguinte:

“[...] Nós temos pontualmente durante o ano eventos voltados para a gestante. Trabalhamos em eventos desenvolvidos lá na área voltados a essas gestantes que geralmente acontecem no mês de maio [...]”. (E14)

A utilização de momentos que ultrapassem as portas da unidade de saúde configura-se como oportunidade de levar a um grande número de pessoas a informação em saúde, podendo ocorrer a multiplicação das informações abordadas durante esses eventos.

Nesta conjuntura, pondera-se que a prática de educação em saúde deve ser adotada em todos os espaços, configurando-se como um exercício que aborda saberes distintos e traz a comunidade para fazer parte desse meio (CERVERA; PARRERIA; GOULART, 2011).

5.2.3 ESTRATÉGIAS PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO

A utilização de estratégias que facilitem a prática de ações de cunho preventivo para a depressão puerperal possibilita ao enfermeiro utilizar-se de alternativas que antes não seriam possíveis praticá-las. A abertura profissional, a conversa focal e o apoio a mulher foram citados como importantes estratégias para que as orientações transmitidas pudessem ser executadas.

Essa percepção pode ser identificada nas falas abaixo:

“[...] eu disponibilizo o número do meu telefone pra que caso elas tenham alguma dúvida me procurarem. Dou uma abertura maior para que se ela necessitar não ficar com problema em casa e ter como esclarecer algumas dúvidas”. (E1)

“Uma conversa individual acerca dos problemas que podem acontecer no pós-parto”. (E6)

“A conversa, a orientação, a resposta que seja de certa forma satisfatória e adequada aos questionamentos dessa mulher. O apoio psicológico é ouvir, as vezes tá passando por problemas familiares que envolvem o namorado, o noivo, o pai do filho e isso aí é uma coisa que é conversada [...]”. (E9)

De acordo com Duarte e Almeida (2014) e Maldonado-Durán (2011), acolher a mulher e seus familiares é uma alternativa essencialmente importante para a atenção qualificada no pré-natal. Este apoio permite a mulher com necessidades biopsicossociais sentir-se amparada e segura frente ao período de incertezas que ela enfrenta.

Nota-se que a criação do vínculo profissional-paciente permite uma abertura maior a ambos. A atenção que o enfermeiro tem ao ouvir, conversar e debater as situações que a mulher vivencia facilita a escolha das ações de enfrentamento e consequentemente a utilização destas, pois ela tem confiança nas orientações que lhes são transmitidas.

Outra estratégia adotada pelos enfermeiros é contar com o apoio de familiares durante a gestação, o parto e o puerpério. As falas seguintes demonstram essa prática:

“[...] eu sempre peço para elas trazerem os maridos para participarem das consultas, para mostrar sobre o aleitamento materno e qualquer campanha que venha a ter porque é uma forma de aproximação e para ela ver que não tá sozinha nessa hora tão importante”. (E7)

“A ajuda dos familiares é muito importante, envolver a mãe, os filhos e a família...”. (E14)

“Eu procuro essa estratégia, na hora que aparece alguém da família eu gosto de incentivar. Sempre orientando o apoio principalmente às primíparas que são as mais ansiosas, para criar o vínculo desde o início da gravidez [...]”. (E15)

Contar com a participação do esposo/companheiro neste período foi uma das estratégias mais citadas pelos enfermeiros. Essa estratégia também pode ser evidenciada no estudo de Valença e Germano (2010) em que a utilização de tecnologias leves como o apoio e incentivo à participação do companheiro durante o período gravídico puerperal mostrou-se uma importante ferramenta de prevenção da DPP, pois essa prática permite a criação do vínculo da mulher com seu companheiro e a administração da situação é facilitada.

Ainda de acordo com Valença e Germano (2010), a utilização de grupos de gestantes também configura-se como importante estratégia na prevenção da DPP. Mesmo ressaltando sua importância, essa prática foi citada apenas por um enfermeiro e ainda, como uma medida a vir a ser implantada:

“[...] Uma coisa que eu pretendo implantar é o grupo (Grupo de gestantes), não só para dar orientação, mas porque eu acho interessante ter esse momento pra elas próprias se ouvirem, a opinião que cada uma sente. Porque muitas vezes nem querem falar... mas quando ver que a outra fala, que conta... então eu penso muito isso [...]”. (E4)

Além do suporte familiar, o apoio de outros profissionais e serviços foi evidenciado como estratégia de auxílio mediante situações de risco para o desenvolvimento da DPP:

“[...] Para implementar essas ações a gente tem o NASF onde a gente tem a psicóloga. A gente faz a visita, faz as orientações e encaminha para o NASF para que venha a visita do psicólogo”. (E2)

“A gente conta muito com a ajuda do Agente de Saúde, ele tá muito interligado porque ele é do local onde trabalha, acabam sendo vizinhos. É uma das estratégias que a gente faz de acompanhamento de informações do ACS...”. (E11)

“Se na visita eu identifico que tem algum tipo de situação acontecendo ali aí a gente já vai acionar a rede (RAPS), se houver necessidade do CAPS eu acabo solicitando o CAPS [...]”. (E14)

Serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como o CAPS e o NASF, configuram-se como importantes aliados frente a determinadas situações existentes na comunidade em que a intervenção de profissionais da ESF necessita dessa articulação, essa função é abordada na Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

As falas acima evidenciam que esse apoio é utilizado diante de situações em que os profissionais da ESF são capazes de intervir. A necessidade de atuação de profissionais como o psicólogo remete a situações mais complexas e evoluídas de tal forma que necessita de intervenção específica e de cunho curativo, ou os enfermeiros sentem-se inseguros para intervir.

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que desempenha importante papel na comunidade. Esse profissional foi citado como aliado na utilização de estratégias preventivas da DPP, visto que a proximidade aos usuários permite-o identificar situações problemáticas e comunicá-las ao enfermeiro para que juntos possam traçar ações que visem a resolução dos problemas identificados.

5.2.4 DIFICULDADES E DESAFIOS NA PREVENÇÃO DA DPP

Os profissionais de saúde de forma geral enfrentam muitas dificuldades para implementar as atividades próprias destes serviços. No âmbito da ESF muitos são os entraves encontrados para a realização das ações que lhes são essenciais, dentre elas a prevenção e diagnóstico precoce da DPP.

A maioria dos entrevistados referiram que a sobrecarga de trabalho é o principal desafio a ser vencido para que as ações de prevenção da DPP sejam realizadas, como mostram as falas a seguir:

“[...] Eu acho que a sobrecarga de atribuições impede um pouco de a gente trabalhar melhor essa problemática, né? (E1)

“A gente que trabalha em Saúde Pública sabe que tanto a demanda de trabalho... a gente não consegue fazer certas ações, falta tempo mesmo...”. (E2)

“É meio complicado porque assim como a demanda é alta tem outras coisas. A falta de tempo é muito complicada, nós atendemos mais de 1.400 famílias e aí precisa de tempo para fazer as coisas [...]”. (E8)

A falta de tempo para o desenvolvimento de ações é provocada pelo excesso de atribuições que são dadas ao enfermeiro da ESF, pois este profissional atua de forma generalista (SILVA et al., 2011). Logo, as ações que devem ser realizadas acabam sendo insuficientes ou ainda deixam de ser feitas.

No estudo de Spagnuolo et al (2012) sobre os desafios do enfermeiro da ESF em coordenar a equipe também foi possível identificar que a falta de tempo e a sobrecarga de atribuições têm sido apontadas como dificuldades na atuação diária desses profissionais. Para eles isso deve-se a forma como está organizado o serviço, pautado na produtividade, não colaborando no desenvolvimento de qualidade de suas funções.

Para o desempenho adequado do serviço existe um número estipulado de famílias a serem contempladas. Quando esse valor excede, torna-se ainda mais dificultoso abranger os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e as atividades complementares de educação em saúde, como os grupos de gestantes não são realizadas.

Outra questão destacada foi a dificuldade de acesso a unidade de saúde, como consta nas seguintes falas:

“[...] A questão delas não comparecerem ao posto para fazer o pré-natal. Elas dizem que é por causa de transporte, que é ruim para ir, não podem andar de moto porque se andar é arriscado perder o bebê. A dificuldade é só delas irem ao posto, tirando isso aí...”. (E5)

“Como é na zona rural a questão é só o difícil acesso, até mesmo pra gente que é o profissional. Ir até a casa dela fazer a visita puerperal é difícil”. (E7)

“A maior dificuldade é para elas comparecerem, a gente já fez um encontro aí... elas vêm pouco, não tem o hábito de vir [...]”. (E10)

O acesso aos serviços de saúde ainda configura-se como um grande desafio a ser superado. Para isso, as famílias que residem no perímetro rural são contempladas com unidades nesses locais. Mesmo assim, as dimensões geográficas do município dificultam o deslocamento de quem necessita ir até a unidade, tornando-as esporádicas e que muitas vezes já necessitam de intervenção curativa.

O Ministério da Saúde preconiza que seja realizada a visita a mulher após o parto preferencialmente na primeira semana que dentre outras ações, tem o intuito de orientar a mãe sobre o cuidado próprio, do recém-nascido e possam ser identificadas situações de risco para ambos (BRASIL, 2012).

Logo, esta visita também permite o desenvolvimento de ações de prevenção da DPP. No entanto, os múltiplos fatores que dificultam o acesso às residências da zona rural colocam em risco o desenvolvimento da assistência como demonstra a citação do enfermeiro 7.

Outro desafio que os enfermeiros citaram refere-se a ao déficit de qualificação profissional voltada à saúde mental. Para eles, a dificuldade de domínio na área interfere na qualidade da assistência prestada às usuárias que necessitam de uma atenção maior, como demonstram as falas que seguem:

“[...] A falta de capacitação. Desde que eu entrei agora é que tá tendo uma capacitação em Saúde Mental, então a necessidade de tá capacitando os profissionais para que eles possam trabalhar com mais eficácia”. (E13)

“Uma dificuldade para trabalhar os temas é a falta de qualificação mesmo, não tem capacitação em saúde mental e a assistência acaba ficando deficiente”. (E14)

“Outra dificuldade é a falta de capacitação voltada a esses assuntos, porque eu não tenho especialização em saúde mental, então fica deficiente. Não são temas fáceis de serem abordados, necessita de qualificação mesmo ou pelo menos ter algo mais científico, usar instrumentos nos serviços de rotina, chegar na consulta puerperal e aplicar a escala, entende? [...]”. (E16)

As falas citadas se assemelham as do estudo de Reis et al (2013) sobre a atuação de profissionais do Programa Saúde da Família ao portador de transtorno mental. Neste, foi possível observar que 90% dos entrevistados afirmaram não possuir qualquer curso de capacitação na área de saúde mental e destes, 60% revelaram não estar preparados para atuarem em saúde mental.

Esta realidade remete a necessidade imediata de capacitação profissional específica para atuação nesta área, ressaltando a prática de ações de promoção de políticas públicas contando com a parceria entre a unidade e outros atores sociais como a escola e a universidade (RIBEIRO et al., 2010).

Ainda foi abordado que a utilização de instrumentos científicos como as escalas são facilitadores no processo de cuidado, detecção e intervenção de alterações que provoquem o sofrimento psíquico. Uma das mais utilizadas é a EPDS, específica para detecção da DPP e de fácil manuseio e aplicação (RUSCHI et al., 2007).

Aliada ao déficit de qualificação profissional em saúde mental, foi enfatizado que a fragilidade da rede de atenção psicossocial local representa um entrave na atuação e resolutividade inerentes a saúde mental como indicam as falas a seguir:

“[...] a gente não consegue fazer certas ações e a principal dificuldade nossa não só na depressão pós-parto é a referência e a contrarreferência, porque você referencia essa paciente e não tem a contrarreferência...”. (E2)

“Nesse momento uma das dificuldades é a falta do NASF; do apoio deles, a dificuldade de você encaminhar para o CAPS...”. (E11)

“A rede em si, a rede não é totalmente formada, então a gente acaba tendo uma situação ou outra [...]”. (E14)

É possível identificar que as articulações entre os serviços de saúde ainda se baseiam na proposta de referência e contrarreferência (PINTO et al., 2012). Frente a isso podem surgir algumas dificuldades, dentre elas a contrarreferência que dificulta a continuidade do cuidado.

Entretanto, pôde-se observar que os desafios vão além das fragilidades existentes na rede local. É possível identificar que os enfermeiros da ESF referenciam muitas situações que envolvem a prática de ações em saúde mental, a citar as atividades de educação em saúde e medidas de prevenção da DPP, transferindo a responsabilidade aos outros componentes da rede, como o CAPS e o NASF, quando a atuação deve ser integral e conjunta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPP configura-se como um grave problema de saúde devido aos inúmeros agravos que podem ser desencadeados durante a sua evolução, necessitando de intervenções que contribuam na redução dos seus índices. Para isso, a atuação dos profissionais que compõem a ESF, dentre eles o enfermeiro, configura-se como essencial neste processo.

O desempenho do enfermeiro através de medidas que reduzam os fatores de risco e da assistência qualificada desenvolvida durante o ciclo gravídico-puerperal colabora de forma efetiva na prevenção dos agravos biopsicossociais que a DPP ocasiona.

Foi possível observar que as ações de prevenção da DPP utilizadas em seus locais de atuação baseiam-se principalmente em orientações voltadas à gestação, ao parto e ao puerpério abordando outros assuntos, de forma que as medidas voltadas à DPP são praticadas indiretamente e com superficialidade.

Identificou-se que as consultas pré-natais e a visita puerperal apresentam-se com as principais oportunidades de desenvolver ações de prevenção da DPP. Entretanto, a existência de sintomas acompanhados de fatores de risco mostrou-se como ocasião para intervenção.

Dentre as estratégias, a colaboração da família e do companheiro através do apoio à mulher durante todo o período de desenvolvimento da DPP apresentou-se como estratégia utilizada pelos enfermeiros da ESF. Ainda, a utilização do apoio de outros serviços que compõem a RAPS também foi citada como alternativa para o desenvolvimento de ações.

Na percepção dos enfermeiros quanto às dificuldades para a implementação de ações de cunho preventivo da DPP, evidenciaram-se que a sobrecarga de trabalho, em detrimento da demanda, aliada ao tempo insuficiente representam um grande entrave no desenvolvimento destas práticas. Entretanto, o déficit de atividades que proporcionem a atualização profissional no universo da saúde mental configura-se como desafio para a atuação nesta linha do cuidado.

O estudo teve sua limitação voltada à restrição da área de abrangência dos enfermeiros, impedindo que houvesse ampla visualização da prática de ações sobre o tema por um maior número de profissionais inseridos em realidades distintas.

Contudo, a pesquisa apresentou-se relevante no tocante a identificação de ações preventivas da DPP desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF e das limitações que impedem o bom desempenho dessa prática para o direcionamento de soluções que a tornem possíveis de serem implementadas.

Faz-se necessário o estabelecimento de medidas que contribuam para o desenvolvimento de habilidades voltadas à qualificação profissional em saúde mental por

meio de capacitações frequentes. Outra contribuição para o seu bom desempenho está relacionada à reorganização dos serviços e das atribuições desempenhadas pelo enfermeiro para que a prática de atividades que previnam o desenvolvimento da DPP possa ser realizada.

REFERÊNCIAS

BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D. C. O COFEN e a enfermagem na América Latina. **Enferm. Foco (Brasília)**, n. 2, v. 4, p. 251-4, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2015.

BORDIGNON, J. S. et al. Depressão puerperal: definição, sintomas e a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce. **Revista Contexto & Saúde**. Editora: Unijuí. v. 10. n. 20, p. 875-880, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1685>>. Acesso em: 03 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto, e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4º ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Caderno nº 5, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2014.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 21 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 15 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente>>. Acesso em: 15 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 15 de novembro de 2014.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiatr Clín.** 33(2), p. 92-102, 2006;. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2014.

CARVALHO, R. A.; PUPO, M. C.; MELLO, M. F. Terapia interpessoal: teoria, formação e prática clínica em um serviço de pesquisa e atendimento em violência. **Rev. Bras. Psicoter.** 13(3), p. 14-25, 2011. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=70>. Acesso em: 14 de novembro de 2014.

CAVALCANTI VALENTE, G. S.; VIANA, L. O.; GARCIA NEVES, I. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Enfermería Global**, n. 19, p. 01-12, 2010 jun. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision3.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2015.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16 (supl. 1), p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

COSSETIN, A.; OLSHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 32 (3), p. 495-501, Porto Alegre (RS), 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/09.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 27 (4). p. 181-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4>>. Acesso em: 17 de julho de 2014.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O.**, vol. 4, n. 1, p. 1029-35, jan/abr, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e saúde da família para enfermagem: prática para o cuidado em saúde coletiva.** São Caetano do Sul, SP: Yendes Editora, 2011.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciências & Saúde Coletiva**, 14 (1): p. 129-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em: 11 de novembro de 2014.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, Vol. 43, supp 1.1, São Paulo, Aug, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000800012&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 de julho de 2014.

FONSECA, V. R.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 26, n. 4, p. 738-746, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n4/16.pdf>>. Acesso em: 05 de novembro de 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO E. R. Amostragem pós saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, Jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 29 de outubro de 2014.

GOMES, A. L. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 117-123, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a13v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2014.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna.** v. 41, nº. 4, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 06 de outubro de 2014.

KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. Psiquiatr.** Rio Grande do Sul; 33(2), p. 76-79, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082011000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de novembro de 2014.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LEOPARDI, M. T., et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2001.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. Foco (Brasília)**, n. 3, v. 3, p.119-22, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2015.

MALDONADO-DURÁN, J. M. **Salud mental perinatal**. Washington, D. C. Organización Panamericana De La Salud, 2011.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 17 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, vol. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2014.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Depression**. 2011. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>>. Acesso em: 28 de agosto de 2014.

OLIVEIRA, F. B. et al. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry on line Brasil**. Vol. 14, nº 9, 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 14 de novembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra, 2011.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2015.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 3 ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

RAMOS, C.S. et al. Perfil do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8 (suplem), p. 85-91, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2015.

REIS, L. A. et al. Atuação do enfermeiro do programa de saúde da família frente ao indivíduo portador de transtorno mental. **C&D-Revista Eletrônica de Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 175-187, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/231/160>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2015.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2008.

RIBEIRO, A. C., RAMOS, L. H. D., MANDÚ, E. N. T. Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá – MT. **Cienc Cuid Saude**, v. 4, n. 13, p. 625-33, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20480>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2015.

RIBREIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 44, n. 2, p. 376-82, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

RIBEIRO, W. G.; ANDRADE, M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde**, v. 5, n. 1, p. 07-09, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/dpp3.pdf>>. Acesso em: 21 de outubro de 2014.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatr RS**, Vol. 29 (3), p. 274-280, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 de julho de 2014.

SANTANA, J. C. B. et al. Caracterização das vítimas de tentativa de extermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) no município de Sete Lagoas e região. **Revista Bioetikos**. 5 (1): 84-92. Centro Universitário São Camilo, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art10.pdf>>. Acesso em: 06 de dezembro de 2014.

SANTOS, M. F.; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. Psiquiatr Clin**. São Paulo. 26 (2): 90-5, 1999. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo%2890%29.htm>>. Acesso em: 28 de julho de 2014.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), vol. 32, nº1, Porto Alegre, mar, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100021>. Acesso em: 28 de julho de 2014.

SILVA, F. C. S. et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paul Enferm**. 23(3): 411-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf>>. Acesso em: 17 de novembro de 2014.

SILVA, S. A. et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper com o modelo Flexneriano. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Vol. 1, n. 1, p.30-39, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/14>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2015.

SOUZA, P. A. **(In)experiência dos profissionais da estratégia saúde da família na identificação e assistência às mulheres com depressão pós-parto**. [manuscrito], 22f., 2011. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/954>>. Acesso em: 21 de outubro de 2014.

SPAGNUOLO, R. S. et al. O enfermeiro da estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc. Cuid. Saúde**, vol. 11, n. 2, p. 226-234, abr/jun, 2012. Disponível em:<

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10445/pdf>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2015.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP – Manole, p.452, 2008.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun, 2010. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a15v11n2.pdf>. Acesso em: 17 de outubro de 2014.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 27 (Supl II): S 56-64, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462005000600005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 06 de novembro de 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE FORMAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Idade: _____ anos.

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil:

() Solteiro(a) () Casado(a)/União estável

() Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a)

Ano de formação: _____

Possui especialidade: () Sim () Não

Caso possua especialidade, qual a área? _____

Há quanto tempo trabalha na Estratégia de Saúde da Família? _____

Local de atuação: () Zona Rural () Zona Urbana

DADOS VOLTADOS PARA O OBJETIVO DA PESQUISA

1. Que ações você utiliza no seu local de trabalho para prevenir a depressão pós-parto?
2. Em qual (is) oportunidade (s) você utiliza essas ações de prevenção da depressão pós-parto?
3. Quais são as estratégias adotadas por você para implementar as ações de prevenção da depressão pós-parto?
4. Quais as dificuldades que você encontra para implementar as ações de prevenção da depressão pós-parto?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa “Ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família para prevenção da depressão pós-parto”, sob a responsabilidade da pesquisadora Claryssa Queiroz de Oliveira, a qual pretende analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Município de Cajazeiras - PB para prevenir a depressão pós-parto. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas inerentes a temática citada.

Sua participação na pesquisa poderá implicar em risco mínimo de ansiedade e constrangimento. Se o (a) Sr. (a) aceitar participar, estará contribuindo para a elaboração de estratégias e direcionamento de ações que atuem na melhoria do desempenho dos profissionais e suporte da assistência prestada na Estratégia Saúde da Família.

Se após o seu consentimento de participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente da razão que o levou a essa decisão e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A sua participação não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo. Ainda, a pesquisadora compromete-se a seguir os padrões éticos definidos na Resolução do CNS 466/2012.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Claryssa Queiroz de Oliveira no endereço Rua Químico Francisco Braga Barreto S/N, Casas Populares, Cajazeiras-PB ou pelo telefone (83) 9819-2909, com a professora orientadora Dr^a. Álissan Karine Lima Martins através do telefone (88) 9909-1559 e e-mail: alissankarinhte@gmail.com ou ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande situado na rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n – Casas Populares, Cajazeiras – PB, ou através do Telefone: (83) 3532-2000.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____/_____/_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Data

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 55/2014-CCGE/UAENF/CFP/UFCG


Cajazeiras, 24 de outubro de 2014.

Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

À: Coordenadora da Rede Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras
Sra. Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

Ao tempo em que cumprimento V. senhoria, solicito permissão para a aluna Claryssa Queiroz de Oliveira, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO, sob a orientação da professora Dra. Álissan Karine Lima Martins.

Atenciosamente,


Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Mat. S/APE: 1663760

Recibido em 30/10/2014 às 07:40

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escolar/Programa Saúde na Escola

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA MUNICIPAL /DEPARTAMENTO DE DEUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO”, a ser desenvolvida pela pesquisadora, Claryssa Queiroz de Oliveira, sob orientação da Professora Dra. Alissan Karine Lima Martins está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

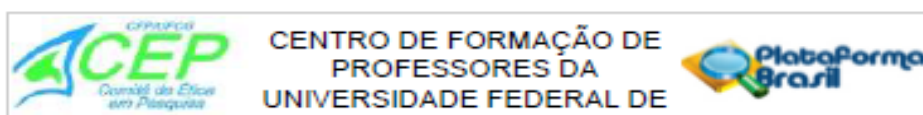
Sem mais,

Atenciosamente,


Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Departamento de Educação em Saúde

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Pesquisador: Ailssan Karine Lima Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39129014.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 941.592

Data da Relatoria: 28/01/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO, 39129014.0.0000.5575 e sob responsabilidade de Ailssan Karine Lima Martins trata de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa com enfermeiros vinculados as Unidades Básicas de Saúde do município de Cajazeiras-PB

Objetivo da Pesquisa:

O projeto AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO tem por objetivo principal Analisar as ações utilizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Município de Cajazeiras - PB para prevenir a depressão pós-parto.

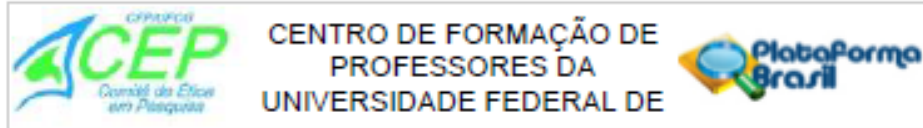
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO é importante por contribuir para informações sobre o

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 941.592

tema

por parte dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Alissan Karine Lima Martins redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto AÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO, número 39129014.0.0000.5575 e sob responsabilidade de Alissan Karine Lima Martins.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 29 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br