

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NAYARA TORRES QUINTÃO

**O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Governador Valadares / Minas Gerais

2014

NAYARA TORRES QUINTÃO

**O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Roselane da Conceição Lomeo

NAYARA TORRES QUINTÃO

**O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Roselane da
Conceição Lomeo

Banca Examinadora:

Prof.: Ms. Roselane da Conceição Lomeo

Prof.: Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 25/01/2014.

RESUMO

O presente estudo é de caráter descritivo e qualitativo, baseado no diagnóstico situacional realizado junto à equipe de saúde da família da cidade de Jaguaraçu – MG. O estudo retrata sobre a depressão pós-parto (DPP), por esta causar grande impacto na vida das mulheres, devido as várias alterações nos aspectos fisiológicos, sociais, emocionais, psicológicos e culturais, e por ser compreendida como um problema de saúde pública. Ressalta-se que o diagnóstico nem sempre é fácil, e para que seja realizado de forma eficaz, é necessário que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados e capacitados para que os sinais e sintomas sejam identificados. Para tal, deve-se melhorar o atendimento, e realizar o diagnóstico em tempo hábil para promover as ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação de mulheres acometidas pela DPP. O objetivo do estudo é desenvolver um plano de ação para intervir junto às puérperas da área de abrangência da equipe de saúde da família da cidade de Jaguaraçu – MG, que apresentam depressão pós-parto. A pesquisa foi primordial para o reconhecimento dos sintomas de DPP na puérpera, mostrando a importância do trabalho da equipe de saúde no papel do acompanhamento de mulheres que apresentam esta patologia, e na realização de estratégias para atuar na promoção da saúde da mulher e seus familiares, e na prevenção de agravos, e visando a humanização pós-parto.

Palavras chave: Depressão pós-parto, Humanização pós-parto, Puérpera.

ABSTRACT

This study is descriptive and qualitative, based on the situation analysis conducted by the team of family health city Jaguaraçu - MG. The study portrays about postpartum depression (PPD), for this cause great impact on the lives of women, due to various changes in physiological, social, emotional, psychological and cultural aspects, and be understood as a public health problem. It is emphasized that the diagnosis is not always easy, and to be carried out effectively, it is necessary that health professionals are adequately prepared and trained for the signs and symptoms are identified. To do so, we must improve customer service, and perform diagnosis in a timely manner to promote the prevention, promotion, treatment and recovery of women with PPD. The objective of the study is to develop an action plan to intervene with the puerperae the area covered by the family health team city Jaguaraçu - MG, who have postpartum depression. The research was essential for the recognition of symptoms of PPD at postpartum, showing the importance of the health care team working in the role of monitoring of women who have this condition, and carry out strategies to act in promoting the health of women and their families, and prevention of injuries and targeting postpartum humanization.

Keywords : Postpartum Depression, Humanization postpartum, Puerperal.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1	O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.....	11
3.2	Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil.....	12
3.3	Identificação precoce da depressão pós-parto.....	13
3.4	Fatores de risco para a depressão pós-parto.....	14
3.5	Atuação da equipe de saúde na depressão pós-parto.....	15
4	OBJETIVOS.....	18
4.1	Objetivo Geral.....	18
4.2	Objetivos Específicos.....	18
5	METODOLOGIA.....	19
5.1	Desenvolvimento do estudo.....	19
5.2	Plano de Ação.....	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada um fenômeno, especialmente, significativo na vida da mulher. É compreendido como um processo delicado, em que ocorrem modificações biológicas, emocionais, subjetivas e sociais, capazes de envolver não apenas a mulher, mas também seu companheiro e a teia de inter-relações a qual pertencem. Portanto durante o período da gravidez, a mulher se encontra mais sensível e precisa de maior atenção (MALDONADO, 2000; ISERHARD; BUDÓ; NEVES, *et al*, 2009).

De acordo com Pereira e Bachion (2005), diante de tantas modificações físicas, e de tantas mudanças na vida da mulher, certamente o fator psicológico será afetado. Ela passa por crise adaptativa e, portanto, por desarmonia entre o corpo, mente e espírito. Ainda, acrescenta Silva (2002), que os sentimentos da mulher na gestação oscilam entre medo, angústia, desesperança, insegurança e felicidade, também, quando a gravidez não é desejada pela família há uma sobrecarga emocional sobre a mulher, tornando-a mais vulnerável e mais necessitada de apoio.

Soares (2006) reforça que na medida em que a gestação evolui, a mulher apresenta alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas que vão se exacerbando com a proximidade do parto. A chegada do nono mês traz várias modificações fisiológicas: o feto ganha peso e volume, aumentam as contrações, intensificam-se as ansiedades. Com a proximidade do parto, é gerado na mulher o temor à morte, à dor, ao parto traumático. Surgem dúvidas e medos em relação ao bebê e vários questionamentos se apresentam, como exemplo: se o bebê vai nascer antes, depois ou dentro do prazo previsto, se o bebê nascerá “normal” ou com alguma deficiência, ou, ainda, se vai sobreviver ou morrer (SOARES, 2006; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Na sequencia, outra preocupação tem sido a depressão pós-parto, por ser considerado um problema de grande importância na saúde pública, que causa transtorno na saúde materna e no desenvolvimento do filho. Segundo Abou-Saleh e Ghubash (1997), este transtorno se inicia, na maioria das vezes, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns da depressão pós-parto são pensamentos suicidas, desânimo, insônia, sentimentos de culpa,

diminuição do apetite, da libido, medo de machucar o filho, ideias obsessivas e diminuição da concentração.

Assim, umas das intervenções que podem ser desenvolvidas são o monitoramento do humor após o parto, principalmente nas mulheres que já tiveram depressão pós-parto anteriormente; visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde, com maior frequência para uma melhor interação e percepção do quadro clínico, se tornando mais eficaz para identificar mulheres com risco para depressão pós-parto; manter os familiares cientes do problema de saúde da parturiente e, se necessário, assumirem as funções da mãe na atenção à criança, com o apoio da Equipe. Neste processo, o envolvimento da família é essencial para que a mãe consiga superar e reverter o quadro da doença, evitando o máximo de consequência para a criança.

Portanto, no processo do pré-natal, além do atendimento médico, deve conter um trabalho educativo realizado pelos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, voltado para as gestantes através da formação de grupos de gestantes, com o objetivo de oferecer informações importantes sobre a gestação e cuidados com o recém-nascido (MINAS GERAIS, 2006).

Neste sentido, é importante que a equipe de saúde tenha maior atenção ao cuidado e atendimento durante o puerpério, tanto em relação à mãe, quanto ao recém-nascido, com o objetivo de intervir através da promoção da saúde dos familiares de da sociedade no geral (CHAIN, 2000).

Pois, percebe-se que durante este período a mulher sofre diversas e profundas transformações, tanto na parte hormonal como emocional. Estas mudanças ocorrem muito rápidas no corpo da mulher. Logo após o parto, a mulher ainda está na fase de transição, quando seu corpo, ainda, não voltou às condições anteriores, apresentando o abdômen em protrusão, mantendo aspecto de grávida. Portanto, neste período, é de fundamental importância a atenção do profissional de enfermagem voltada para a puérpera.

Assim sendo, a assistência à saúde da mulher, tanto no puerpério, quanto nas outras etapas do ciclo gravídico-puerperal, ainda é precária. Existe um distanciamento entre a assistência preconizada e a assistência que tem ocorrido, tendo em vista que a complexidade do puerpério exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo multiprofissional do tipo interdisciplinar, que rompa com a visão

fragmentada da especialidade para que mãe-filho possam a ser assistidos de forma integrada (NASCIMENTO, 2002).

O acompanhamento do profissional de enfermagem é importante para a mulher neste período da vida, pelo fato deste, possuir habilidades e conhecimentos para disponibilizar de estratégias que vão ser eficientes para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde. Para tal, o profissional promoverá ações de educação em saúde englobando a família e a mulher, com foco nas atividades de vida diária, proporcionando uma melhora no autocuidado, cuidados com o recém-nascido, propiciando o bem-estar geral.

Neste foco, o profissional de enfermagem pode desempenhar atividades fundamentais como, a orientação para o autocuidado, para prevenção e detecção precoce de complicações que possam ocorrer no período puerperal. Portanto, a função de educar na enfermagem seria conduzir o indivíduo sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade, valorizando as pessoas como ser humano (RIOS; VIEIRA, 2007).

Portanto, os problemas que possam atingir a mulher na fase puerperal podem ser amenizados através da comunicação enfermeiro-paciente, com foco nos problemas, interesses, e nas alterações de humor da mulher. Neste processo educativo, é preciso que o profissional de enfermagem saiba ouvir e dar respostas que confortem a paciente. Dugas (1978) reforça que a reação do profissional perante os problemas da mulher podem ser decisivas para o sucesso ou o fracasso das ações educativas.

Portanto, as orientações devem ser devidamente contextualizadas ao cuidado e embasadas em uma relação de confiança entre enfermeiro-parturiente para repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestos pela mulher, mas também culminar em adaptação saudável da puérpera ao seu papel materno (RIOS; VIEIRA, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo irá contribuir para o conhecimento científico sobre o processo de humanização no pós-parto, entendendo a mulher em sua singularidade e, através deste conhecimento, a equipe de saúde poderá adquirir recursos estratégicos em relação à abordagem à paciente.

No entanto, é importante que o serviço de saúde esteja organizado e capacitado para o enfrentamento do problema relacionado às necessidades da mulher no pós-parto de forma adequada.

O presente estudo contribuirá na capacitação de cada profissional em relação a importância do atendimento adequado e das necessidades da paciente, priorizando o atendimento humanizado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê

Muitos pesquisadores contribuíram para a investigação do evento depressão pós-parto na interação mãe-bebê. Por exemplo, Spitz (1979), ao tratar sobre a depressão pós-parto, assinalou que a "perda" da mãe que entra em depressão não é uma perda física, como quando a mãe morre ou desaparece. Segundo o autor, trata-se de uma perda emocional, na medida em que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera o comportamento que a identificavam como um "objeto bom" para a criança. Para o autor, mesmo que a mãe se mantenha fisicamente como era anteriormente, o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão instalada na mãe, na medida em que a mesma mostra-se emocionalmente mais distante. Tal perda, segundo Spitz, só pode ser vivenciada de forma semelhante no primeiro ano de vida, sendo específica desse período.

Contudo, Brazelton e Cramer (1992) salientam que a depressão materna no período pós-parto se apresenta com frequência e afeta a interação da mãe com o bebê, inclusive prejudicando-o pelo fato de o mesmo perceber o descaso da mãe.

Mazet e Stoleru (1990) colocam que, as mães deprimidas apresentam insegurança em suas capacidades maternas, que interfere na relação com o bebê, causando um afrouxamento da atenção da criança e o desvio do olhar, situação característica de uma pequena rejeição. Esta falta de atenção da criança faz com que a mãe se sinta rejeitada, parando de interagir com o bebê neste momento.

O estudo realizado por Stern (1997) sobre a experiência interativa através de microeventos entre bebês e mães deprimidas foi descrito como eventos triviais e de menor duração que proporciona um impacto na vida do bebê. Um dos microeventos citado pelo autor se refere a quando a mãe se expressa com os olhos e o rosto no momento em que o bebê lhe faz um sorriso. Neste momento, o bebê conseguiria perceber que a mãe está deprimida pelas alterações no seu comportamento e pela falta de proximidade da mãe com relação à criança.

A literatura a respeito da depressão pós-parto tem reforçado a interferência deste evento na interação da mãe com o bebê, com foco nos primeiros meses de vida do bebê, e, também, os efeitos da intensidade e duração da doença. Tanto que, Campbell, Cohn e Meyers (1995) demonstraram que o impacto da depressão na interação face-a-face estava associado ao tempo de permanência do diagnóstico.

Field (1995) relatou que as crianças que tiveram mães deprimidas no período dos primeiros meses após o parto, e que a patologia não persistiu até os seis meses de vida da criança, o bebê não se apresentou depressivo, quando observado até período dos doze meses. Porém, mães em que a depressão persistiu além dos seis primeiros meses tiveram bebês que se apresentaram depressivos com um ano de idade. Com base nesses resultados, os autores chamaram a atenção para a necessidade de se distinguir entre depressão transitória e prolongada quando se avaliam os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê.

Stern (1997) destaca que a mãe deprimida expressa pelo menos quatro situações de experiências subjetivas, sendo:

- A primeira acontece no momento em que a mãe perde o contato visual com o bebê e não faz esforço para voltar com o contato.
- A segunda é caracterizada quando o bebê percebe que a mãe está com microdepressão, e tenta reanima-la em relação ao interesse pela vida. E não sendo a depressão total e nem constante, o bebê pode adquirir o sucesso nesta reanimação da mãe.
- A terceira ocorre quando o bebê ao perceber que está em segundo plano na vida da mãe procura restabelecer o vínculo através de outras formas de estimulação.
- A quarta refere-se quando o bebê sente vontade de conviver com a mãe não deprimida.

3.2 Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil

A literatura aponta que crianças de pais deprimidos têm de duas a cinco vezes maiores possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento (DODGE, 1990).

Para os autores Cummings e Davies (1994) no cuidado para com a depressão pós-parto deve-se considerar o contexto familiar de forma ampliada, o quanto a mãe foi afetada pela depressão em relação ao comportamento, a cognição e suas emoções, e o grau de depressão que a criança pode vir a apresentar.

Pois, um ambiente familiar desfavorável, com ocorrências de brigas conjugais constantes na presença da criança pode afetar o desenvolvimento da mesma. Os estímulos ambientais não são considerados um recipiente passivo, tanto que os autores supracitados ressaltaram que os efeitos da interação e do ambiente estão

relacionados com o desenvolvimento da criança, podendo afetar as emoções e o comportamento.

Stern (1997) aponta que fatores de influências patogênicas poderiam estar associados a fatores sociais, econômicos e culturais, mas que só teriam um impacto sobre o bebê na medida em que influenciassem a díade mãe-bebê

Os estudos revisados são consistentes ao afirmar que a depressão materna após o nascimento do bebê implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente, no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e de comportamento da criança.

3.3 Identificação precoce da depressão pós-parto

Na tentativa de verificar a existência da relação entre a gravidez indesejada e o risco para depressão, os estudos de Schmiege e Russo (2005), identificaram que mulheres com nível de escolaridade mais alto e melhor rendimento financeiro apresentavam menor risco para depressão, e que a existência prévia de transtorno mental pode ser o mais importante fator associado ao risco de se apresentarem novos episódios no puerpério.

Para Jablensky *et al.* (2005) a não intervenção adequada relacionadas aos transtornos puerperais podem gerar graves complicações como: infanticídio e o suicídio. A doença psíquica instalada na gestação e no puerpério, pode levar a outras graves consequências e complicações, como: anormalidades placentárias, hemorragias e sofrimento fetal. O diagnóstico de depressão em mulheres desempenham constantes complicações na gravidez, trabalho de parto e período neonatal.

Mulheres diagnosticadas com estresse pós-traumático podem apresentar complicações de risco como: gravidez ectópica, abortamento espontâneo, hiperemese gravídica, crescimento fetal excessivo e contrações uterinas prematuras (SENG. *et al.*, 2001).

De acordo com Schmidt; Piccoloto e Muller (2005) os profissionais de saúde devem procurar informações sobre o cotidiano da mulher durante o período gestacional, parto e puerpério. Informar se a mãe está sendo assistida por alguma rede de apoio social, para acompanhar as mudanças psíquicas no pós-parto. As queixas apresentadas pela mulher referente a depressão pode ser confundida com outro problema de saúde, sendo necessário que o profissional tenha cautela no

momento de diagnosticar e reconhecer a patologia instalada. Portanto, deveram ser adotadas medidas para detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, destacando a importância na prevenção da patologia e das consequências que a mesma pode causar no convívio entre mãe e filho.

Com base na prevenção da depressão pós-parto, os profissionais da Equipe de Saúde desempenham papel importante quanto ao reconhecimento, diagnóstico e encaminhamento da gestante e sua família para atendimento especializado com profissionais da saúde mental (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Portanto, deve-se considerar que as mulheres devem ser acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família durante o pré-natal e puerpério. O profissional de saúde deve estabelecer bom vínculo com a paciente para facilitar a interação profissional-paciente, e tornar possível a corresponsabilização entre as duas esferas.

3.4 Fatores de risco para a depressão pós-parto

Os principais fatores de risco psicossociais relacionados à depressão no puerpério, de acordo com a literatura, são idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge), apresentar pouco suporte social, personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas), esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias, suporte emocional deficiente e, abortamentos espontâneos ou de repetição (BECK, 2002; BOYCE e HICKEY, 2005; BOTEGA, *et al.*, 2006;).

De acordo com Bloch *et al.* (2005), pode haver relação estreita entre mulheres mais suscetíveis aos transtornos do humor no puerpério com diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual, que apresentaram sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do pós-parto, ou que tiverem história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais.

Boyce (2003) descreve que os fatores psicossociais são predominantes para o esclarecimento desta doença, e colabora para a elaboração da prevenção e a forma de tratamento e recuperação. Andrews-Fike (1999) e Boyce (2003) enfatizaram que a depressão pós-parto tem como fator de risco os fatores psicossociais.

Outros autores também sugerem que uma depressão não tratada durante a gestação está associada a um risco aumentado de depressão pós-parto, ideação suicida e tentativas de suicídio (BONARI, *et al.*, 2004). Smith, *et al.* (2004) retrataram que se a mulher tiver o sentimento de estresse no período gestacional, este fato pode apresentar predisposição para a depressão pós-parto.

Segundo Cramer e Palácio-Espada (1993), as mudanças e alterações de contato entre a mãe e seu filho não estão relacionadas com patologias já existentes na mãe e sim relacionadas à depressão adquirida no pós-parto. Dennis (2004) afirmou que há relações de que a depressão pós-parto está influenciada com o estado de humor da mãe no pós-parto.

Mulheres insatisfeitas com sua imagem corporal podem apresentar depressão durante o período gestacional e puerperal (WALKER, *et al.*, 2002).

McCoy, Beal e Watson (2003) estudaram os hormônios como a progesterona, o estradiol, o CRH, o TSH, o T3, o T4, o cortisol e a prolactina como fatores endócrinos com relação na DPP associados aos fatores psicossociais em pesquisas com animais. Nos estudos, verificaram que experiências precoces adversas tem como resultado alterações dos níveis de glicocorticoides em adultos, proporcionando o aumento dos níveis basais e os níveis de resposta ao estresse. Os autores concluíram que se ocorrer o mesmo resultado em seres humanos, o índice de depressão poderia aumentar.

3.5 Atuação da equipe de saúde na depressão pós-parto

Coutinho e Saraiva (2008) e Silva-Guedes *et al.* (2003) afirmaram, que a atuação preventiva das equipes multidisciplinares durante a gestação pode proporcionar a nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. No entanto, é importante permitir que a gestante expresse seus temores, queixas e ansiedades, podendo o profissional de enfermagem proporcionar assistência e orientação durante o acompanhamento do pré-natal, pois o atendimento precoce representa prevenção, ao qual traz grandes repercussões futuras.

O vínculo e a confiança entre a equipe de saúde e a gestante têm ocorrido a partir do momento em que a gestante é recebida na unidade de saúde para a realização de consultas pré-natais. Neste sentido Brasil (2001b), esclarece que a

tecnologia e os avanços científicos no contexto da gestação tem proporcionado aos profissionais da saúde o atendimento mais humanizado a mulher.

Para Brasil (2001a), os profissionais de saúde estão bem capacitados para o atendimento a mulher em todo o ciclo de sua vida, proporcionando a promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Silva e Botti (2005) salientam que os profissionais de saúde devem ter conhecimentos diversos para atuar em várias áreas da saúde, considerando o indivíduo como um todo.

Borges (2001) mencionou que toda a equipe de enfermagem deve procurar estabelecer com a paciente um relacionamento de confiança, e observar seu comportamento, prestar cuidados específicos, caso ela esteja deprimida; estimular e oferecer atividades construtivas; observar e ouvir atentamente indícios de ideia suicida; e estimular os cuidados pessoais como higiene, vestuário e alimentação.

Os autores Azevedo e Arrais (2006) e Maldonado (2002) descrevem que as reuniões de grupos com gestantes, realizadas por profissionais da saúde, são imprescindíveis no período do pré-natal, quando as gestantes relatam e compartilham suas vivências, com o intuito de aliviar os sentimentos de culpa, diminuir a insegurança, o sentimento de inferioridade e as expectativas sobre o bebê, ajudando na compreensão sobre o período que está passando, esclarecendo todas suas dúvidas.

No entanto, a equipe de saúde deverá realizar o monitoramento de todo o período de gestação focado no atendimento mais humanizado, pois, através do mesmo ocorrerá um maior vínculo na relação mãe e filho, contribuindo, e ajudará na prevenção, no diagnóstico, e no tratamento da depressão pós-parto. Gonçalves e Machado (2008) advertem que é preciso conhecer as necessidades da puérpera, seus planos e projetos e compreender a singularidade de cada pessoa.

Silva-Guedes *et al.* (2003) acreditam que os enfermeiros ao perceberem qualquer alteração psíquica da paciente, devem colocar a família ciente do que está acontecendo. Ressaltam, ainda, que o trabalho em equipe dos profissionais de saúde pode contribuir para que a paciente se sinta acolhida e confiante para expressar seus sentimentos. Assim, proporcionarão uma melhor superação das dificuldades da depressão pós-parto tanto pela paciente, quanto pelos familiares.

O profissional de enfermagem é o facilitador e colaborador para que a mulher desenvolva habilidades para desempenhar o autocuidado e transformar a sua

condição de saúde. A intervenção pode ser estruturada a partir de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos educativos e ações na comunidade (BRASIL, 2001b).

O acompanhante da puérpera é muito importante e fundamental para que a interação seja mais eficaz na tentativa de buscar algum relato de dificuldade que a mesma tenha omitido e que a enfermagem não tenha observado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Desenvolver plano de ação para intervir junto à puérperas que apresentam depressão pós-parto da área de abrangência da equipe de saúde da família da cidade de Jaguaraçu – MG.

4.2 Objetivos Específicos

- Evidenciar como a enfermagem pode contribuir na prevenção da depressão pós-parto;
- Identificar os problemas de saúde pública que interferem na identificação precoce da depressão pós-parto;
- Capacitar os profissionais para fornecer um atendimento adequado, satisfatório e eficaz a puérpera;
- Traçar metas de enfrentamento da depressão pós parto com o apoio dos profissionais de saúde, parentes e amigos da puérpera.

5 METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter descritivo e qualitativo, baseado no diagnóstico situacional realizado junto à equipe de saúde da família da cidade de Jaguaraçu, MG. Foi realizada uma revisão bibliográfica considerando os descritores: enfermagem e depressão pós-parto nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de setembro a dezembro de 2013, de artigos de língua portuguesa.

Foram utilizados, também, dados secundários dos Manuais do Ministério da Saúde, SIAB, DATASUS e IBGE.

Para melhor compreensão do desenvolvimento do presente estudo, é importante citar que a pesquisa descritiva não tem a pretensão de explicar, mas sim, descrever os acontecimentos de um fenômeno ou uma determinada população (BRASILEIRO; SANTOS, 2007). E ainda, que a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, pressupondo uma metodologia própria (GOLDENBERG, 1997).

Portanto, a análise qualitativa é uma atividade intensa que busca um entendimento particular do que foi pesquisado, exigindo uma sensibilidade para a compreensão e não explicação dos fenômenos estudados (RAMPAZZO, 2002).

O plano de ação será realizado com foco no problema de saúde que é a depressão pós-parto. A elaboração será feita pela equipe de saúde do município de Jaguaraçu- MG, com o intuito de realizar cada etapa a fim de atingir os objetivos.

5.1 Desenvolvimento do Estudo

O tema escolhido originou-se de minha experiência como enfermeira da estratégia saúde da família, durante o período de três anos e três meses, com trabalho dedicado a Unidade de Saúde Lagoa do Pau distrito de Jaguaraçu, MG. Portanto, foi neste distrito que identifiquei as dificuldades das puérperas em lidar com as transformações fisiológicas sofridas durante o puerpério.

Para chegarmos à identificação do problema, a equipe teve que distribuir tarefas e realizar o levantamento de dados secundários a partir dos registros de dados obtidos por mulheres em reuniões realizadas na unidade de saúde sobre saúde da mulher, onde as mulheres relatavam seus problemas e dificuldades que enfrentaram durante a gestação e após o parto. Fizemos a discussão das impressões iniciais do diagnóstico situacional e a elaboração do relatório. A análise dos dados foi realizada com a ajuda de toda a equipe. Chegamos à conclusão, através de uma reunião planejada com toda a equipe para a discussão sobre o assunto, de que entre os problemas mais vivenciados pelas mulheres destacava-se a depressão pós-parto. Através do Quadro 1, o problema discutido com a equipe de saúde.

Quadro 1- problemas, indicadores e fonte do problema citado pela Equipe de Saúde

PROBLEMA	INDICADORES	FONTES
Falta de intervenções educativas para as puérperas	A partir do levantamento sobre o diagnóstico situacional do município de Jaguarçu pude perceber o principal problema que a população da Lagoa do Pau enfrenta. Os indicadores que levaram ao problema foram obtidos por meio da análise dos relatos de mulheres em reuniões realizadas na unidade de saúde.	- médico - enfermeiro - agente comunitário de saúde

A identificação das causas de um problema é fundamental para o sucesso no enfrentamento do mesmo, pois, por meio de uma análise cuidadosa das causas, é possível se obter maior clareza sobre onde atuar ou quais causas deverão ser atacadas. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre outras causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, ou seja, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizaremos o conceito do “nó crítico”, representado no Quadro 2.

Quadro 2- Representação do nó crítico

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de informação	Saber mais – Aumentar o nível de informação da população e principalmente das mulheres sobre as patologias em puerperas.	Maior entendimento da população a respeito da depressão pós-parto.	Elaborar reuniões com a comunidade, trabalhadores da saúde e os gestores para se ter uma maior compreensão sobre o tema proposto.	- Recursos cognitivos = informação sobre o tema; - Recursos políticos = mobilização social em torno das questões; - Recursos físicos = conseguir um espaço para a realização das reuniões.

Os recursos críticos são considerados indispensáveis para a execução de uma operação, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para, então, criar estratégias para que possa viabilizá-los.

A identificação dos recursos críticos para posterior execução das operações constitui em uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano, como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Recursos críticos

RECURSOS CRÍTICOS
Disponibilizar materiais para a organização das reuniões; Estabelecer horários e dias fixos para realização das reuniões; Fomentar sobre a importância da participação da comunidade nas reuniões.

5.2 Plano de Ação

Após a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização do problema depressão pós parto, partimos para a construção do plano de ação com suas etapas fundamentais para atingir os objetivos.

No entanto, este processo demanda um trabalho em equipe com a responsabilização e compromisso nas ações. Assim, elaboramos passo a passo o planejamento.

Para apresentar as operações, os nós críticos e as ações estratégicas, elaboramos o Quadro 4.

Quadro 4 – operações e ações estratégicas para o plano de ação

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
Saber mais – Aumentar o nível de informação das mulheres e da população sobre as patologias em puérperas.	Disponibilização de materiais para a organização das reuniões;	Prefeitura Municipal, Recursos humanos da Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de saúde, Enfermeiro Médico	Favorável	Apresentar o projeto na reunião do conselho de saúde e reunião de equipe da UBS.
	Estabelecimento de horários e dias fixos para realização das reuniões;			
	Fomentar sobre a importância da participação da população.			

No Quadro 5 apresentamos a elaboração do plano operativo do planejamento. A principal finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 5 –Ações estratégicas e responsáveis pela realização

AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Apresentar o projeto das reuniões, solicitar o espaço físico para as reuniões.	Nayara (Enfermeira), Enísia (Tec. de Enfermagem), Dayson (Secretário de saúde)	Apresentar o projeto em quatro meses e iniciar as atividades.
Realizar o acompanhamento das puérperas de forma contínua e sistematizada a fim de detectar sinais e sintomas da depressão pós-parto.	Nayara (Enfermeira), Médico.	Após um mês da apresentação do projeto.
Iniciar o tratamento o mais rápido possível para que não cause nenhum dano ao crescimento e desenvolvimento da criança.	Nayara (Enfermeira), Médico.	Imediato.

Para o acompanhamento dos projetos foi elaborado o Quadro 6 apresentando a operação Saber Mais. É fundamental que toda a equipe esteja atenta,

acompanhando cada passo e resultados das ações implementadas, para, então, fazer as correções necessárias que garantam a qualidade do trabalho.

Quadro 6 – Operação Saber Mais

OPERAÇÃO “SABER MAIS”						
PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO	AVALIAÇÃO
Definir cronograma para reuniões com a população, trabalhadores da saúde e gestores para esclarecer sobre como agir e colaborar no atendimento a mulheres com depressão pós parto.	Dayson de Souza (Secretário de saúde) Nayara Torres Quintão (enfermeira)	5 meses	A população sem conhecimento sobre o tema.	Autorização do secretário Municipal de saúde para a elaboração desta proposta.	4 meses	Avaliação após seis meses do início do projeto

O Quadro 7 apresenta o monitoramento da planilha, em que consiste em um esforço institucional com propósitos semelhantes aos da avaliação, porém, realizado de forma mais permanente ou, ou seja, no decorrer de um período de tempo mais prolongado. Mostra-se, portanto, mais adequado para indicar tendências das variáveis selecionadas na avaliação.

O Quadro 7 - Monitoramento da planilha

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO						
INDICADORES	MOMENTO ATUAL		EM 6 MESES		EM 1 ANO	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Número de gestantes Período: agosto 2013	13					
Número de gestantes acompanhadas Período: agosto 2013	13					
Número de gestantes menor que 20 anos Período: agosto 2013	3					
Número de gestantes com pré-natal no mês Período: agosto 2013	13					
Número de gestantes com pré-natal no 1º trimestre Período: agosto 2013	13					
Número de gestantes com vacina em dia Período: agosto 2013	13					
Número de pessoas Período: julho 2013	2844					
Número de famílias Período: julho 2013	869					

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Através do quadro de monitoramento será realizado o acompanhamento, com a atenção voltada aos dados obtidos pela fonte do Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB. A partir dos dados, a equipe de saúde irá avaliar todos os indicadores e construir o plano de ação proposto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho pôde-se concluir que, os estudos analisados demonstraram que a mulher durante o período gestacional se encontra mais sensível e necessitada de carinho, apoio e ajuda da família. A família, geralmente, é que oferece o primeiro suporte repassando os conhecimentos populares transmitidos de geração a geração.

Da mesma forma, o conhecimento sobre os aspectos multifacetados dos transtornos psicoafetivos da mãe, após o nascimento do bebê, representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados.

É importante que a equipe de saúde contribua para o desenvolvimento das ações educativas, considerando os aspectos socioculturais das puérperas, levando em conta seus valores e suas crenças. Neste contexto, deve-se respeitar e considerar o estado de saúde da puérpera, os sentimentos da mulher em relação às transformações corporais, o autocuidado e os devidos cuidados com o bebê.

Ainda, a prática educativa se insere no cuidado da puérpera em todos os contextos.

Os profissionais de saúde devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo que não está bem com a paciente. Acreditamos que o trabalho interdisciplinar pode transformar este momento em uma fase em que a paciente se sentirá mais confiante para expressar seus sentimentos.

Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento a puérpera com depressão é de suma importância para fornecer um atendimento adequado, satisfatório e eficaz, pois o enfrentamento da depressão trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e/ou de suporte diante da crise.

Os benefícios da atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães, são atitudes que representam também um grande benefício às crianças, pois, de acordo com a literatura, existem evidências de correlação entre desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos.

A partir do desenvolvimento do plano de ação, poderá ser realizado o acompanhamento das gestantes e puérperas, com o monitoramento a equipe de

saúde da família, visando a humanização pós-parto e conseqüentemente minimizando os problemas relacionados ao pós-parto.

REFERÊNCIAS

ABOU-SALEH, M. T; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. **Acta Psychiatr Scand**, v.95, n.5, p.428, 1997.

ANDREWS-FIKE, C. A review of postpartum depression. Prim Care Companion. **Journal clinical psychiatry**, v.1, n.1, p.9-14, 1999.

AZEVEDO, K. C; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica**. Brasília, v.19, n.2: p.269-276, 2006.

BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. **Journal obstetric gynecology neonatal nursing**. v.31, n.4: p.394-402, 2002.

BLOCH, M. *et al*. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **J Affect Disord**. v.88, n.1: p.9-18, 2005.

BONARI, L.; BENNETT, H.; EINARSON, A.; KOREN, G. Risks of untreated depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**. v.50: p.37-39, 2004.

BORGES, T. M. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, p.122, 2001.

BOTEGA, N. J. *et al*. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, p.341-354, 2006.

BOYCE, P.; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. v.40, n.8: p.605-612, 2005. Disponível em: <www.springerlink.com>. Acesso em: 12 set. 2013.

BOYCE, P. M. Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. **Archive of Woman Mental Health**. v.2: p.43-50, 2003.

BRASILEIRO, A. M. M.; SANTOS, V. P. **Estilo e Método: produção de trabalho acadêmico**. Ipatinga: Damasceno, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_13.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F.; MEYERS, T. Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. **Developmental Psychology**. v.31: p.349-357, 1995.

CHAIN, A. P. N. **Puerpério, autocuidado e cuidados com o recém-nascido: um relato de experiência / Puerperium, self care and infant care: case report**. Novo Cruzeiro; UFMG; 20000000. 24 p. ilus. Biblioteca J. Baeta Vianna- Campus Saúde UFMG.

CRAMER, B.; PALÁCIO-ESPADA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**. Rio de Janeiro, v.8, n.3: p. 759-773, dez., 2008.

CUMMINGS, M. E.; DAVIES, P. T. Maternal depression and child development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.35: p.73-112, 1994.

DENNIS, C. L. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? **Journal of Affective Disorders**. v.78, n.2: p.163-169, 2004.

DODGE, K. A. Developmental psychopathology in children of depressed mothers. **Developmental Psychology**. v.26: p.3-6, 1990.

DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Interamericana, p.526, 1978.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Infant Behavior and Development**. v.18: p.1-13, 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOLD, L.H. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. **Prim Care**. v.29, n.1: p.27-41, 2002.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.42, n.3: p.461-466, set., 2008.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego psia/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método Mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**; v.16, n.4: p.626-35, 2007.

ISERHARD, A. C. M.; BUDÓ, M. L. D.; NEVES, E. T. *et al.* Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc. Ana Nery Rev. Enferm.** v.13, n.1: p.116-22, 2009.

JABLENSKY, A. V. *et al.* Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **Am J Psychiatry.** v.162, n.1: p.79-91, 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez parto e puerpério.** 15ªedição. São Paulo (SP): Editora Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puérperio.** 16ªedição. São Paulo (SP): Editora Saraiva, 2002.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MCCOY, S. J.; BEAL, J. M.; WATSON, G. H. Endocrine factors an postpartum depression: A selected review. **Journal of Reproductive Medicine.** v.48, n.6: p.402-408, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado e Saúde. **Protocolo Viva Vida de Atenção ao pré-natal, parto e puerpério.** Belo Horizonte: SAS/SES, 2ªEdição: p.84, 2006.

NASCIMENTO, J. C. M. **Ações educativas direcionadas à puérpera.** Belo Horizonte: UFMG: p. 22, 2002.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. **Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante pré-natal.** Ver. Bras. Enferm., Nov/dez, v.58, n.6: p.659–664, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica:** para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Layola, 2002.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva,** n.12, v.2: p.477-486, 2007.

SCHMIDT, B. E.; PICCOLOTO M. N.; MÜLLER C. M. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.** Psico-USF, v.10, n.1: p.61-68, jan./jun. 2005.

SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. **Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study.** BMJ v.331, n.7528: p.1303, 2005.

SENG, J. S. *et al.* **Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications.** Obstet Gynecol. v.97, n.1: p.17-22, 2001.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.07, n.02: p.231-238, ago., 2005.

SILVA-GUEDES, D.; SOUZA, M.; MOREIRA, V.; GENESTRA, M. Depressão pós-parto prevenção e consequências. **Rev. Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v.3, n.2: p.19-62, set., 2003.

SILVA, W. V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Manole, 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_m3qyrpknOYC&oi=fnd&pg=PA7&dq=cultura+na+gravidez&ots=D4lhF3zUDL&sig=88bDMdta2HxbvePH5srKtzu2Eo8#v=onepage&q=cultura%20na%20gravidez&f=false>. Acesso em: 07 out. 2013.

SMITH, J. W.; SECKL, J. R.; EVANS, A. T.; COSTALL, B.; SMYTHE, J. W. **Gestational stress induces postpartum depression-like behaviour and alters maternal care in rats**. *Psychoneuroendocrinology*. v.29, n.2: p.227-244, 2004.

SOARES, D. C. **Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar**. [dissertação de mestrado] Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, 2006.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WALKER, L.; TIMMERMAN, G. M.; KIM, M.; STERLING, B. **Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse low income woman**. *Woman Health*. v.36, n.3: p.101-121, 2002.