

HELEN FRANCO ZEMUNER MASTELLINI
KEYLLA REGINA DA SILVA

DEPRESSÃO PÓS PARTO: uma questão de saúde pública

HELEN FRANCO ZEMUNER MASTELLINI
KEYLLA REGINA DA SILVA

DEPRESSÃO PÓS PARTO: uma questão de saúde pública

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família, do Centro Universitário Filadélfia - UniFil, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Ms Maria Lúcia da Silva Lopes

Londrina
2012

HELEN FRANCO ZEMUNER MASTELLINI
KEYLLA REGINA DA SILVA

DEPRESSÃO PÓS PARTO: uma questão de saúde pública

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família, do Centro Universitário Filadélfia - UniFil, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Aprovada em: ____/____/____

Profª Ms. Maria Lúcia da Silva Lopes
Orientadora

Profª Dra Damares T. Biazin
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, por nos permitir mais esta conquista e estar sempre ao nosso lado nos momentos difíceis.

À nossas famílias e amigos em especial aqueles que são mais próximos de nós, pois foram eles que nos momentos em que pensamos em desistir nos motivaram e nos deram apoio, carinho e amor.

À Prof^a. Ms. Maria Lúcia da Silva Lopes nossa orientadora, pelo empenho, credibilidade e paciência da qual nos conduziu ao longo do desenvolvimento deste trabalho, não medindo esforços para que fosse um desafio, permitindo nosso crescimento pessoal e profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP - Depressão Pós-Parto

PSF - Programa Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

APA - *American Psychiatric Association*

EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

PDSS - *Postpartum Depression Screening Scale*

ECT - Eletroconvulsoterapia

LOAS - Lei Orgânica de Assistência à Saúde

ABS - Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ESF - Estratégia da Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

MASTELLINI, H. F. Z; SILVA, K. R. **Depressão Pós-Parto: uma questão de saúde pública**. 2012. 29f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família). Centro Universitário Filadélfia – Unifil.Londrina, Pr., 2012

RESUMO

A Depressão Pós-Parto refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto e atinge de 10 a 12% das mulheres parturientes, devendo, portanto, ser tratada como questão de saúde pública no Brasil. Investigações acerca da depressão puerperal mostram-se importantes à medida que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê. O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa bibliográfica para identificar quais os principais sinais e sintomas que conduzem uma equipe do Programa Saúde da Família ou um psicólogo do (NASF) a uma hipótese diagnóstica de depressão pós parto. Além de elucidar qual o papel e conduta desenvolvida por tais profissionais para que se chegue à identificação deste problema. As condições de tratamento para a depressão pós parto, apresentam boas perspectivas dentro do sistema de saúde nacional do Brasil. Pelo menos há um programa que condiciona legalmente, responsáveis e ações que devem ser conduzidas para o tratamento integral da mulher. Uma vez que a visão holística foi implementada no contexto dos trabalhos de assistência à saúde, deve existir uma conduta de se focar não apenas um tratamento em busca da cura mas sim o que é mais importante: a prevenção.

Palavras-chave: Depressão pos-parto. Atenção primária à saude. NASF. CAPS. Psicologia.

ABSTRACT

The Postpartum Depression refers to a set of symptoms that usually begin between the fourth and eighth week after birth and affects 10-12% of women pregnant women and should therefore be treated as a public health issue in Brazil. Investigations show about postpartum depression is important as the mother's depressive state can have a negative effect on the establishment of the first interactions with the baby. The objective of this study was to perform a literature search to identify which key signs and symptoms that lead a team of Family Health Program or a psychologist (NASF) to a diagnosis of postpartum depression. Besides elucidating the role and conduct developed by these professionals in order to reach the identification of this problem. The conditions of treatment for postpartum depression, have good prospects within the national health system of Brazil. At least there is a program that conditions legally responsible and actions that should be conducted for the comprehensive treatment of women. Since the holistic view has been implemented in the context of the work of health care, there must be a focus of conduct not just a treatment in search of healing but what is more important: prevention.

Key Words: Postpartum depression. Primary health. NASF. CAPS. Psychology

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA.....	10
3	DEPRESSÃO POS-PARTO	11
4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DEPRESSÃO POS-PARTO.....	14
4.1	PAPEL DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
4.2	PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	18
4.3	PAPEL DOS PSICÓLOGOS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.	19
5	DISCUSSÃO.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1 INTRODUÇÃO

A palavra depressão pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Pode estar associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda ao longo da vida de um indivíduo. Já como uma síndrome ou doença inclui alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (FELIX; GOMES; FRANÇA, 2008).

Segundo Ruschin et al. (2007) no Brasil, a depressão atinge de 2 a 5% da população em geral, com predomínio no sexo feminino, principalmente diante de eventos vitais marcantes como a gestação, o parto e o período pós-parto. Estima-se que cerca de 20% das mulheres apresentarão depressão em alguma fase de suas vidas, o que torna este agravo sério problema de saúde pública.

A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 12% das mulheres parturientes. Segundo Schmidt; Piccoloto e Muller (2005) esses sintomas podem incluir irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas.

Schwebgber e Piccinini (2003) sugerem que, por vezes, os sintomas da Depressão Pós-Parto (DPP), podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento.

Para uma classificação didática dos transtornos de humor no puerpério é possível elencar outras duas categorias além da depressão pós-parto, a saber: *baby blues* (melancolia da maternidade) e as psicoses puerperais.

O *baby blues* caracteriza-se por uma depressão mais branda, labilidade emocional e choro fácil, atingindo cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto. Costuma ter remissão espontânea em cerca de 10 dias. Em virtude de sua elevada prevalência, é importante que a gestante receba todas as informações sobre a possibilidade desta alteração do humor, seus sintomas e caráter transitório, sendo orientada a procurar atendimento médico em caso de sua persistência por mais de duas semanas. Essa orientação deve ser realizada a princípio pelos profissionais da atenção primária (CAMACHO et al., 2006).

Já as psicoses puerperais, segundo Felix, Gomes e França (2008) ocorrem em uma proporção de 1 a 2 casos por 1.000 mulheres, apresentam sintomas acentuados, por vezes de natureza bipolar (mania frequente), com delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, humor deprimido, ideação suicida e/ou infanticida, dentre outras alterações. Os sintomas por muitas vezes requerem tratamento intensivo e até mesmo hospitalização, ocorrendo nas duas primeiras semanas após o parto.

Existe uma série de estudos evidenciando uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, além do não planejamento da gestação, do nascimento prematuro, da morte do bebê, da dificuldade em amamentar e das dificuldades no parto. Logo, há indícios de uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que possam significar risco para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Investigações acerca da depressão puerperal mostram-se importantes à medida que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê, uma vez que estas se caracterizam por um menor nível de atividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna.

Segundo Frizzo e Piccinini (2005) mães deprimidas tendem a ser menos responsivas ao interagirem com seus bebês que, por sua vez, tendem a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não-deprimidas. Tal interação traz consequências ao desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. Mesmo as formas mais brandas de depressão materna podem afetar o bebê, uma vez que ele consegue perceber as mínimas deficiências na contingência do comportamento materno.

Segundo Frizzo e Piccinini (2005) crianças de pais deprimidos têm de duas a cinco vezes, maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento. Por esses motivos é importante que haja uma avaliação precoce da depressão já durante a gestação, pois uma vez diagnosticado o quadro depressivo, viabiliza-se a realização de intervenções, o qual tem como um dos objetivos principais o apoio neste momento importante de transição. Da mesma maneira, o diagnóstico da depressão após o nascimento do bebê representa também a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

É nesse sentido que ainda segundo Saraiva e Coutinho (2008) os profissionais que atuam na área de atenção primária a saúde precisam estar atentos para a importância de intervenções que tragam benefícios à relação mãe-bebê. A atuação preventiva das equipes

multidisciplinares pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mas para isso deve-se ter um olhar diferenciado para a mãe, como um todo, ou seja é preciso levar em conta os aspectos biológicos, emocionais, sociais, econômicos, as relações de trabalho, os outros filhos, e não ver apenas a criança. Além disso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

Abre-se aqui um parêntese para salientar a necessidade de publicações de trabalhos voltados a DPP na Estratégia da Saúde da Família, ou seja, na Rede Primária de Atendimento, visto que há escassez na literatura científica. Encontra-se uma diversidade de material bibliográfico relacionada ao tema de maneira a abordar os sintomas, conceitos, epidemiologia, porém poucos materiais que abordem experiências do PSF, dos ACS e dos psicólogos do Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF).

Diante desses dados, o objetivo desta pesquisa é identificar quais os principais sinais e sintomas que conduzem uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e/ou um psicólogo do (NASF) à uma hipótese diagnóstica de depressão pós parto. Além de elucidar qual o papel e conduta desenvolvida por tais profissionais para que se chegue a identificação deste problema.

Tais informações serão pertinentes para elaboração de um diagnóstico situacional no que diz respeito a essa depressão no Brasil e conhecer a realidade em relação à atenção primária dispensada às mulheres com DPP no PSF e NASF. Para isto, será realizada uma pesquisa bibliográfica que aborde o tema em questão.

2 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, foi realizada uma revisão da literatura científica publicada no período de 2000 a 2012, No entanto foram necessárias fontes mais antigas para o aprimoramento de idéias e conceitos sobre o tema.

Trabalhos de revisão bibliográficos de acordo com Biazin e Scalco (2008) são desenvolvidos a partir de materiais já elaborados, constituídos principalmente de livros e artigos científicos que analisam de forma aprofundada o tema, abrange um período ou época, e permite ao investigador a cobertura ampla do assunto. Trata-se, portanto, de um tipo de texto que reúne e discute informações produzidas na área de Depressão Pós Parto.

O passo inicial na construção efetiva de um protocolo de investigação foi à pesquisa bibliográfica, quer dizer, após a escolha do tema foi necessário fazer uma revisão bibliográfica do tema apontado.

O trabalho foi desenvolvido entre abril e setembro de 2012. As bases de dados utilizados foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), COCHRANE, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), e Manuais e documentos do Ministério da Saúde. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: melancolia, depressão, psicose e pós-parto. E os descritores da saúde coletiva: enfermagem, epidemiologia, prevenção & controle, psicologia, reabilitação, terapia.

Os artigos e textos foram analisados buscando responder os objetivos do estudo e estão apresentados de forma analítica e descritiva.

3 DEPRESSÃO POS-PARTO

Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais Cantilino et al. (2010) afirmam que a disforia puerperal, a depressão pós-parto (foco deste trabalho) e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto. Atualmente, além dessas três categorias diagnósticas, os transtornos ansiosos no pós-parto também têm sido muito estudados.

A depressão pós-parto é outro agravamento específico das mulheres e tem sido caracterizada como um transtorno mental específico, necessitando de intervenções diferenciadas. Embora certa tristeza pós-parto seja bastante frequente, esta costuma ser autolimitada e sem maiores consequências. Infelizmente, o mesmo não pode ser dito da depressão pós-parto, em especial naquelas com sintomas psicóticos, que tem graves consequências para o binômio mãe-filho. Também costumam ser pouco detectadas, até porque as mulheres têm dificuldade em verbalizar sentimentos negativos de tristeza, desesperança e dificuldades com o nascimento do filho, perante uma sociedade que espera que este seja um momento de grande alegria (BRASIL, 2009, p. 127).

A DPP pode ser também denominada de depressão puerperal, depressão maternal ou depressão pós-natal, e segundo Moura; Fernandes e Apolinário (2011) é uma síndrome psiquiátrica importante capaz de acarretar uma série de consequências negativas na interação mãe/filho. Para Moraes et al. (2006) a DPP é uma expressão do sofrimento e da dor humana, atinge um número significativo de mulheres no mundo. Rodrigues *et al.* (2006) definem DPP como um transtorno do humor que tem seu início, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, sendo que sua intensidade máxima se dá nos seis primeiros meses, podendo ser de intensidade leve e transitória ou, ainda, agravar-se até uma neurose ou desordem psicótica. No entanto Klaus, Kennell e Klaus (2000) sugerem que, algumas vezes, os sintomas da DPP podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento.

Este transtorno acrescenta Moraes *et al.* (2006), é acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, seus sintomas multivariados, sendo investigado como um tipo de depressão. É considerada uma forma não patológica de sofrimento psíquico, em virtude de ser uma reação a estímulos externos ao indivíduo.

Quanto aos sintomas complementam Schwengber e Piccinini (2003) além das queixas psicossomáticas, a depressão refere-se a um conjunto de sintomas, que podem incluir irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e de motivação, desinteresse sexual, transtornos de sono e da alimentação, sensação de incapacidade de lidar com novas situações.

Sua etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000; SCHMID; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005). Os principais fatores de risco psicossociais relacionados à DPP são a 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, desemprego do cônjuge e apresentar pouco suporte social (CAMACHO et al., 2006).

Embora não se conheça claramente sua etiologia Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) afirmam que alguns fatores podem contribuir para a precipitação da DPP, entre os quais eles citam: baixa condição socioeconômica; não aceitação da gravidez; maior número de gestações, de partos e de filhos vivos; menor tempo de relacionamento com o companheiro; história de problemas obstétricos; maior tempo para tocar no bebê após o nascimento; violência doméstica; pouco suporte por parte do companheiro; sobrecarga de tarefas; e experiência conflituosa da maternidade.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) para ser diagnosticada com depressão puerperal a mãe deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas citados a seguir, que devem se manifestar quase todos os dias: uma grande tristeza de natureza prolongada, baixa auto estima, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono e/ou do apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio.

Existem várias escalas disponíveis para o rastreamento da DPP, afirmam Pereira e Lovisi (2008) porém, o melhor momento para a utilização e sua aplicabilidade em populações multiculturais, ainda não foram estabelecidas. As mais amplamente utilizadas estão a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS). No entanto, as escalas de rastreamento não são utilizadas na rotina assistencial, mas amplamente utilizadas em pesquisa, e com bons resultados. A diversidade de instrumentos com enfoque no rastreamento de DPP ou risco do desenvolvimento favorece a utilização da escala apropriada para os diferentes serviços de saúde, nos diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A DPP é um agravo de elevada prevalência no Brasil e ocorre em 10 e 20% das mulheres (IACONELI, 2005; MORAIS et al., 2006; FELIX, GOMES, FRANÇA, 2008). As variações entre os índices de prevalência se dão conforme afirmam Moraes et al. (2006) em

virtude do uso de critérios de diagnósticos e métodos diversos, bem como a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados. Já outros autores afirmam que a prevalência de DPP é de 10-15% (SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005; CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; CAMACHO *et al.*, 2006). O risco de recorrência é de 50% e aproxima-se dos 100% em mulheres com algum histórico de transtorno de humor e DPP prévios (CRUZ, SIMÕES, CURY, 2005; MORAES, 2006).

Pesquisas têm utilizado técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários a outras formas de tratamento. A maioria das intervenções psicossociais e hormonais tem-se mostrado pouco eficiente. Entretanto, resultados de estudos focados sobre psicoterapia interpessoal, estratégias cognitivocomportamentais e intervenções farmacológicas têm-se evidenciado eficientes (CAMACHO *et al.*, 2006, p. 97).

Conforme afirmam Félix, Gomes e França (2008) o Ministério da Saúde não publicou diretrizes a respeito do tratamento farmacológico da DPP, porém a psicoterapia é indicada como tratamento coadjuvante. O tratamento farmacológico para a DPP deve ser cauteloso em virtude de todas as medicações psicotrópicas serem excretadas no leite materno em graus variados. Os autores ainda acrescentam a importância que os fatores de risco tem para a depressão no ciclo gravídico-puerperal e também a vulnerabilidade biológica para os transtornos de humor no puerpério sejam reconhecidos, para que possa existir a prevenção utilizando estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais.

Estudiosos como Rodrigues *et al.* (2006) evidenciaram que a DPP é um problema latente e um campo aberto e amplo a ser estudado, em virtude de sua realidade cada vez mais constante no cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica Saúde. Isto é importante, pois a detecção e a intervenção precoce evita o agravamento do processo.

Além disto, Valença e Germano (2010) afirmam que DPP é um problema de saúde pública de elevada prevalência, apresenta uma série de aspectos semelhantes a um quadro depressivo comum. A gravidez e o puerpério são fases críticas na vida feminina, pois promovem diversas transformações de ordem biopsicossocial, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante.

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DEPRESSÃO POS-PARTO

A saúde é um direito de todo cidadão, sendo uma obrigação do estado oferecer condições a toda população de ter um serviço de saúde com qualidade. Em relação à organização do direito básico à saúde, a Constituição Federal de 1988 preconiza como direito de todos e dever do Estado, o qual deverá assegurar:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

E o artigo 2º da Lei Orgânica de Assistência à Saúde - LOAS (Lei nº 8.080/90) reafirma que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 01). Por se tratar de tema prioritário ao interesse público, deve ser garantia de todos, em caráter igualitário, a acessibilidade em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário, conforme a necessidade de cada indivíduo ou grupo populacional, por meio de ações e serviços organizados de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

A Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária à saúde (APS), foco deste trabalho, é um termo que se caracteriza por um conjunto de ações voltadas à saúde no âmbito individual e coletivo abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural. (BRASIL, 2009a, p. 09).

Diante deste contexto e visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, como resposta a implantação do Programa Saúde da Família (PSF, 2000). O atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal está previsto nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde e desenvolvida pelos profissionais de saúde nos hospitais e nos centros de saúde da rede básica.

Já o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado em

março de 2004, e traz, como uma de suas ações estratégicas, a saúde da mulher portadora de transtornos mentais. Com isto, visa promover o diagnóstico oportuno e o tratamento das mulheres com quadro de depressão puerperal (BRASIL, 2004b). Em virtude disto Menezes et al. (2012, p. 17) afirmam que:

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade. As unidades básicas conseguem estabelecer um relacionamento mais próximo dos profissionais de saúde com a população.

A assistência pré-natal é indispensável para uma gravidez com qualidade de vida que refletirá em um pós-parto saudável. De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré Natal (BRASIL, 2000) é preciso acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias. O medo, as angústias, as fantasias e as dúvidas podem contribuir para que a depressão pós-parto se instale.

Santos Junior, Silveira e Gualda (2009) em seus estudos evidenciam que a depressão pós parto é um problema latente e um tema que deve ser explorado, sendo uma realidade cada vez mais constante no cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Os autores ainda salientam, que médicos e, particularmente, enfermeiros, encontram-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando, assim, o agravamento do processo da depressão puerperal.

É preciso ficar atento durante o acompanhamento á gestante no período do pré-natal, dando-lhe oportunidade de uma relação estratégica favorecendo a resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e em relação a situações psicossociais desfavoráveis que possam surgir durante este período. Assim é possível atuar não apenas no diagnóstico, mas também na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, a fim de modificar a elevada prevalência e o impacto social desse transtorno (FÉLIX, GOMES, FRANÇA, 2008).

Logo, Santos Júnior; Silveira e Gualda (2009) afirmam que é fundamental ter em mente a importância da atenção precoce na DPP, tendo em vista a possibilidade de intervenções profissionais que proporcionem às puérperas o apoio de que necessitam para enfrentar os desafios de ser mãe, sem perder sua identidade, inserção social e relação parental.

Assim, é necessário o conhecimento sobre a DPP para atuar no acolhimento e direcionamento adequado da gestante durante um pré-natal contínuo, humanizado e integral, em uma lógica de prevenção deste transtorno mental. No decorrer do pré-natal devem se

desenvolvidas ações preventivas, voltadas não somente à saúde da gestante, mas à saúde integral da mulher. Conhecer o contexto sócio familiar da gestante é importante também para identificar fatores de risco para a DPP e para realizar intervenções de apoio emocional ainda no ensejo da consulta de pré-natal (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Na década de 90, o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde, como também é denominada no país. Em virtude disto, o Ministério da Saúde em 1991 criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, dando prioridade a população materno-infantil. O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, quando emergiu do PACS (BRASIL, 1998).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde tem como ação qualificar os profissionais da rede SUS para o atendimento da mulher portadora de transtornos mentais, promovendo o acolhimento especializado. A rede básica tem que investir em seus profissionais da saúde, pois existe uma fragilidade na capacitação desses para atender problemas psicológicos. A melhoria das condições de saúde da mulher conforme afirmam Menezes et al. (2012) depende do sucesso das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e executadas pela equipe multiprofissional que atue por meio do atendimento individual ou em grupo e adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

Gomes *et al.* (2010) salientam que os distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe-filho e promove desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal. Além disto, aumentam as possibilidades de auto e heteroagressões. Sendo assim, o desequilíbrio gerado pela DPP repercute negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar.

Portanto, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é extremamente relevante para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação. Para isto, é necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que seja capaz de compreender a pessoa em sua totalidade (corpo/mente) e considerar o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual está inserida e estabelecer novas bases para o relacionamento dos profissionais de saúde, usuários e gestores envolvidos na produção de saúde. É preciso construir uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos

subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2009b).

O pré-natal pode representar a única oportunidade de assistência contínua à saúde, sobretudo nas mulheres de baixa condição socioeconômica. Sua importância pode ser reforçada porque se constitui num momento de intenso aprendizado, por estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às modificações e dificuldades no transcurso da gravidez e do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes destes períodos, ou seja, somando esforços na prevenção e no tratamento da DPP que irão traduzir no exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano (VALENÇA; GERMANO, 2010, p. 138).

O novo modelo de saúde de acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2004b), que visa a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos é condizente com os ideais da ESF, que em sua essência, deve trabalhar nesta mesma lógica, estando suas equipes fortemente empenhadas no trabalho com a comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva de melhoria das condições de vida da população. A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica e saúde da família são substitutivas ao modelo tradicional, atuando de forma renovada, evitando práticas arraigadas e criticadas, tais como a medicalização e a psiquiatrização do sujeito.

No âmbito da Saúde da Família insere-se a atenção integral à saúde da mulher que engloba e integra várias estratégias, entre as quais, à saúde mental. Dentre estas estratégias de Saúde mental, DPP é outro agravado específico das mulheres e tem sido caracterizada como um transtorno mental específico, necessitando de intervenções diferenciadas.

4.1 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF surgiu como uma estratégia de atenção em saúde possibilitando a implementação plena das diretrizes do SUS, colaborando para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações de qualidade de vida, e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços e da gestão, sendo regido pela lógica de vigilância à saúde (ROSA; LABATE, 2005). O modelo assistencial proposto pela Estratégia da Saúde da Família de acordo com Valença e Germano (2010, p. 138)

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

Spindola, Penna e Progiante (2006) vêem a assistência obstétrica, mais precisamente o pré-natal, através de visão holística, e com objetivo de identificar adequada e precocemente

as mulheres com mais chance de apresentarem uma evolução desfavorável, acolhendo-as desde o início de sua gravidez. As autoras salientam que o principal papel dos profissionais envolvidos neste tipo de atendimento é a escuta qualificada e atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos.

Ao se abordar a depressão no ciclo gravídico-puerperal é imprescindível identificar as mulheres com fatores de risco, por meio do acompanhamento durante o pré-natal, sendo-lhes dada a oportunidade de uma relação profissional de saúde/paciente. Assim, podem ser resolvidos eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas. Logo, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e impacto social desse transtorno (VALENÇA; GERMANO, 2010).

A equipe presta assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade e para o atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar. A equipe também desenvolve ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. Estas ações desenvolvidas pela equipe do Programa Saúde da Família se baseiam em diagnóstico aprofundado da comunidade abrangida por meio de indicadores socioeconômicos de saúde e de cadastramento de todas as famílias classificadas em grupo de risco, direcionando uma mudança de modelo de assistência à saúde, priorizando as atividades de proteção e promoção à saúde e fortalecendo o processo de participação popular (PSF, 2000).

Neste sentido foi analisado a partir de agora o papel dos Agentes Comunitários de Saúde e o papel dos psicólogos no atendimento primário da Depressão-pós Parto.

4.2 PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde através da portaria 648 definiu dentre outras questões, as atribuições dos profissionais do PACS e Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo comum

a todos os profissionais participar do processo de territorialização e mapeamento da área, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho; realizar o cuidado em saúde à população adscrita e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; proporcionar atendimento humanizado; participar das atividades de educação permanente, dentre outros, (BRASIL, 2004c)

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do Sistema Único de Saúde (SUS): a) ligados a uma Unidade Básica de Saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2004c).

O ACS tem como uma das exigências para ocupar o cargo ser membro da comunidade em que prestará serviço, servindo como elo entre esta e o restante da equipe e vice-versa, em uma atuação basicamente domiciliar e matricial, operacionalizando o princípio da integralidade, de inserção da saúde no contexto geral de vida. Eles são agentes de um processo político, pois sua inserção tem a potencialidade de viabilizar a organização e a transformação das condições de vida/saúde em uma comunidade (DIMENSTEIN et al., 2007, p. 89).

O ministério da Saúde entende que a ação em saúde mental também faz parte das atribuições dos ACS, sendo determinada por ações específicas no referido Programa em identificar portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio (2004b).

A ASF é o serviço adequado para receber mulheres com DPP, pois está inserida na atenção primária a saúde, sendo a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, garantindo a assistência e ações básicas de saúde. Neste sentido, os ACS fazem a articulação da rede de cuidados, promovendo ações de saúde diante do usuário da estratégia saúde da família, neste caso mulheres com DPP.

4.3 PAPEL DOS PSICÓLOGOS DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

O modelo da Estratégia da Saúde da Família prevê a contratação, pelos municípios, de equipes de saúde compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cuidar de um determinado número de famílias por território. Por sua grande complexidade, as ações dessas equipes acabaram por exigir a interferência de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de apoio

matricial (CFP, 2009).

Em virtude disto o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2008).

O NASF de acordo com Figueiredo (2012) é uma estrutura vinculada à atenção primária à saúde tendo dentre seus pressupostos a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde e humanização. Ele procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de Saúde da Família.

A composição do NASF é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Atua dentro de algumas diretrizes relativas a ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

O Ministério da Saúde adota um plano de apoio matricial como um arranjo organizacional através de ações conjuntas entre ESF e saúde mental através dos NASF. Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades. Desde janeiro de 2008 há regulamentação para a formação destas equipes, com recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2004b).

Os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis (CFP, 2009, p. 12).

No entanto, somente a partir de 2008 quando o Ministério da Saúde instituiu o NASF

por meio da Portaria nº 154, a psicologia foi oficialmente reconhecida como profissão na Atenção Básica. O NASF está organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, sendo que a constituição diferencia-se entre si pelo número de profissionais com formação universitária envolvidos, bem como ao número de equipes a que estão vinculados. Pelo menos um psicólogo deve fazer parte da equipe do Nasf independente de sua modalidade (FIGUEIREDO, 2012).

O NASF presta atenção aos usuários e aos familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate estão aputadas no sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (NUNAN, 2009).

A psicologia no NASF deve intervir com os usuários ou suas famílias para identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade, e desenvolver ações comuns nos territórios de sua abrangência, apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho com portadores de transtornos mentais comuns, severos e persistentes, ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e reintegração. O dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária deve ser a educação permanente (CFC, 2009).

Em relação à depressão pos-parto, escutar, acolher e apoiar essa mulher em suas angústias e dificuldades, mobilizando a rede social familiar e comunitária, apoiando sua elaboração e superação, diagnosticando e tratando seus sintomas conforme o grau de dificuldades que apresentem, é uma tarefa para ser desenvolvida pelas equipes de SF, com apoio do NASF (BRASIL, 2009a). Com relação a conduta do psicólogo da atenção primária não há um protocolo específico em que direcione o atendimento da mulher com depressão pós-parto. Quando se é possível identificar a DPP geralmente encaminham para "especialidade" que é a Atenção secundária (por exemplo os CAPS – Centro de apoio Psicossocial) para o tratamento (reabilitação) da paciente. Não ocorre o processo de prevenção psicossocial.

A psicologia pode contribuir com o NASF de maneira articulada com outros saberes, para na qualidade e na capacidade de resolver questões, podendo oferecer à população usuária do SUS mudança importante na lógica da saúde pública brasileira (CFC, 2009, p. 18).

5 DISCUSSÃO

A busca pela melhor forma de possibilitar um panorama saudável aos indivíduos na sociedade, passa por um esforço árduo de estudiosos e agentes que atuam diretamente com a área da saúde. O trabalho apresentado dimensiona um assunto complexo e de relevância social pelas ocorrências em uma importante situação do momento da vida da mulher: a gestação e a concepção do bebê.

A Depressão Pós-Parto a partir dos estudos levantados deve ser tratada como questão de saúde pública no Brasil devido a prevalência apresentada por diversas pesquisas que estimam que 10 – 20% das mulheres apresentam este transtorno. Trata-se, conforme, *Moraes et al*, (2006) de um transtorno acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, e que apresentam sintomas multivariados. Logo entende-se que é uma questão em que deve haver uma ação do poder público,

Complementando o processo de análise e diagnóstico do problema, para que se possa enquadrar a paciente no quadro de depressão pós parto e se possibilitar o tratamento específico, segue-se o que se prega o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (2002). Portanto, para ser diagnosticada com depressão, a mãe deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas que caracterizam o transtorno como: tristeza prolongada, baixa auto estima, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono e/ou do apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio

Segundo o panorama atual do contexto de saúde no Brasil, pode-se verificar que o problema está tendo um propósito de ação por parte do poder público interessante. Observou-se que a lei Magna do país, a constituição Federal de 1988 leva o mandamento legal do direito de todos e dever do Estado para com a saúde. Segundo o seu Art. 196 – “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Portanto, no Brasil a partir de 1994 foram organizados novos procedimentos mais incisivos de ação do estado na saúde do indivíduo. Vários programas foram melhorados e, à partir da implementação do Programa Saúde da Família (PSF, 2000), a população pode ter um tratamento mais individualizado e efetivo. Diante deste novo contexto, também se preconizou o atendimento à mulher.

A avaliação do ciclo grávido-puerperal está previsto nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde e é desenvolvida pelos profissionais de saúde nos hospitais e nos centros de saúde da rede básica,

bem como no PSF. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004 trouxe como uma de suas ações estratégicas, a saúde da mulher portadora de transtornos mentais. Com isto, visa promover o diagnóstico oportuno e o tratamento das mulheres com quadro de depressão puerperal. (BRASIL, 2004a).

Além destas ações, o Ministério da Saúde criou o NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2008).

Dessa forma é possível perceber que a Depressão Pós Parto não está sendo tratada de maneira conveniente por parte das autoridades públicas no país, pois há ações que visam a saúde da mulher neste momento de sua vida, entretanto não tem sido eficiente no tratamento da depressão pós parto, visto que a prevalência deste transtorno ainda é alta nesta população.

Há uma preocupação em se preservar o contexto que envolve o momento da gravidez, o durante, bem como após o parto. Estabeleceu-se que a eficácia de um tratamento seria completa com acompanhamento mais efetivo por parte não somente de um profissional, mas sim de vários especialistas à partir do momento que foram disponibilizados os programas de Saúde da Família. De acordo Manual Técnico de Assistência Pré Natal (BRASIL, 2000) é preciso acolher a mulher de forma holística. Todas as transformações deste importante momento da mulher precisam ser aceitos e controlados com a ajuda de profissionais para a eficiência dos tratamentos. Logo há a idéia de realizar um acompanhamento integral de apoio à mulher, o que envolve também o contexto sócio familiar e todos os fatores de risco que a mãe está envolvida.

Os novos programas à partir da constituição e do novo pacto nacional da saúde, consideram o programa de atenção à saúde da mulher, um projeto público acessível ao sistema de saúde nacional. Este contexto deve estar presente nas ações de saúde dos municípios, ofertados tanto nas Unidades Básicas de Saúde como nos Programas de Saúde da Família. Observa-se que o novo panorama de tratamento, com o contexto da saúde da mulher, condiciona um tratamento integral não limitando a mulher no aspecto materno somente, mas sim, no seu universo feminino amplo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de tratamento para o problema discutido, ou seja, a depressão pós parto, apresentam boas perspectivas dentro da Atenção Primária à saúde. Pelo menos há um programa que condiciona legalmente, responsáveis e ações que devem ser conduzidas para o tratamento integral da mulher. Especificamente no que se refere ao problema da depressão também denominada puerperal, há uma conduta um pouco mais incisiva através de programas como Saúde da Família.

Percebe-se particularmente, neste caso, por se tratar de um problema de natureza mais voltada ao contexto biopsicossocial, a efetividade de um tratamento realmente está em uma proposta de ação mais direta, como prevê os programas do Governo Federal apresentados como alternativa para um sistema que forneça tratamento universal e gratuito à população brasileira. Com relação a estes programas, proporcionam um atendimento mais próximo ao indivíduo, levando à casa do cidadão um tratamento mais multidisciplinar, pois vários profissionais estão envolvidos no atendimento. A equipe destinada ao trabalho, não atua apenas em ações de tratamentos, voltados para a cura de doenças ou traumas, mais agregou-se a prevenção.

Deve-se considerar que a importância desta ação direta é tão diretamente proporcional ao benefício que irá proporcionar, tratando e resolvendo o problema, quanto no agravamento da situação no caso de haver falhas no atendimento proposto. Portanto, a continuidade das ofertas de assistência neste contexto devem ser alvo de um propósito sério e contínuo.

O que se pode acrescentar para que se observe uma melhoria contínua no tratamento de problemas que envolvam a depressão pós parto, é instruir e treinar todos os profissionais. Neste sentido, insere-se a educação permanente destes profissionais, como uma estratégia de reflexão orientada para a transformação do processo de trabalho que envolva as necessidades de aprendizagem específicas da realidade de cada equipe de trabalho.

Desta maneira, é possível trabalhar adequadamente os diferentes problemas e contextos aos quais cada mulher estará envolvida. É um dos trabalhos mais delicados e cruciais no tratamento. Os detalhes que permeiam uma situação problema pode exigir não apenas assuntos de saúde pública, mas de assistência social, jurídica ou até mesmo de segurança pública.

Uma vez que a visão holística foi implementada no contexto dos trabalhos de assistência à saúde, deve existir uma conduta de se focar não apenas um tratamento em busca

da cura mas sim o que é mais importante: a prevenção. Com relação à saúde mental não é diferente, a prevenção envolve um acompanhamento mais amplo e efetivo, abrangendo todos os aspectos da vida do indivíduo e não apenas as questões biológicas.

Infelizmente as mulheres com DPP ainda são encaminhadas para o tratamento na Atenção secundária, no caso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após a identificação da doença. As autoras acreditam que isto ocorre em virtude da visão ainda biologicista em que se mantém a saúde no contexto atual, negligenciando todo o contexto social e história de vida desse sujeito que vem a adoecer.

Para transformar a visão biologicista para a visão holística implementada no contexto dos trabalhos de assistência à saúde deve-se ter um treinamento apropriado aos profissionais de saúde em “escutar” estes pacientes, não apenas enquanto pacientes, mas sim como sujeitos, para que assim se possa oferecer as informações e orientações de maneira adequada a cada caso. Em contrapartida o “falar” destes sujeitos já é catártico e terapêutico em si. Tais condutas auxiliariam a tornar o sistema de saúde pública no Brasil mais eficaz, principalmente com relação a DPP.

Mediante a revisão bibliográfica, observa-se pouca preocupação com a temática Depressão Pós Parto e Atenção Primária pela escassez de artigos publicados no Brasil nas bases de dados pesquisadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BLAZIN. Damares Tomasin Biasin; SCALCO, Thais Fauro. **Normas da ABNT e Padronização para Trabalhos Acadêmicos**. Londrina: editora Unifil, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Sistema Único de Saúde - SUS, **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197> Acesso em 18/08/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Atenção Básica. 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acesso em 31/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**. Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154**. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília. 2009b.

BRASIL. 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 Técnico. Brasília. 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília. 2011.

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al* . Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v. 33, n. 2, p.92-102, 2006 .

CANTILINO, Amaury *et al* . Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-94, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: CFP, 2009.

CRUZ, Eliane. Silva, SIMÕES, Glaucia Lucena; CURY, Alexandre Faisal. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005.

COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra; FIGUEIREDO, Bárbara. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 4, p.157-165, 2007.

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.

DIMENSTEIN, Magda. *et al.*. Saberes e fazeres de agentes comunitários de saúde frente à experiência da loucura. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n.1, p. 87-95, 2007.

FELIX, Giselle Maria. Araujo; GOMES, Ana Paula Ribeiro; FRANÇA, Paulo Sérgio. Depressão no ciclo gravídico Puerperal. **Com. Ciências Saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2008.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso em 29/08/2012.

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005

GOMES, Lorena Andrade *et al.* Identificação dos Fatores de Risco para Depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, v. 11, n. esp., p. 117-123, 2010.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, Julho-Agosto, v. 41, n. 4, 2005.

KLAUS, Marshall H. Klaus, KENNEL, John H., KLAUS, Phyllis H. Trad. Maria Rita Hofmeister. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: ARTMED, 2000. 187p.

MENEZES Francislene Lopes *et al.* Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. Saúde (Santa Maria), **Ahead of Print**, v.38, n.1, p. 13/22, 2012.

MORAIS, Inácia Gomes da Silva *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v.40,n.1, p. 65-70, 2006.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Marcia Astrês; APOLINARIO, Flayda Isabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, P. 445-450, 2011.

NUNAN Berardo Augusto. In: Conselho Federal de Psicologia. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 2009.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcus. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. Psiqu. Clín.**, v. 35, n. 4, p. 144-53, 2008.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, June 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25/08/2012.

RODRIGUES, Dafne Paiva et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 277-86, 2006.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34. 2005

RUSCHIN, Gustavo Enrico Cabral. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatria**, RS., v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 3, p. 516-24, 2009.

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 2, 2008 .

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Eliseth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v.32, n. 1, p. 159-66, mar 2011.

SCHWEBGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. Psicol**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005

SPINDOLA Thelma; PENNA Lucia Helena Garcia; PROGIANTI Jane Marcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 381-8, 2006.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. 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.