

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
(MESTRADO PROFISSIONAL) – PPGSCoI**

**SUZAMARA VIEIRA**

**(IN)VISIBILIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PUERPÉRIO NA ÓPTICA DE  
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CRICIÚMA  
2018**

**SUZAMARA VIEIRA**

**(IN)VISIBILIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PUERPÉRIO NA ÓPTICA  
DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry

**CRICIÚMA-SC  
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V658i Vieira, Suzamara.

(In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família / Suzamara Vieira. - 2018. 154 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Fabiane Ferraz.

Coorientação: Ingrid Dalira Schweigert Perry.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Sofrimento psíquico 3. Puerpério. 4. Saúde mental. 5. Integralidade em saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.19876

**SUZAMARA VIEIRA**

**(IN)VISIBILIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PUERPÉRIO NA ÓPTICA DE  
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Gestão do Cuidado e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 20 de dezembro de 2018

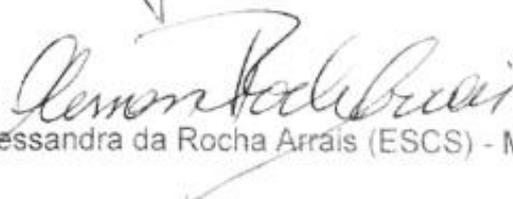
**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Fabiane Ferraz (UNESC) - Orientadora



Prof. Dr. Jacks Soratto (UNESC) – Membro PPGSCol



Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais (ESCS) - Membro Externo

## **Folha Informativa**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo Vancouver e as citações pelo sistema de chamada autor/data.

Este trabalho foi realizado junto a Estratégias de Saúde da Família em um município do sul do Estado de Santa Catarina/Brasil.

A dissertação apresenta fotos de obras de artes reconhecidas mundialmente, sendo todas devidamente referendadas com respectivo nome da obra, autor/artista e data. Acreditamos que tais obras promovam um movimento de despertar para o sensível e o estético que todos os profissionais da saúde deveriam incorporar em seu processo de trabalho sobre o tema da presente dissertação.

*Dedico este trabalho às minhas amigas Danyelle e Angelita, por compartilharem seus sofrimentos em sua singularidade, seja diante da ambivalência gerada com a chegada de um filho ou no despreparo da equipe na atenção a puérpera.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que é meu guia e me coloca diante da vida em sua companhia, sempre tão presente desde tão tenra idade.

À minha mãe, que em sua sabedoria soube me conduzir pelo caminho correto e sempre me instigou a dar o meu melhor.

Ao meu pai, homem inspirador, que sempre acreditou em meus sonhos, estando ao meu lado diante de todas as lutas, acolhendo minhas ideias e planos.

À minha irmã, que me inspira a ser cada vez melhor, por sempre acreditar em mim.

Ao meu noivo, Marcelo, grande incentivador nesta caminhada, estando a meu lado em todas as situações, compreendendo minha ausência e a minha ansiedade em tantos momentos.

Ao Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), organização não governamental onde trabalhei de 2008 a 2013, que me ensinou na prática a saúde coletiva, momento em que pude estar dentro da casa de mulheres, normalmente chefes de família, e ajudá-las a se descobrirem como mães.

À minha médica ginecologista, que me ajudou a perceber a necessidade das puérperas em saúde mental.

À minha coorientadora/orientadora Ingrid, que sempre tão amável não poupou esforços para descobrir o que desejaria pesquisar, sempre levarei comigo sua capacidade ética e afetiva na relação com seus alunos, muito obrigada!

À minha orientadora Fabiane Ferraz por sua paixão pela saúde coletiva, por sua criatividade e astúcia na docência e em pesquisa qualitativa, que me inspira na busca por ser uma pessoa e profissional melhor. O universo conspirou para que você estivesse nesta caminhada comigo, muito obrigada!

Aos professores e amigos que fiz nesta caminhada no PPGSCol, por me ajudarem a crescer técnica e afetivamente.

Aos profissionais das ESF participantes da pesquisa, que me acolheram em seus ambientes de trabalho e permitiram que tivesse acesso às suas histórias, a seus desafios e a seus anseios na busca pela integralidade da atenção.

Aos meus colegas de trabalho do Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), que sempre me incentivaram e instigaram-me nesta caminhada.

Aos membros da banca de qualificação e sustentação pelas valiosas contribuições.

Aos bolsistas que me auxiliaram no processo de transcrição das entrevistas, em especial a Gabriela Nava e a Diego Floriano de Souza.

Aos meus amigos, que sempre me incentivaram e torceram por mim na realização deste sonho.

À Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina pela bolsa concedida via Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (UNIEDU/FUMDES), que me possibilitou realizar o mestrado.



**Obra:** The Mother Leading Two Children

**Autor:** Pablo Picasso

**Ano:** 1901

## RESUMO

O presente trabalho se interessa pela realidade da assistência à saúde da mulher no puerpério, principalmente pelas demandas que emergem das vivências relativas à subjetividade feminina que podem ficar alteradas com a chegada de um filho. Ao considerar a integralidade da assistência como princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS), constatamos a necessidade de realizar estudos acerca da temática. Esse trabalho tem por objetivo analisar como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebem o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério e de que forma desenvolvem seu processo de trabalho junto às puérperas. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. Os aspectos éticos foram respeitados e a coleta de dados iniciou após a aprovação da pesquisa no comitê de ética sob parecer nº 2.305.035/2017. O período de coleta foi de out./2017-fev./2018, sendo utilizadas como técnicas a entrevista semiestruturada e a observação participante, com 20 profissionais de ESF de um município do sul de Santa Catarina/Brasil. Os depoimentos foram analisados à luz da Análise Temática de Conteúdo em pré-análise, com exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados apresentam a caracterização geral dos participantes e as seguintes categorias temáticas: Compreensão de sofrimento psíquico pelos membros da equipe de saúde da família; A integralidade da atenção à saúde da mulher no puerpério é incipiente e realizada por alguns membros da equipe de saúde da família; A integralidade da atenção à saúde da mulher no puerpério não ocorre no processo de trabalho da equipe de saúde da família. Os resultados expressam que a saúde psíquica da mulher no puerpério não é parte integrante do processo de trabalho das equipes. Embora reconheçam que o sofrimento psicológico é multifatorial e relacionado a aspectos intra e intersíquicos, o modelo biomédico ainda é soberano. Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico só é visto caso os profissionais constatem uma patologia instalada que justifique o sofrimento vivido pela puérpera; assim, diante da doença, passa a ser motivo de preocupação e encaminhamentos. O que prevalece é uma atenção fragmentada, aliada ao despreparo das equipes, com movimentos de gestão do cuidado que incentivam um modelo biologicista e protocolar, direcionado pelo foco de atenção especificado pelo Ministério da Saúde para esse tema, ou seja, que visa ao controle e monitoramento do pré-natal e acompanhamento do recém-nascido, limitando a atenção à mulher no puerpério aos aspectos relativos à sobrevivência do bebê, por exemplo, a questão da amamentação, sem foco na saúde da mulher de modo integral, em especial aos aspectos psicológicos. Portanto, o estudo revela a invisibilidade do sofrimento psíquico de puérperas atendidas por equipes de ESF. Diante dos achados, como produto da presente investigação, organizamos uma Mostra com obras de artes e relatos dos participantes, os quais retratam e problematizam a percepção dos profissionais sobre o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério, as quais visitarão de forma itinerante as ESF do município, a fim de que esse tema seja foco de diálogo e reflexões nas ações de educação permanente em saúde que ocorrem em reuniões de equipe e na comunidade.

**Descritores:** Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Período Pós-Parto; Sofrimento Psíquico; Integralidade em Saúde; Educação Permanente.

## ABSTRACT

The present work is interested in the reality of women's health care in the puerperium, especially the demands that emerge from the experiences related to female subjectivity that can be completely altered with the arrival of a child. Considering the integrality of care as a basic principle of the Unified Health System (UHS), we verified the need to carry out studies on the subject. This study aims to analyze how the Family Health Strategy (FHS) workers perceive the psychological suffering of women in the puerperium and how they develop their work process with the puerperal women. This is a qualitative, exploratory, and descriptive research. The ethical aspects were respected and the data collection began after approval of the research with the Ethics Committee under opinion no. 2.305.035/2017. The data collection period was from Oct/2017 to Feb/2018, and the techniques used were: Semi-structured interview and participant observation, with 20 FHS professionals of a city in the south of Santa Catarina/Brazil. The statements were analyzed in light of the Content Thematic Analysis in pre-analysis, material exploration; and, treatment of results and interpretation. The results present the general characterization of the participants and the following thematic categories: Understanding of psychological distress by members of the family health team; Integrality of women's health care in the puerperium is incipient and performed by some members of the family health team; Integrality of women's health care in the puerperium does not occur in the work process of the family health team. The results express that the psychic health of women in the puerperium is not an integral part of the work process of the teams, although they acknowledge that the psychological suffering is multifactorial and related to intra and inter psychic aspects, the biomedical model is still sovereign. In this perspective, the psychic suffering is only seen, if the professionals recognize an installed pathology that justifies the suffering lived by the women in the puerperium, thus, in the face of the disease, becomes a cause for concern and referrals. What prevails is a fragmented attention, allied to the unpreparedness of the teams, with care management movements that encourage a biological and protocol model, directed by the focus of attention specified by the Ministry of Health for this subject, that is, that aims at the control and monitoring of the prenatal care and monitoring of the newborn, limiting attention to the woman in the puerperium to the aspects related to the survival of the baby, for example, the issue of breastfeeding, without focus on women's health in an integral way, especially to the psychological aspects. Therefore, the study reveals the invisibility of the psychic suffering of puerperal patients attended by FHS teams. As a product of the present investigation, we organized an exhibition with art works and reports of the participants, which portrays and problematizes the professional's perception about the psychological suffering of women in the puerperium, which will tour the FHS of the municipality, so that this topic is a focus of dialogue and reflections on the actions of permanent health education that take place in team meetings and the community.

**Descriptors:** Mental Health; Family Health Strategy; Postpartum Period; Stress, Psychological; Integrality in Health; Education, Continuing.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
ILP	Instituições de Longa Permanência
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Psicose Puerperal
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diferentes características entre atenção convencional e atenção primária em Saúde.....	27
Figura 2. Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	29
Figura 3. Componente da Rede Cegonha .....	39

## LISTA DE TABELAS

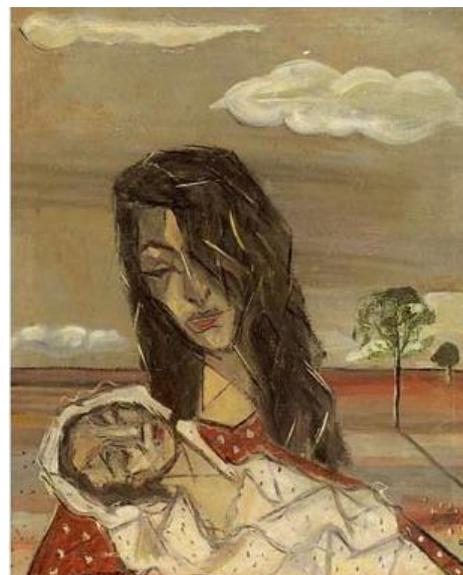
Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.....	60
Tabela 2: Tempo de atuação dos profissionais na atenção básica e em estratégia de saúde da família.....	61

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	22
1.3 OBJETIVOS.....	22
1.4 PRESSUPOSTOS.....	23
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MODELO ESTRUTURADO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE .....	24
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA .....	27
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	31
2.4 SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	34
2.5 SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO.....	35
<b>2.5.1 Saúde mental no período gravídico-puerperal .....</b>	<b>40</b>
<b>2.5.2 Transtornos puerperais: o sofrimento invisível da maternidade.....</b>	<b>42</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>49</b>
3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA.....	49
3.2 LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTE DA PESQUISA.....	51
3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	52
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>59</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	59
4.2 TEMÁTICA 1: COMPREENSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	61
4.3 TEMÁTICA 2: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO É INCIPIENTE E REALIZADA POR ALGUNS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	67
4.4 TEMÁTICA 3: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO NÃO OCORRE NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	89
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>117</b>

REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	133
ANEXOS.....	152

## 1 INTRODUÇÃO



**Obra:** Maternidade  
**Autor:** Tomás Santa Rosa  
**Ano:** 1909/1956

Nas ciências da saúde, existe uma tendência em fazer uma cisão entre mente e corpo, cujo enfoque, geralmente, dirige-se ao biológico. Essa postura leva à desvalorização dos aspectos subjetivos e do que é próprio da cultura; logo, os profissionais se limitam a compreender o processo saúde-doença do ser humano a partir de um “rol” de enfermidades preestabelecido, o qual dificilmente expressa a construção subjetiva do processo de adoecimento. Considerar o processo saúde-doença exclusivamente a partir do biológico “é uma cultura remanescente do modelo biomédico, de inspiração cartesiana, que consiste na expressão da visão mecanicista de vida que, ainda hoje, norteia as ciências biológicas e da saúde” (Arrais, 2005, p. 27).

A concepção biomédica é uma abordagem fundamentada em aspectos ligados exclusivamente a questões “anatomofisiológicas” (Pedrosa, 2005). Esse é somente um aspecto da vida e não expressa sua totalidade. Com este estudo, buscamos apresentar o que os profissionais de saúde realizam no seu processo de trabalho diante das necessidades subjetivas do puerpério, especificamente quanto ao sofrimento psíquico das mulheres. Contudo, nossa hipótese é de que o modelo biomédico ainda está arraigado às práticas de saúde e que ainda é necessário percorrer um longo caminho até que a integralidade da atenção seja um princípio ativo na prática da maioria dos profissionais da saúde.

As evidências não têm deixado dúvidas de que mesmo o sofrimento psíquico perinatal leve a moderado pode ter sérios efeitos negativos sobre mães e crianças, incluindo o aumento do risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer (Hobel, Goldstein, Barrett, 2008; Beck, 1999). Outros estudos têm indicado um comprometimento da vinculação mãe-filho (Moehler, 2006) e também um prejuízo à saúde mental da criança (Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb, Wittchen, 2010; Glasheen, Richardson, Fabio, 2010). No entanto, poucas mulheres no ciclo gravídico-puerperal procuram ajuda de forma espontânea (Dennis, Chung-Lee, 2006; Sharma, Sharma, 2012) e menos de 15% das mulheres grávidas ou no pós-parto recebem cuidados mentais necessários (Kingston, McDonald, Tough, Austin, Hegadoren, Lasiuk, 2014).

Os distúrbios psiquiátricos pós-parto têm sido amplamente subdiagnosticados. Devido a isso, ressaltamos a necessidade de que os profissionais estejam atentos a eles em sua rotina, no atendimento a gestantes e puérperas, pois a avaliação da saúde mental deve ser parte integrante do acompanhamento. Algumas ferramentas específicas podem auxiliar nesse processo, como o uso da "Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo", que pode auxiliar no rastreio e diagnóstico precoce de sintomas depressivos no pós-parto (Morris-Rush, Freda, Bernstein, 2003; Dennis, 2004). Dessa forma, os serviços em saúde podem atuar preventivamente e promover saúde ao minimizarem as crises, facilitarem o processo de construção da maternidade e potencializarem a relação entre mãe e filho.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A vida profissional deu-me oportunidades ímpares quando me possibilitou viver a experiência de trabalhar na área social e, posteriormente, clínica. Confesso que a primeira não era a "menina dos olhos", mas sorratamente o mundo do trabalho na psicologia abriu as portas à área social e justamente tendo como público-alvo as crianças que, para mim, recém-formada, eram uma grande responsabilidade, por acreditar que esse era o público mais peculiar com o qual eu poderia trabalhar.

Durante quatro anos e meio de minha carreira profissional, ainda iniciante, fiz o acompanhamento de um projeto no qual tratávamos crianças com desnutrição em situação de vulnerabilidade pela condição de pobreza. Essa patologia, que tem causa multifatorial, provinha de uma família de risco social, que normalmente tinha como

referência a figura materna, sendo que essas mulheres, em sua maioria, foram negligenciadas por suas famílias com limitações na garantia de seus direitos fundamentais. Nessa época, eu residia no Estado de São Paulo e pude conviver com pessoas engajadas que me ensinaram muito sobre “ser gente”, pois realmente lutavam pela causa das crianças e de suas famílias, as quais viviam as mazelas da pobreza em comunidades altamente carentes.

Aliada a essa experiência, conheci outros projetos e fiz grandes amigos. Nessa perspectiva, fui sendo munida de muitos olhares voltados à natureza do ser humano e, principalmente, à construção social da mulher, envolta em um mundo machista e preconceituoso onde, muitas vezes, perdem-se de si mesmas. Acompanhei muitas mulheres com filhos desnutridos, que não tinham a companhia de seus parceiros ou de familiares da forma como haviam almejado, mas que “tocavam” a vida em frente. O meu objetivo sempre foi tentar “tocar suas almas” e ajudá-las no encontro consigo mesmas para que, dessa forma, pudessem olhar para seus filhos.

Durante esse tempo, conheci mães incríveis, gestantes impetuosas, experiências singulares, que contrastavam com minha vivência profissional e fizeram com que eu acreditasse que era de extrema importância o olhar para a saúde mental da mulher no puerpério. Para tanto, concomitante ao trabalho social, passei a me especializar também na área clínica, sendo que a abordagem do estudo em questão era a precursora da psicoterapia de grupos. Por conseguinte, a paixão pelo “ser social” cresceu e se profissionalizou.

Nesse período, tive a oportunidade de acompanhar e conduzir belas experiências de grupos, fossem eles temáticos ou não. Dentre eles, pude participar de vivências de grupos de gestantes e sentir o quão essencial é esse trabalho para o desenvolvimento do papel de mãe. Dessa forma, quando regressei a Santa Catarina, em contato com minha ginecologista, tratando acerca do trabalho clínico que estava realizando, esta recomendou que seria importante desenvolver um trabalho com gestantes, pois recebia muitas queixas acerca da maternidade, as quais ultrapassavam seu campo de atuação e adentravam o campo da Psicologia.

Toda essa trama de inter-relações da minha experiência profissional foi determinante na escolha pelo mestrado profissional em saúde coletiva e para o delineamento do tema. Contudo, dois fatos foram marcantes para que isso se concretizasse a partir de experiências bastante adversas no puerpério. Inicialmente, foi a experiência de uma amiga, que passou pela perda de seu filho, ainda antes do

nascimento, em fase intrauterina, aos 8 meses de gestação, e que viveu o luto no puerpério; logo, estava profundamente entristecida. Ela relatou a falta de preparo da equipe para lidar com os seus afetos nessa fase. Outro fato foi uma amiga ter relatado sua depressão pós-parto, “diagnosticada” por ela mesma, e suas angústias para lidar com as adversidades sociais da época, além de não se sentir acolhida para relatar aquilo que estava acontecendo, pois não era possível estar triste diante da vivência “idealizada” de ser mãe.

Engendrando esforços para buscar na literatura o que se tem publicado acerca dessa temática, em contato novamente com a profissional ginecologista, essa relatou que este tema é de extrema necessidade, visto que, a cada dez (10) casos, aproximadamente oito (8) puérperas passaram por tristeza materna. Infelizmente, não terão a quem se queixar, pois, socialmente, ser mãe deve ser uma experiência belíssima, não havendo espaço para as ambivalências. Além disso, existem muitos preconceitos e despreparo quanto às necessidades em saúde mental da mulher no puerpério. Ademais, nessa fase, o acompanhamento realizado pelos profissionais geralmente se limita a questões acerca das condições biológicas da mulher e das necessidades de subsistência do bebê.

A busca de literatura acerca da temática evidenciou a invisibilidade da mulher nos cuidados em saúde mental no puerpério (Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva, Silva, 2013; Moraes, 2010; Zocche, 2014), sendo ela normalmente tratada como coadjuvante de um processo assistencial, imersa a queixas físicas, em uma perspectiva biomédica e tecnicista (Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva, Silva, 2013). Nessa magnitude, muitas vezes, as puérperas são negligenciadas quanto aos seus cuidados (Moraes, 2010).

Todavia, a gestação é representada como fenômeno que vai muito além da função reprodutiva, constituindo-se em dimensões psicossociais, culturais, educativas e humanísticas, sendo imprescindível o cuidado da mulher em sua integralidade (Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva, Silva, 2013). Desse modo, há necessidade de quebra de um ciclo vicioso de reprodução de práticas em saúde focadas somente em um aspecto de vida das mulheres, o biológico, para incluir na assistência um olhar de fato para a sua singularidade (Zocche, 2014).

Nesse contexto, o cuidado no puerpério é banalizado quanto ao aspecto de saúde psíquica da mulher, que apresenta uma realidade psicológica, na maior parte das vezes invisível, desconhecida e silenciada, que vai muito além de um quadro

psiquiátrico (Moraes, 2010). O cuidado dispensado à mulher no puerpério é apontado como insuficiente, uma vez que os serviços em saúde pública não têm conseguido ofertar ações mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) (Oliveira, Quirino, Rodrigues, 2012; Passos, 2018).

Com o intuito de avaliar o desempenho do profissional enfermeiro na atenção à saúde da mulher no puerpério, foi realizado o estudo de Mazzo, Brito, Santos (2014), no qual se evidenciou que o acompanhamento profissional no âmbito da ESF ocorre de forma limitada, com foco de atenção para o recém-nascido, o que se distancia do preconizado pelo MS. Em suas conclusões, os autores inferem que a prevenção de complicações no puerpério, sejam elas de ordem física ou psicológicas, está diretamente relacionada à assistência promovida pela equipe de saúde.

O estudo realizado por Cabral e Oliveira (2008) analisou a percepção de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto às vulnerabilidades das mulheres no puerpério e concluiu a invisibilidade da mulher nessa fase, especialmente em relação à sua saúde mental. O estudo mostra que a grande maioria dos profissionais não tem a dimensão dos problemas que podem envolver a mulher nessa fase, por não perceber necessidade às demandas que vão além do cunho biológico. Alguns profissionais até reconhecem as demandas psicológicas, mas dentro de uma lógica reducionista, baseada no senso comum. Inclusive, foi possível verificar certa tendência à naturalização dos problemas no puerpério. No estudo, fica claro o pouco esclarecimento acerca de questões como o sofrimento psíquico no puerpério, o que caracteriza uma postura bastante simplista diante do fenômeno.

Dessa forma, tal limitação dá sentido a não identificação dessas situações no desempenho de suas funções, escancarando que o sofrimento psíquico no puerpério não tem o devido encaminhamento, como rastreamento, avaliação, diagnóstico e tratamento. Conforme relato de um profissional da equipe pesquisada,

[...] eu não sei, foi depressão o que ela teve? Eu acho que foi mais o cansaço do dia-a-dia, [*sic*] que era muito sofrido, pesado mesmo! Ela tinha gêmeos e, quando um parava de chorar, o outro já começava; quando um parava de mamar, já era a vez do outro. [...] ela tava sempre cansada, com olheira, sem ânimo pra nada. Mas, ela não judiava deles, ela cuidava bem dos dois. (Cabral e Oliveira, 2008, p.141)

Evidências demonstram que os encaminhamentos acerca do direcionamento clínico do sofrimento psíquico pós-parto sofrem limitações, pois esse tipo de sofrimento ainda é amplamente subdiagnosticado e subtratado (Anderson, Kim, 2015). Inclusive, os sistemas classificatórios atuais, que regem a medicina clássica, não classificam e não reconhecem a divisão entre quadros diagnósticos dessa fase (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Entretanto, pesquisas como as de Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno (2010) e Rai, Pathak, Sharma (2015) apresentam quadros específicos do período pós-parto, desde sintomas leves como a disforia puerperal (*baby blues*), moderado no caso da depressão pós-parto e severo quando se trata de psicose puerperal.

Destarte, apresenta-se a seguinte delimitação epidemiológica para os transtornos psiquiátricos: Psicose Puerperal (PP), observada em 1-2/1000 mulheres; Depressão Pós-Parto (DPP), para 10-13% das puérperas, e Disforia Puerperal (Baby Blues), em 50-75% de mulheres no pós-parto. O espectro do fenômeno pós-parto é amplo e caracteriza-se por uma série de emoções de labilidade transitória do humor e ambivalências (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Diante dessa realidade acerca da assistência à saúde da mulher no puerpério e da fragmentação do cuidado e tratamento na atenção primária em saúde, considerando-se a integralidade um princípio essencial no processo de trabalho em saúde, justifica-se o presente estudo.

## 1.2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA

Como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família percebem o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério e de que forma desenvolvem seu processo de trabalho junto à puérperas?

## 1.3 OBJETIVOS

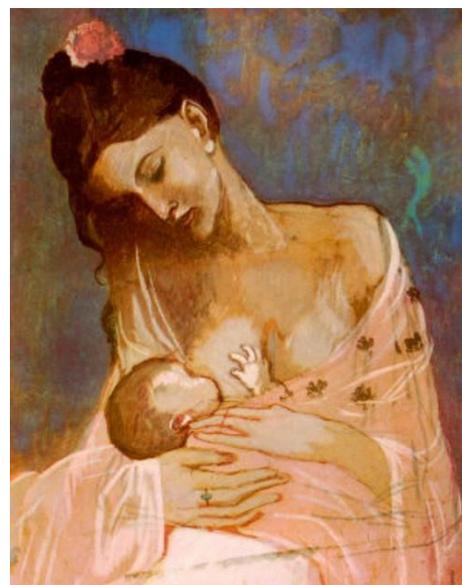
- Analisar como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família percebem o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério;

- Compreender como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família atuam ante a saúde mental das puérperas;
- Conhecer como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família concebem/conceituam o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério e ou a saúde mental das puérperas.

#### 1.4 PRESSUPOSTOS

- Os profissionais da ESF, em sua maioria, desconhecem a dimensão dos problemas psicológicos que podem envolver a mulher no puerpério, pois, geralmente, não percebem as demandas que vão além do cunho biológico;
- O sofrimento psíquico é subdiagnosticado no puerpério devido à limitada compreensão da equipe sobre esse tema; logo, torna-se invisível às equipes que naturalizam o sofrimento nessa fase de suas vidas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO



**Obra: Maternidade**  
Autor: Pablo Picasso  
Ano: 1905

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MODELO ESTRUTURADO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Na República Federativa do Brasil, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para que este possa ser exercido pelos cidadãos. Dessa forma, o Estado deve garantir saúde, prevendo a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação dos cidadãos (Brasil, 1990).

Para tanto, por meio do debate e da mobilização em defesa da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. Isso ocorreu pelo engajamento em um processo político que mobilizou segmentos da sociedade brasileira nas lutas pela democratização da saúde e da sociedade. Ao instituir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a Constituição rompeu com o padrão anterior de política social no qual prevalecia a exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo,

visto que estava ancorada na concepção de Seguridade Social (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, Castro, 2014).

A estratégia de mobilização social se efetivou por meio das proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, dentre elas a criação do SUS. Isso representou o evento político-sanitário brasileiro mais importante da segunda metade do Século XX, que colocou em pauta três aspectos necessários à Reforma Sanitária Brasileira: um conceito amplo de saúde que ultrapassa a visão biologicista; a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, Castro, 2014; Aguiar, 2011).

O SUS é a estrutura organizacional sistêmica do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no País. Compreende um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em redes, que estão vinculados às organizações de saúde das três esferas de governo – federal, estadual e municipal – para viabilizar as ações de promoção, vigilância e atenção à saúde. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e de prevenção, com as de cura e reabilitação (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, Castro, 2014).

Diante desse novo modelo de atenção à saúde no Brasil, entre outros espaços, a comunidade acadêmica passa a dar mais atenção às questões da saúde coletiva, citada como uma problemática mais abrangente e complexa que a leitura realizada pelo modelo biomédico do início do século XX. O discurso da Saúde Coletiva, em suma, pretende ser uma leitura crítica de um projeto médico-naturalista estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial e visa romper com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico (Birman, 2005).

A Saúde Coletiva tem se ocupado cada vez mais com a perspectiva teórica da subjetividade e os aspectos socioculturais dos indivíduos; no entanto, o modelo biomédico ainda norteia as práticas em saúde, com foco nos determinantes biológicos da doença, com abordagens prescritivas e pouco dialogadas (Campos, Cunha, Figueiredo, 2013). O desafio da política, da gestão, da saúde coletiva e da clínica está nos projetos terapêuticos singulares, adequados a cada situação. Diante da política, o desafio está em traduzir diretrizes genéricas e totalizadoras, como o são as de universalidade e integralidade para que se busque a equidade (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, Castro, 2014).

O princípio da integralidade é um marco num processo mais amplo de lutas políticas travadas nas décadas de 70 e 80 do século XX. A concepção de saúde como direito de todos, no Brasil, assim como o SUS, deriva das reivindicações tratadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira desde as décadas citadas, quando no contexto de luta pela redemocratização do País por uma sociedade mais justa um conjunto expressivo de intelectuais e militantes de movimentos sociais engajou-se para construir uma crítica ao sistema nacional de saúde. Essa crítica alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde, definindo os princípios e as diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição Federal de 1988 (Mattos, 2005).

Nesse sentido, pode-se compreender que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS. Ela é uma "bandeira de luta", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois eles se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. A partir dessa compreensão, foram sistematizados três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: integralidade como traço de boas práticas realizadas pelos profissionais da saúde, a integralidade como modo de organizar as práticas (processo de trabalho) e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (Mattos, 2005).

O primeiro conjunto de sentido, a integralidade como um traço de boas práticas realizadas pelos profissionais da saúde, consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico, pois tal redução cria resistências. No segundo conjunto, a integralidade como modo de organizar as práticas, busca-se uma certa horizontalização dos programas em saúde desempenhados pelo MS, superando as fragmentações das atividades. Assim, todo encontro com o usuário é uma oportunidade, seja ela uma demanda espontânea ou programada. Por último, há um conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas construídas para dar respostas a um determinado problema/problemas de saúde que aflige/afligem o coletivo (Mattos, 2005).

Nesse sentido, a integralidade é parte legal e institucional na estrutura de saúde brasileira. É concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema. É o modelo de saúde idealizado e pautado pela política nacional, que tem germinado experiências que produzem transformações na vida das

peças. Pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades. Na perspectiva individual, aponta para a superação da abordagem restrita à dimensão biológica do adoecimento para uma abordagem que leve em consideração as dimensões social e psicoafetiva (Pinheiro, 2009a; Campos, Minayo, Akeman, Drumond, Carvalho, 2012).

## 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, definiu que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade de uma dada região e que a realização de ações e serviços reflete as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades (Campos, Minayo, Akeman, Drumond, Carvalho, 2012).

As definições estabelecidas na Declaração de Alma-Ata estabeleceram mudanças necessárias para converter a atenção médica convencional em uma APS que abarcasse todas as necessidades em saúde de uma comunidade, com o objetivo de alcançar uma maior equidade (Starfield, 2002). A figura 1 expressa as características entre atenção médica convencional e APS.

Figura 1. Diferentes características entre atenção convencional e atenção primária em saúde

ATENÇÃO CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
<b>ENFOQUE</b>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>CONTEÚDO</b>	
Tratamento	Promoção de Saúde
Atenção por Episódio	Atenção Continuada
Problemas Específicos	Atenção Abrangente
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Profissionais da saúde
Consultório individual	Equipe multiprofissional e PTS
<b>RESPONSABILIDADE</b>	
Apenas setor saúde	Colaboração Intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da Comunidade
Recepção Passiva	Autorresponsabilidade

Fonte: Adaptado de Starfield (2002, p. 33).

Nessa perspectiva, a APS no Brasil é regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual aponta o resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (Federal/Estadual/Municipal) (Brasil, 2017).

A Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. É a principal porta de entrada e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2017).

A universalidade e a equidade são princípios doutrinários do SUS, sendo que o primeiro diz respeito à garantia de acesso de toda população aos serviços de saúde, sem favoritismos e discriminação. O direito à saúde vai além do acesso à assistência médica e aos serviços de saúde, englobando um conjunto de políticas públicas que almejam a melhoria das condições de vida da população. O princípio da equidade é definido como igualdade no acesso aos serviços e às ações de saúde, permitindo que sejam consideradas as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função da situação de risco e das condições de vida e saúde. Nesse sentido, caracteriza-se por um princípio de justiça social que visa corrigir iniquidades sociais em saúde (Aguiar, 2011).

Os determinantes e condicionantes sociais em saúde expressam o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde, conforme se pode observar no modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss, Pellegrini 2007; Ruschi, Sun, Mattar, Chambô, Zandonade, Lima, 2007).



Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead, adaptado por Buss, Pellegrini (2007) e Ruschi, Sun, Mattar, Chambô, Zandonade e Lima (2007).

No Brasil, há uma duplicidade de conceitos em relação à APS e à Atenção Básica em Saúde (ABS). A delimitação desta última ocorreu justamente para não se relacionar com uma APS seletiva, voltada para algum foco específico. A decisão de migrar de Programa de Saúde da Família (PSF) para ESF veio para superar a possibilidade de seletividade. Existem vertentes no Brasil que consideram o termo ABS limitado a serviços básicos e que, então, desconsiderariam a grande complexidade que esses serviços demandam. Mesmo com essa discussão conceitual, no Brasil predomina o termo ABS, enquanto que no cenário internacional o termo APS, definido pela Conferência de Alma-Ata, é o mais utilizado (Oliveira e Pereira, 2013).

A PNAB considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, equivalentes e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expandir e consolidar a atenção à saúde. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção à saúde segue as diretrizes da atenção básica e do SUS, em um processo progressivo e singular, levando em conta especificidades locais, a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também serão de responsabilidade da equipe enquanto se encontrarem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (Brasil, 2017). Entidades e associações que defendem o SUS mobilizam a sociedade a compreender a ESF não

apenas como a aplicação de um modelo internacional de medicina da família, mas também como um processo de luta contra o modelo hegemônico e biologicista de assistência à saúde (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, Castro, 2014).

Dessa forma, a ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É tida pelo MS e pelos gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, buscando aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos do SUS, e por ampliar a capacidade de resolução do impacto na situação de saúde das pessoas e da coletividade (Brasil, 2017).

Atualmente, busca-se ultrapassar, em termos de APS, a etapa de expansão quantitativa do acesso à ESF e volta-se à consolidação da qualidade nas ações da estratégia e sua respectiva integração com as demais redes assistenciais do SUS (Oliveira e Pereira, 2013).

Assim, a PNAB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integradas realizadas por equipe multiprofissional, assumindo a responsabilidade sanitária. Referidas práticas devem estar baseadas no princípio da integralidade, reconhecendo as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças para a ampliação da autonomia das pessoas e da coletividade (Brasil, 2017).

A PNAB apresenta que é função dos diferentes membros das equipes que atuam na atenção básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente;
- [...] - Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- [...] - Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências,

Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas; - Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde (UBS); - Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população) (Brasil, 2017, p.18-20).

A ESF é composta por equipe multiprofissional, que possui, no mínimo, médico – preferencialmente com especialidade em medicina da família e comunidade –, enfermeiro – preferencialmente especialista em saúde da família –, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista – preferencialmente especialista em saúde da família – e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deve ser definido de acordo com a base populacional, de acordo com a definição local (Brasil, 2017).

Diante disso, fica claro que a ESF surge como uma política de saúde em um contexto rico de influências institucionais para que a incorporação acontecesse prioritariamente no Estado brasileiro. O desempenho do SUS, os modelos exitosos de atenção em saúde, o perfil epidemiológico do Brasil, aliado à pressão internacional por políticas consistentes de APS, caracterizam esse contexto de implementação da ESF, que tem apresentado bons resultados (Oliveira e Pereira, 2013).

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde foi criada em 2003 pelo MS como uma importante política do SUS para a implementação da integralidade da atenção à saúde. Nasce com três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (Pasche, Passos, Hennigton, 2011).

A PNH busca produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar em saúde. Visa estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que podem inibir a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Brasil, 2014).

Os avanços no campo da saúde coletiva no Brasil convivem de modo contraditório com problemas de diversas ordens. Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho atrapalham as relações entre os próprios profissionais da saúde e entre os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção se mostram fragilizados (Brasil, 2004).

Muitos são os obstáculos referentes à organização do sistema de saúde, sejam de ordem ética, política ou financeira. O debate sobre humanização urge questionando o modelo tecnoassistencial e a qualidade da atenção. Nesse sentido, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (Nora e Junges, 2013).

Assim sendo, a PNH traz como aposta a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Afirma que a comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação, que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde (Brasil, 2014).

A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade – indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, busca as transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho, relaciona-se principalmente com a dimensão que compreende o processo de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão – firmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho, indica inseparabilidade entre a clínica e a política e entre produção de saúde e subjetividade; e a afirmação do protagonismo e da autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de

serviços, de si próprios e do mundo, que está vinculada à tecnologia das relações, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (Nora e Junges, 2013).

A PNH segue diretrizes clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho:

- I – Acolhimento: acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde;
- II - Gestão Participativa: é cogestão expressa tanto à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão se transforma em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo;
- III – Ambiência: busca criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas;
- IV - Clínica ampliada e compartilhada: é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia;
- V - Valorização do Trabalhador: importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho;
- IV - Defesa dos direitos dos Usuários: estes possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. (Brasil, 2014, n.p.).

A PNH busca a valorização do cotidiano dos serviços de saúde, sendo o processo de trabalho peça fundamental para que essa política se efetive. Dessa forma, não há como mudar os modos de prestar a assistência a uma população sem que se altere a organização dos processos de trabalho. Para desenvolver novas lógicas de trabalho, apostando em processos em ato (micropolítica do trabalho), é essencial ativar a problematização do e no processo de trabalho em saúde. Nesse caso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser considerada uma ferramenta fundamental para a aprendizagem realizada no trabalho (Nora e Junges, 2013).

A PNH, em síntese, baseada na metassíntese de Nora e Junges (2013), visa superar o modelo biomédico-hegemônico em direção à centralidade no usuário, que é o sujeito do processo assistencial. Para tanto, as tecnologias das relações funcionam como ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolam a visão fragmentada do cuidado. Os serviços devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente conectados aos

processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como produção de subjetividade (Franco, 2007).

## 2.4 SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A área da saúde mental, hoje, tem íntima relação com as práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a fim de evitar, minimizar ou de ressignificar a vida dos indivíduos em sofrimento psíquico nos seus contextos sociais. É compreendida como um campo de conhecimento e de atuação técnica, engajamento político e compromisso social dos atores envolvidos no âmbito das políticas públicas de saúde (Amarante, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família, como um dispositivo da Atenção Básica, foi pensada como alternativa ao modelo biomédico e concebida como um instrumento de reorganização do SUS. A primeira publicação federal sobre o Programa Saúde da Família definiu que seus objetivos seriam a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional ultrapassado de assistência, orientado para a cura de doenças. A atenção estaria, dessa forma, centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família (eSF) uma compreensão e participação ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2013a).

Dessa forma, a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica é um campo que deve convergir, pois o que está em jogo é a superação entre a cisão mente e corpo, a delimitação de um modelo que leve em consideração o sujeito na sua integralidade. Assim, torna-se fundamental para o profissional da Atenção Básica manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta à sua frente (Brasil, 2013a).

Reportar-se à saúde mental na AB significa pensar em promoção de saúde mental, o que implica pensar o ser humano na sua integralidade, isso é, como ser biológico, psicológico e sociológico, bem como, ao mesmo tempo, em todas as condições de vida que visam propiciar-lhe bem-estar físico, mental e social (Bock, Furtado, Teixeira, 2009).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, buscando o potencial de vida e de saúde, não se restringindo à cura de doenças. Para tanto, é necessário olhar o sujeito com seus desejos, anseios, valores e escolhas (Brasil, 2013a).

Nesse sentido, na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos, na relação, constroem juntos o cuidado em saúde. Os profissionais de saúde deveriam realizar diariamente, por meio de intervenções e de ações próprias do processo de trabalho das equipes atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento (Brasil, 2013a).

A saúde mental ainda é um desafio para os profissionais da ESF. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS,2003), uma em cada quatro pessoas desenvolvem transtornos psíquicos em algum momento da vida. Em países desenvolvidos, 44% a 70% das pessoas não recebem tratamento adequado, enquanto nos países em desenvolvimento esse percentual pode chegar a 90%, refletindo no impacto dos agravos em saúde mental da população. Mediante o relatório, a depressão está como a segunda principal causa de incapacidade em todo o mundo, pois afeta de 5% a 10% da população, e é a terceira razão mais comum para consulta na APS (Amarante e Campos, 2015).

Atuar em saúde mental é um desafio. Conhecer as concepções dos trabalhadores envolvidos no cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico, solicitar apoio matricial, e as ações de educação permanente em saúde são estratégias que podem ajudar na desconstrução de mitos, preconceitos ou limites teóricos dos profissionais de saúde. Também podem subsidiar práticas diárias em saúde, com delineamento de uma linha de cuidado de qualidade em saúde mental (Cabral e Albuquerque, 2015).

## 2.5 SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO

Diversos desafios se colocam para a implementação da atenção integral na prática assistencial da política voltada para a assistência à saúde da mulher. Essa foi formulada no Brasil no bojo das políticas nacionais de saúde, na primeira metade da década de 1930, estando direcionada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas dos anos de 1950 e 1970 mantiveram a visão

biologicista, considerando seu papel social de reprodutora, mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos (Pedrosa, 2005).

Todavia, na década 1970, as ações caracterizavam-se por uma ênfase pronatalista, ou seja, políticas públicas de saúde voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, o que também é afirmado em um discurso biológico que naturalizava as diferenças entre os sexos, produzindo uma mulher/mãe (Costa e Aquino, 2002).

Já em 1984, após a luta incessante do movimento feminista brasileiro e a crítica ao processo político da época (Brasil, 2011a), o Brasil foi vanguarda na elaboração de políticas públicas ao propor a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa baseou-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras (Lemos, 2011).

Na interlocução entre representantes dos movimentos de mulheres e os profissionais da área da saúde, consolidou-se a ideia de atenção integral à saúde da mulher presente no PAISM. Ou seja, o atendimento em saúde deveria estar norteado por uma abordagem das mulheres como seres completos, não apenas como partes isoladas de um corpo, mas pessoas que vivem um momento emocional específico e estão inseridas em um determinado contexto (Hillesheim, Somavilla, Dhein, Lara, 2009). Assim, foram propostas formas mais horizontais de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a autonomia e o maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (Brasil, 2013b)

Vinte anos após a criação do PAISM, em maio de 2004, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde, na luta por melhores condições à população feminina (Brasil, 2013b).

A referida política expressa a necessidade de cuidados à saúde da mulher como um todo, sendo que entre os diferentes momentos do ciclo de vida da maioria das mulheres há o período puerperal, que também necessita ser foco de atenção. O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e, considerando a lógica da atenção integral, deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nessa fase do ciclo vital e familiar (Brasil, 2016a).

O puerpério se inicia imediatamente após o parto e perdura, em média (levando-se em consideração que o término é imprevisível), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Essa imprevisibilidade do tempo está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para favorecer a organização das ações de saúde, o puerpério, do ponto de vista fisiológico/físico, pode ser dividido em *imediatos* (do 1º ao 10º dia após o parto), *tardios* (do 11º ao 45º dia) e *remotos* (após o 45º dia, com término imprevisível) (Brasil, 2016a).

O puerpério se caracteriza por um período crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto, com duração variável. Sua complexidade é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais e econômicos e por questões de gênero. A repercussão emocional do puerpério no cotidiano da vida das mulheres dependerá do contexto ao qual está inserida (Cabral e Oliveira, 2006).

Na assistência prestada à mulher no período pós-parto, deve-se considerar a singularidade da experiência vivenciada pela mulher nesse período, tendo em vista as particularidades de vida da pessoa. Nessa fase, a mulher estará direcionada para buscar o desenvolvimento desse novo papel, sendo que toda vulnerabilidade a torna supostamente mais acessível para receber ajuda. Nesse sentido, a assistência deve englobar aspectos físicos, emocionais e relacionais (Merighi, Gonçalves, Rodrigues, 2006).

O avanço do conhecimento científico sobre os fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades importantes a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que pode gerar estado de confiança na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos, no modelo biomédico, não são suficientes. Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação horizontal e valorizando a singularidade de cada pessoa (Brasil, 2016a).

Em 1984, dentro do PAISM, foi inserida a proposta de abordar a mulher como um sujeito de cuidado que deve ser percebida e assistida em sua singularidade, não focando apenas os aspectos biológicos, mas também considerando suas outras

dimensões [social, econômica, histórica, política e cultural] (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

Há mais de 30 anos no Brasil, o puerpério foi incluído como período que merece atenção especial dos serviços de saúde. A atenção puerperal de qualidade e humanizada é essencial para a saúde materna e neonatal. Para tanto, torna-se necessário um olhar abrangente sobre o processo saúde/doença, valorizando os aspectos subjetivos envolvidos na atenção, o estabelecimento de novas bases para o relacionamento entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

Em relação às políticas nacionais de atenção à mulher e à criança, observa-se que foi a partir da criação do PAISM que o puerpério passou a ser visto como prioridade na atenção básica. Atualmente, com a instituição da Rede Cegonha, com o objetivo de organizar e estruturar a rede de atenção à saúde materna e infantil no Brasil, reafirmou-se a necessidade de uma assistência humanizada e resolutiva também no puerpério (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015). Essa atuação profissional ampliada, que se estende para além dos fatores biológicos, é favorecida pela possibilidade de realização da visita domiciliar, proposta importante do trabalho em saúde para todos os membros da Equipe de Saúde da Família (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

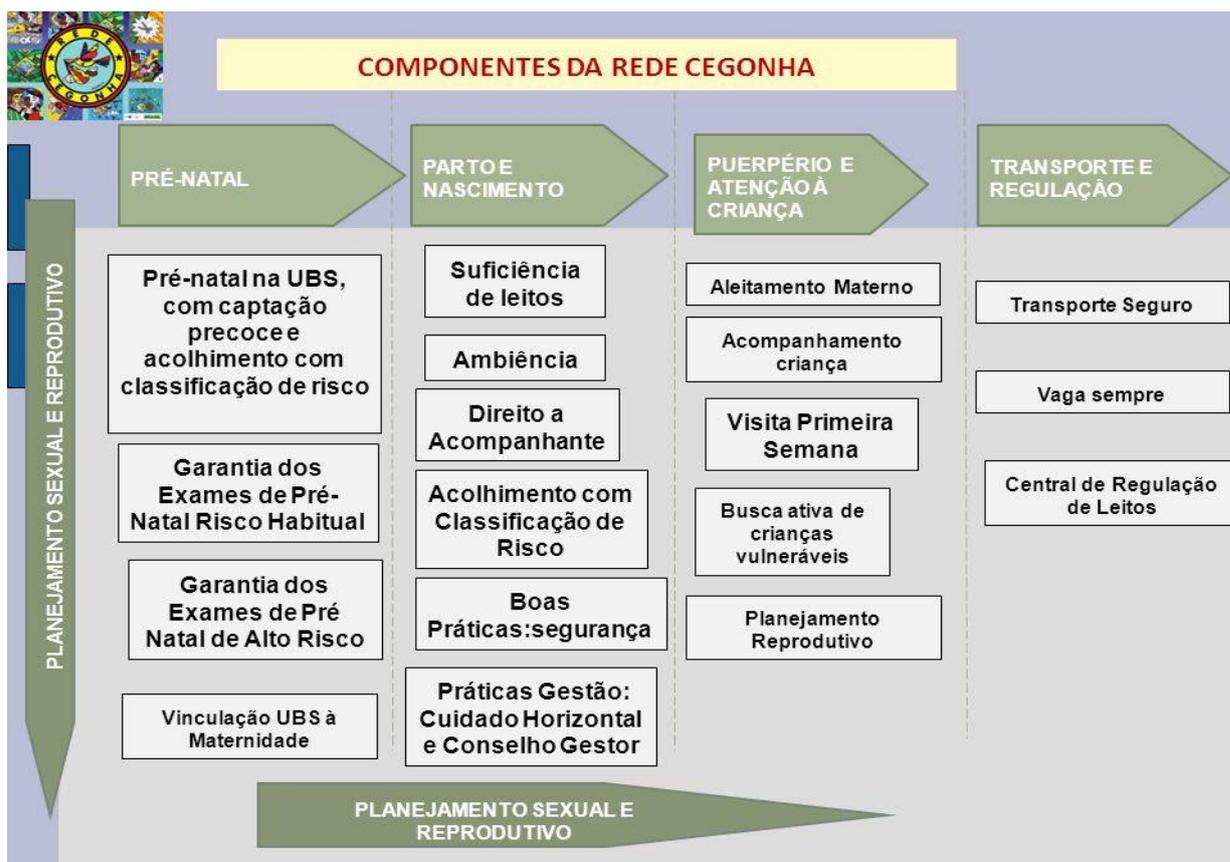
A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Tem por seus princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (Brasil, 2011b, p. 2)

Com relação especificamente ao puerpério, traz como componente da portaria: a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na

primeira semana após a realização do parto e nascimento; a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; orientação e oferta de métodos contraceptivos (Brasil, 2011b). A figura 3 explicita os principais componentes da Rede Cegonha:

Figura 3: Componente da Rede Cegonha, Brasil (2011b).



Fonte: Brasil, Rede Cegonha, Saúde da Mulher (2013b).

No planejamento das ações da equipe de Atenção Básica, deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. Isso pode ser concretizado na interpelação entre atenção básica e maternidade, antes e no momento da alta da puérpera. A realização da visita domiciliar na primeira semana após a alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco), e o agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto são ações prioritárias que devem ocorrer no puerpério imediato e tardio. O cuidado no puerpério

remoto deve ser particularidade, de acordo com as necessidades da mulher (Brasil, 2016a).

Vale destacar a necessidade de que no ensino de graduação dos profissionais de saúde, conceitos relacionados a aspectos que vão além do biológico, como a questão da subjetividade, da cultura e da família, sejam trabalhados. Importante salientar a necessidade do fortalecimento das diretrizes do SUS que contempla, entre outros, o acesso universal e equitativo a serviços de saúde de qualidade e humanizado. Para finalizar essas considerações, deve-se acrescentar que o puerpério é um momento de extrema importância na vida da mulher, sendo esse um ritual de passagem que deve ser vivido de forma positiva (Merighi, Gonçalves, Rodrigues, 2006).

### **2.5.1 Saúde mental no período gravídico-puerperal**

Uma das tendências da psicologia do desenvolvimento é conceber o desenvolvimento psicológico como um contínuo que se prolonga muito além da adolescência, marcado por vários períodos de crise, que constituem verdadeiros pontos decisivos na maturidade emocional e que em parte determinam o estado de saúde ou doença mental (Maldonado, 1997).

Psicologicamente, a pessoa nunca cessa de crescer e sempre há possibilidade de reestruturações da personalidade. No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. Essas fases geram um estado temporário de desequilíbrio devido a grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos do papel social, reajustamentos interpessoais e intrapsíquico (Maldonado, 1997).

A gravidez representa uma transição que faz parte do processo natural de desenvolvimento, envolve várias mudanças que favorecerão a definição de novos papéis, uma nova identidade (Felice, 2000). Nesse período, a adaptação ao novo papel ocorre conjuntamente com um aumento de responsabilidades, pois a mulher, principalmente no puerpério, passa a ser referência para o bebê que acabou de chegar ao mundo. Assim, além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. Além do que, a mulher, no puerpério, sofre, muitas vezes, de privação de sono, isolamento social, passando ainda por

reestruturação da sua sexualidade, imagem corporal e da identidade feminina (Maldonado, 1997).

Nessa fase, diversos sentimentos se mesclam, tais como: medo, alívio e ansiedade. Faz-se necessário conhecer com mais profundidade como ocorre a experiência da mulher durante o período puerperal e os fatores que interferem para sua adaptação, a fim de contribuir para as intervenções em saúde e também para sua qualidade de vida (Merighi, Gonçalves, Rodrigues, 2006).

Criar filhos é uma das tarefas mais difíceis que as pessoas realizam na vida. Apesar disso, a sociedade oferece a essa tarefa menos preparo do que a qualquer outra. Dessa forma, poucas mães mencionam a crise psíquica que acompanha o nascimento de um filho, o despertar de sentimentos encobertos há muito tempo a respeito da própria mãe, a mistura de poder e impotência, as inseguranças e ambivalências (Maushart, 2006).

Nesse sentido, a fase gravídico-puerperal pode ser entendida como uma crise desenvolvimental que apresenta perigos ou oportunidades. Pois, como a mulher está em um estado temporário de desequilíbrio, pode ser caracterizada como em crise; logo, pode ficar mais vulnerável, mas também mais acessível à ajuda. Interessante é que ela não tem escolha, apenas tem que encarar a mudança (Maldonado, 1997).

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais, a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto (Rai, Pathak, Sharma, 2015). Atualmente, além dessas três categorias diagnósticas, os transtornos ansiosos no pós-parto também têm sido estudados (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010).

Por consequência, deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher nesse momento. Faz-se de extrema necessidade o acompanhamento continuado dessa mulher, como já realizado durante o pré-natal e parto. Além das frustrações devido às expectativas que podem não ter sido atingidas, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento (Brasil, 2016a).

A experiência pós-parto pode se caracterizar por uma série de emoções de labilidade transitória do humor, irritabilidade, choro, agitação, delírios e confusão mental, e o espectro pós-parto é amplo (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Faz-se necessário relembrar que enquanto sofrimento psíquico, a depressão nem sempre expressa um estado patológico, pois encontra origem na sua própria existência humana. Concebido como manifestação psicossocial, o sofrimento psíquico expressa a subjetividade da mulher e sua realidade exterior, sendo a expressão de diferentes formas de mal-estar. A avaliação de depressão no período puerperal é difícil devido à fronteira imprecisa e, às vezes, arbitrária entre as formas clínicas, as subclínicas e as não patológicas (Nobrega, Fontes, Paula, 2005). Por essa razão, os profissionais de saúde que cuidam da mulher em depressão materna necessitam conhecer e refletir suas práticas a partir de um arcabouço teórico que subsidie uma atuação preventiva, voltada ao contexto dos programas de saúde da mulher (Coutinho e Saraiva, 2008).

Nesse contexto, depressão pós-parto consiste em uma expressão do sofrimento e da dor humana. De acordo com dados epidemiológicos, acomete um grande número de mulheres em todo o mundo. A Depressão Pós-Parto se mostra acompanhada de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressores, com sintomas multivariados. Ela é investigada como um tipo de depressão reativa, por se tratar de uma reação a estímulos externos ao indivíduo (Saraiva e Coutinho, 2007).

Compreender a maternidade como fenômeno cultural, e não apenas natural e biológico, é o primeiro passo para podermos conhecer as implicações nesse conceito, na constituição subjetiva da mulher enquanto ser imerso em um momento histórico cultural. Dessa forma, vale destacar as palavras de Beauvoir (1980, p. 9) quando expressa que “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, e de Arrais (2005, p. 38) ao acreditar que “nenhuma mulher nasce mãe, torna-se mãe”.

### **2.5.2 Transtornos puerperais: o sofrimento invisível da maternidade**

A classificação das doenças puerperais como entidades nosológicas tem estado em discussão há mais de 30 anos (Platz, Kendell, 1988; Robling, Paykel, Dunn, Abbott, Katona, 2000). Um grupo defende a psicose puerperal como sendo uma manifestação pós-parto de um transtorno subjacente dentro do espectro bipolar. Enquanto outros a consideram puramente como uma entidade nosológica distinta (Pfuhlmann, Stöber, Franzek, Beckmann, 1998).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, 2013), quarta Edição (DSM-IV-TR), e a classificação da CID-10 de transtornos mentais e comportamentais (OMS, 1998) classificam os transtornos mentais pós-parto de forma diferente. O DSM-IV-TR permite que os psiquiatras usem o especificador "com início no pós-parto" para descrever uma desordem psicótica ou um episódio depressivo, maníaco ou misto, com características psicóticas em transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar, quatro (4) semanas pós-parto. Na CID-10, as doenças mentais associadas ao puerpério são codificadas de acordo com o transtorno psiquiátrico apresentado, um segundo código (por exemplo, 099.3) denota a associação com o puerpério. Em alguns casos, a CID-10 permite um código especial, F53 quando há informações insuficientes para classificação, ou há "características adicionais especiais", sendo que o F53 só pode ser usado se o transtorno ocorrer dentro de seis semanas de parto (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Entretanto, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, DSM-V (Associação Americana de Psiquiatria, 2014), substituiu o especificador "com início pós-parto" para transtornos depressivos e bipolares com o especificador "com início periparto". Essa informação "com início periparto", passa a ser usada se o aparecimento de sintomas de humor ocorrer durante a gravidez ou dentro das quatro semanas após o parto. No entanto, os distúrbios psiquiátricos pós-parto podem manifestar-se semanas para além desse tempo. Assim, a utilidade do especificador do DSM-V e o código especial da CID-10 na classificação do puerpério ficam limitados (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Um estudo realizado em 2017 retrata o Transtorno Mental Comum (TMC), compreendido por um grupo de doenças mentais formado por depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de *stress* pós-traumático. O estudo buscou identificar a prevalência de probabilidade de transtorno mental comum (TMC) em gestantes e seus fatores associados. O TMC na gestação é uma realidade a ser admitida e associada a chances variáveis de baixa idade e escolaridade, renda socioeconômica desfavorável, situação conjugal e desemprego. Concluiu que a prevalência de probabilidade de TMC em mulheres grávidas é alta (57,1%) logo quando comparado com o escopo de TMC para população em geral (29,2%). O período gestacional se agrava por todas as alterações corporais e hábitos de vida,

tornando-se estressante para a experiência feminina (Lucchese, Simões, Monteiro, Vera, Fernandes, Castro et al., 2017). Vale destacar que quanto maior é a percepção de suporte social do marido, menor é a prevalência (Cruz, Simões, Cury, 2005).

No que se refere à Depressão Pós-parto (DPP), ela é estimada em uma prevalência de 10 a 13% das novas mães (Rai, Pathak, Sharma, 2015). Dependendo da cultura, do período e do método de diagnóstico, a prevalência de DPP pode variar de 10% a 20% (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). É o distúrbio psiquiátrico mais comum observado no período pós-parto e, geralmente, difícil de distinguir da depressão que ocorre em qualquer outro momento na vida de uma mulher. No entanto, em depressão pós-parto, os pensamentos negativos estão principalmente relacionados com o recém-nascido (Rai, Pathak, Sharma, 2015). Devido à alta prevalência e ao impacto negativo sobre a mãe e seu filho, é valioso sensibilizar os profissionais de saúde quanto à depressão pós-parto (Cruz, Simões, Cury, 2005).

Mesmo com os critérios classificatórios, o diagnóstico da DPP nem sempre é fácil e inequívoco, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes, ele é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste”, naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê (Cruz, Simões, Cury, 2005).

O termo depressão pós-parto tem sido usado de forma generalizada para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses e até um ano (Beck e Driscoll, 2006). Os sintomas recorrentes são humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010).

No quadro clínico da depressão nessa época da vida, são observadas algumas singularidades, dentre elas a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos (Cantilino, 2009) e obsessivo-compulsivos (Zambaldi, Cantilino, Sougey, 2008), a menor incidência de suicídio (Lindahl, Pearson, Colpe, 2005) e a resposta terapêutica mais demorada (Hendrick, Altshuler, Strouse, Grosser, 2000).

Ao avaliar sintomas de depressão atuais, os profissionais devem se atentar para o diagnóstico diferencial do *blues* de maternidade (Anderson e Kim, 2016).

Episódios de tristeza, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar a mulher. É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando e considerado a forma mais leve dos quadros puerperais é conhecido como *baby blues*, *blues puerperal* ou *blues* da maternidade (Brasil, 2016a; Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). O *Baby Blues*, ou *Blues* da maternidade, é observado em 50 a 90% das mulheres pós-parto, com variações na frequência entre autores, a depender dos critérios diagnósticos utilizados (Rai, Pathak, Sharma, 2015; Brasil, 2016a; Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010).

Os sintomas têm início geralmente nos primeiros dias após o nascimento do bebê e atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto, tendendo à remissão de forma espontânea em no máximo duas semanas (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). O quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. Mulheres com esse quadro necessitam de suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). Além de falta de confiança em si própria, há sentimentos de incapacidade (Brasil, 2011a). Esse é considerado fator de risco para depressão pós-parto (Ruschi, Sun, Mattar, Chambô, Zandonade, Lima, 2007; Rai, Pathak, Sharma, 2015).

A tristeza materna é uma condição vivenciada por grande parte das puérperas. Facilita entender porque muitos quadros evoluem para uma condição mais grave, como é o caso da DPP, e que normalmente é “deixada de lado”, ficando em um entendimento de senso comum. A maioria dos profissionais expressa uma noção generalizada de que a DPP se caracteriza como um quadro único, atrelado ao risco de suicídio, à rejeição do bebê e ao infanticídio (Cabral e Oliveira 2006), o que não estão necessariamente presentes nos casos de DPP.

Quanto à Psicose Puerperal, ela tem natureza súbita e aguda. A paciente pode ter delírios paranoicos, grandiosos ou bizarros, que podem incluir confusão, desorientação e alucinações visuais, alterações de humor, pensamento confuso e comportamento grosseiramente desorganizado (Rai, Pathak, Sharma, 2015; Anderson, Kim, 2015). Geralmente é caracterizada por uma mudança drástica de seu funcionamento anterior, aparece em 2-3 dias após o parto, é observada em 1-2 / 1000 mulheres (Rai, Pathak, Sharma, 2015). Esse é o transtorno mental mais grave que

pode ocorrer no puerpério, com prevalência de 0,1 a 0,2% de casos (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). Normalmente, os sintomas iniciam rapidamente já nas primeiras duas semanas após o parto (Sit, Rothschild, Wisner, 2006), tais como euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia, e, na sequência, apresentam-se os sintomas mais graves (Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010).

Os delírios muitas vezes incidem sobre a identidade da criança. Em um estudo de mães com Psicose Puerperal, concluiu-se que os delírios aumentaram o risco de lesão ao bebê. A presença de delírios foi associada com o aumento do comportamento abusivo em relação à criança, especialmente em mães que descreveram o bebê como um demônio ou “alguém do mal” ou que acreditavam que tinham o bebê de outra pessoa. A psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica, que pode levar ao suicídio. Os dados mostram que o risco de suicídio é estimado em 0,2%, e o risco de infanticídio em 4% (Anderson e Kim, 2015).

O puerpério também tem sido identificado como um período de precipitação ou exacerbação dos transtornos ansiosos, sendo apresentados nessa fase os transtornos de ansiedade específicos ao puerpério, transtorno de *stress* pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo (Rai, Pathak, Sharma, 2015; Cantilino, Zambaldi, Sougey, Renno, 2010). Entretanto, a ansiedade também pode estar associada a uma comorbidade da depressão pós-parto (Wisner, Sit, McShea, Rizzo, Zoretich, Hughes et al., 2013) ou a pacientes com psicose.

Caso a mãe não esteja deprimida, com alto risco de depressão pós-parto ou psicótica, pode-se investigar o transtorno obsessivo compulsivo, o que pode se apresentar como psicose pós-parto, já que suas obsessões associadas podem incluir pensamentos hostis para prejudicar o bebê, podendo a mãe sentir-se culpada e evitar a criança. O Transtorno de Stress pós-traumático está relacionado ao medo extremo ou desamparo durante o parto. Ocorre com 3,1% a 15,7% das mulheres durante o puerpério e é frequentemente associado a sintomas depressivos (Anderson e Kim, 2015).

Normalmente, a doença mental perinatal não é diagnosticada e fica sem tratamento (Marcus, Flynn, Blow, Barry, 2003). Os distúrbios psiquiátricos pós-parto não tratados podem ter ramificações de longo alcance para uma família, podendo, inclusive, afetar adversamente a relação mãe-bebê (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Pequeno, Briggs-Gowan, 2001). Assim, o diagnóstico precoce e a gestão do sofrimento pós-parto são cruciais (Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Para que a mulher desenvolva o conhecimento adequado, necessita ter suas dúvidas esclarecidas, mitos quebrados e conhecimentos prévios valorizados para a elaboração do novo papel. Há necessidade de mudança desse paradigma dominante para que tanto as mulheres quanto os profissionais ressignifiquem seus saberes e práticas e produzam novas representações sociais que venham contribuir para as transformações dessa realidade (Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva, Silva, 2013). Roudinesco (2000) alerta os profissionais de saúde sobre os cuidados nessa fase, como, por exemplo, a prescrição de medicação, visto que essa atitude poderá estimular o silêncio, evitando se falar sobre o problema e reforçando a ideia de que falar acerca disso seja fonte de angústia e vergonha.

Moraes (2010), em sua pesquisa intitulada “A Clínica da Maternidade: Os Significados Psicológicos da Depressão Pós-Parto”, relata que em sua experiência na clínica psicológica, no atendimento a gestantes e puérperas, a maternidade e o sofrimento psíquico têm uma realidade invisível, desconhecida, que ultrapassa o quadro psiquiátrico. Dessa forma, concluiu que “o nascimento de um filho faz com que as mulheres se sintam vulneráveis, uma vez que há, nesta fase, um complexo e intenso volume de exigências e proibições externas que podem desestabilizar a mulher, desequilibrando as defesas estabelecidas anteriormente.” (Moraes, 2010, p. 151).

Ainda, o referido autor considera que mesmo a mulher não apresentando sintomas que indique patologia, o puerpério é um período de crise, cujos mecanismos psíquicos atuam, levando a mulher a um contato interior, ou seja, na relação consigo mesma, para construir seu novo papel de mãe. Porém o seu estudo indicou que em alguns casos a realidade externa, em conflito com a vulnerabilidade interior em que a mulher se encontra, pode desencadear reações depressivas e dificultar o desenvolvimento da maternagem (Moraes, 2010).

Arrais (2005) refere em sua pesquisa que há uma necessidade de conhecer os fenômenos psíquicos, para além da psicodinâmica do paciente, sobretudo aquela leitura que se baseia de forma clássica, a qual parece dar ênfase a uma mulher a-histórica e abstrata, distante do contexto social e cultural, que não vise a uma perspectiva somente intrapsíquica sem correlação a outros sistemas socioeconômicos-políticos que constituem a subjetividade da mulher. Percebe que o mundo interno da mulher, sua estrutura emocional e sua personalidade acabam sendo muito mais influenciados pelo mundo externo do que se supõe.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental, e uma em cada quatro será afetada por doença psiquiátrica em algum estágio da vida. Historicamente, a saúde mental da mulher grávida não é vista, tende a ser influenciada por dois fatores: um é a crença de que a gravidez é um período de contemplação e de bem-estar para a mulher, não havendo abertura para o sofrimento e a tristeza nessa fase; o outro se relaciona aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto, grandes geradores de hospitalizações psiquiátricas, sendo esse o quadro mais visto nessa fase (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro, Schmidt, 2012). Contudo, constata-se que os distúrbios puerperais geralmente são semelhantes na gestação e no puerpério (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner, Swinson, 2005; Grant, McMahon, Austin, 2008; Van Bussel, Spitz, Demyttenaere, 2006).

Nesse sentido, há então uma necessidade de ampliar o conhecimento sobre a saúde mental da mulher durante a gravidez, pois o sofrimento gerado nessa fase, pode culminar em um quadro de depressão e/ou ansiedade pós-parto. Logo, não se admite a desatenção diante de qualquer nível de sofrimento da mulher (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro, Schmidt, 2012).

Assim, faz-se necessário o preparo dos profissionais que atuam com gestantes no campo da triagem, promoção, diagnósticos e tratamentos na área de saúde durante o processo gravídico puerperal. O levantamento de dados sobre a saúde mental da mulher deve ser foco de atenção dos profissionais nas consultas e acolhimentos realizados (Lucchese, Simões, Monteiro, Vera, Fernandes, Castro et al., 2017).

### 3 MÉTODO



**Obra: Mãe com crianças e laranjas**  
Autor: Pablo Picasso  
Ano: 1951

#### 3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

O referencial metodológico é a teoria utilizada para a abordagem de um estudo, aliado aos instrumentos de execução e a criatividade do pesquisador. Esses elementos, juntos, alcançam a metodologia, ou seja, o caminho, a prática e a abordagem da realidade para a concretização de um percurso de pesquisa. Para Minayo (2009, p. 15), “a metodologia é muito mais que técnicas. Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade”.

O presente estudo configurou-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva embasada na corrente de pensamento das teorias compreensivas.

As abordagens compreensivas são de diferentes métodos e desenhos, mas existem alguns elementos que são comuns a todas: seu foco é a experiência da pessoa e reconhece sua complexidade; o contato ocorre no contexto social no qual a pessoa está inserida; a relação pesquisador x sujeitos investigados ocorre por meio de uma relação intersubjetiva; os resultados buscam racionalizar acerca da lógica interna dos atores e grupos estudados. O material proveniente das análises compreensivas apresenta a realidade de forma dinâmica, não estanque; e suas

conclusões não tratam de generalizações universais, embora permitam inferências mais abrangentes (Minayo, 2010).

A pesquisa qualitativa se ocupa em responder questões muito particulares da pessoa em determinado contexto social, levando em consideração o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Vale destacar que esse fenômeno é visto como parte da realidade social, considerando a pessoa um ser em relação intra e interpessoal, que pensa e decide, sobre seu agir e pensar (Minayo, 2009).

As abordagens qualitativas permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos e podem possibilitar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Há uma sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Dessa forma, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo, 2010).

Quanto à estratégia de investigação do presente estudo, Marques, Paiva e Galvão (2006, p. 86) esclarecem que “a investigação exploratória é desenvolvida em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, enquanto a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou determinado fenômeno”.

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência acerca de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo, buscando conhecer o objeto de estudo, para, em seguida planejar uma pesquisa descritiva ou do tipo experimental (Trivinõs, 2008).

Esta pesquisa configura-se como um estudo de base descritiva, pois visa buscar uma série de informações sobre seu objeto de estudo. Pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade (Trivinõs, 2008).

A escolha da metodologia qualitativa para responder a esse problema de pesquisa ocorreu pela complexidade do objeto de estudo, envolvendo componentes de ordem interna individual e relacional, o que sugere ideias divergentes, sobre temáticas semelhantes, visto ser uma experiência singular de cada sujeito da investigação. Para tanto, esta metodologia mostrou-se adequada à resolução dos objetivos traçados na presente pesquisa.

### 3.2 LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTE DA PESQUISA

O estudo foi realizado em cinco Estratégias de Saúde da Família, localizadas em uma cidade do sul de Santa Catarina (SC), sendo que cada ESF pertencente a um Distrito de Saúde do município.

Para a escolha das equipes, foi solicitado à gestão municipal de saúde o contato de todas as equipes de ESF do município. A partir da lista, foi realizado contato com as ESF para averiguar a demanda de puérperas e disponibilidade da equipe para participar da pesquisa. Também foram solicitadas informações à coordenação da ESF para confirmar se a equipe preencheria os critérios de inclusão na pesquisa. Concluído esse levantamento, definimos uma equipe por distrito de saúde no município que obtivesse maior número de atendimento a puérperas no período de trabalho de campo.

A decisão acerca do local da pesquisa considerou o porte do município, a estratificação de ESF por distritos de saúde, a cultura gerencial, ou seja, a coordenação única, além da abertura propiciada para aplicação da pesquisa pela atual Secretária Municipal de Saúde.

Para tanto, a seleção dos participantes da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- **Quanto às equipes:**

- a) Equipes que estejam estruturadas há mais de seis (6) meses;
- b) Diversidade de categorias profissionais, contemplando a equipe mínima de configuração da ESF: agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.
- c) Equipes que realizam o trabalho de acompanhamento das puérperas logo que tenham esta demanda na ESF.

- **Quanto aos participantes:**

- a) Profissionais que atuam em uma mesma equipe, com no mínimo seis (6) meses de trabalho junto a ela.

b) Profissionais componentes da equipe mínima de saúde da família, com no mínimo um ano de experiência na ABS: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitária de saúde.

E os seguintes critérios de exclusão:

- a) Outros profissionais que compõem a ESF, os quais não são citados nos critérios de inclusão.
- b) Unidade sem equipe mínima completa estabelecida pelo MS.
- c) Profissionais que não tenham completado seis meses na equipe participante do estudo.
- d) Profissionais que estiverem afastados das atividades no período de coleta das informações.

Foram convidados para participar da pesquisa os membros de equipes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, sendo um representante de cada profissão quem compõe a equipe, em uma equipe por distrito de saúde, totalizando 20 participantes. No entanto, é importante deixar claro que o critério final para a definição do número de participantes ocorreu pela saturação dos dados (Minayo, 2010).

### 3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados do estudo ocorreu após a submissão e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob Parecer nº 2.305.035 (Anexo A).

Em agosto de 2017, realizamos o convite e sensibilização da gestão municipal para a realização da pesquisa. Isso ocorreu com a apresentação formal da presente pesquisa à Secretária Municipal de Saúde e à Coordenação de Atenção Básica do município participante do estudo. Nesse momento, obteve-se a carta de aceite para a realização do trabalho de campo. Em setembro de 2017, realizamos contato com todas as equipes de ESF do município, para averiguar quais cumpriam os critérios de inclusão, se tinham uma demanda de puérperas e/ou gestantes de último trimestre

em acompanhamento, além de questionar acerca do interesse e disponibilidade para participar da pesquisa e assim reduzir o risco de desistências.

O trabalho de campo foi realizado de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Ele foi mediado por instrumentos de comunicação e interlocução entre pesquisador e participantes pesquisados para a confirmação ou refutação de pressupostos e de construção de teorias. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos, a saber: entrevistas semiestruturadas e observação participante (Minayo, 2009).

A entrevista semiestruturada é um dos principais meios que o investigador tem para realizar a coleta de dados. Esse instrumento valoriza o investigador e permite ao participante da pesquisa uma espontaneidade e liberdade necessária para enriquecer o processo de investigação. Esse instrumento parte de questionamentos básicos, embasados na teoria e em pressupostos prévios, que na relação com o participante permitem ampliar as interrogativas advindas de novas hipóteses que vão se desenvolvendo a partir da relação com o investigado (Triviños, 2008).

As 20 entrevistas foram mediadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com 10 perguntas abertas, além de dados e caracterização do participante que visaram responder os objetivos do estudo.

A observação participante é definida como um processo de observação, seu valor está no potencial de ampliação da visão acerca da coleta de dados, pois o pesquisador pode se libertar de prejulgamentos, pois não fica à mercê de um instrumento rígido de coleta de dados, de hipóteses preconcebidas. Assim sendo, ajuda a desvendar as contradições entre a realidade teórica e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição (Minayo, 2009).

A observação participante foi guiada por um roteiro de observação (Apêndice B) e realizada nos atendimentos às mulheres no puerpério, e ainda alguns casos de atendimento à gestante em final de último trimestre. A carga horária de observação da pesquisadora nos cinco campos de coleta foi de 30h, contudo foram efetivados registros relativos ao atendimento do público-alvo da pesquisa por 7h31min.

Em cada ESF, o início da coleta de dados ocorreu pela observação participante, sendo que ao término dela foi realizada a entrevista semiestruturada com os membros das equipes. Em média, a pesquisadora ficou de cinco a sete dias em cada unidade de saúde. As observações foram realizadas antes das entrevistas, favorecendo a ampliação de elementos de confrontação com a realidade vivida e a

realidade percebida. As entrevistas foram gravadas em sua totalidade e transcritas na íntegra. Quanto às observações, os registros foram inscritos no diário de campo, definindo notas descritivas e analíticas a partir do roteiro de observação.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi organizada a partir da Análise temática, que é uma modalidade de Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2010). Esse é um conjunto de recursos para tratamento dos dados coletados, advindos do trabalho de campo. É um procedimento que favorece a compreensão e interpretação dos dados coletados, à luz da teoria que fundamentou o estudo, dentre outras leituras, cuja necessidade foi dada pelo trabalho realizado (Minayo, 2009).

Para Minayo (2009, p. 27), a fase de análise dos dados pode ser dividida em “três tipos de procedimentos: a) Ordenação dos dados; b) Classificação dos dados; c) Análise propriamente dita”.

A análise qualitativa coloca o pesquisador diante da busca incessante pelos significados, visa encontrar uma lógica construída pelo grupo pesquisado, descobrindo seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. Logo, a análise qualitativa não é uma mera classificação ou descrição de opinião dos informantes. Aliada à luz da teoria, busca a compreensão e a interpretação dos dados (Minayo, 2009).

A interpretação dos dados coletados foi realizada pela categorização dos dados, que foi realizada manualmente, por meio de supervisão e estruturação de conteúdo significativo para a pesquisa. A análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, “possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo.” (Minayo, 2010, p. 304).

A análise temática de conteúdo está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Pode ser apresentada por uma palavra, uma frase ou síntese. A análise temática visa descobrir o sentido, o que se quis dizer. A presença de determinados temas cria estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou não explícitos no discurso (Minayo, 2010).

A análise de dados temática se organizou em três momentos, conforme estruturado por Minayo (2010):

1ª) *Pré-análise*: estruturou-se a partir da *leitura flutuante* dos materiais de campos (entrevistas transcritas e registro das observações em diários de campo) organizados para serem analisados. *Constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Para esse momento, tomamos contato exaustivo com o material deixando-nos impregnar por seu conteúdo;

2ª) *Exploração do material*: essa etapa consistiu essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, buscamos alcançar o núcleo da compreensão do texto. Para Minayo (2010), essa fase inicia pelo recorte do texto em unidades de registro, que pode ser uma palavra ou frase, estabelecida na pré-análise. As nossas unidades foram organizadas por frases/parágrafos. Por último, realizamos a classificação e a agregação dos dados, sendo que as categorias foram produzidas a partir deles.

Na primeira etapa da exploração dos materiais, as respostas foram organizadas em tabelas, a considerar a seguinte organização: na primeira linha a pergunta do roteiro de entrevista, na primeira coluna a transcrição literal da entrevista, segunda coluna a análise I e na terceira coluna a análise II. Na análise I destacamos por meio de cores os fragmentos que respondiam à pergunta da primeira linha, além de destacarmos os fragmentos que se correspondiam com outras perguntas. Então, na segunda coluna de cada pergunta, estruturamos um texto pintado de múltiplas cores que responde a várias perguntas. Na terceira coluna, em que realizamos a análise II, temos a compilação dos fragmentos da segunda coluna de todas as outras perguntas, formando, assim, a resposta integral à pergunta da primeira linha, considerando todas as respostas da entrevista.

Na segunda etapa, a partir da terceira coluna, estruturamos um novo arquivo, unido às respostas dos 20 participantes por pergunta. Consideramos no cabeçalho uma pergunta do roteiro de entrevista. Na vertical da primeira coluna, temos cada entrevistada/o. Na horizontal, a resposta de cada entrevistada/o referente à pergunta apresentada no cabeçalho.

Nesse arquivo que uniu as respostas dos 20 participantes por perguntas, na terceira coluna, iniciamos a primeira categorização. Analisamos na resposta inserida na segunda coluna palavras ou fragmentos que identificavam, com a escrita literal da

transcrição da entrevista, temas pertinentes à pergunta. Cada escrita dessa coluna recebeu uma cor com o objetivo de aproximar os assuntos.

Na quarta coluna, temos o agrupamento desses fragmentos dos parágrafos/frases a partir das cores dispostas. Cada agrupamento recebeu um título provisório, com o objetivo de apresentar a temática destacada.

Na quinta coluna, subscrevemos com as palavras da pesquisadora uma interpretação da análise realizada na quarta coluna, com o objetivo de elencar as categorias a serem discutidas.

Nesse momento, realizamos a impressão de todo o material de análise para concluir a estruturação das subcategorias e das categorias que delas emergiram.

3ª) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: nesse momento, os dados foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. Os resultados estão estruturados em três categorias. A partir do referencial qualitativo, “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.” (Minayo, 2010, p. 209).

Os dados analisados foram discutidos à luz do arcabouço teórico sobre a integralidade em saúde, mediante diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde acerca da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Humanização, Saúde da mulher no Puerpério e da Saúde Mental.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu em acordo com as Resoluções nºs 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que orientam acerca de pesquisa envolvendo seres humanos no País, e legitima a bioética. A bioética é a prática da ética, busca uma resposta a conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde do ponto de vista de algum sistema de valores, não é uma ética teórica é prática (Singer, 1994).

Para tanto, tais Resoluções do Conselho Nacional de Saúde embasam o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas. Define que o participante da pesquisa é o indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s)

responsável(eis) legal(is), aceita ser pesquisado, devendo ser esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos (Brasil, 2012).

Anteriormente ao início do trabalho de campo, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESCO, sob parecer nº 2.305.035 e CAAE: 77161317.4.0000.0119 (Anexo A). As pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sendo que uma delas ficou com o pesquisador e a outra com o participante.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e enviadas aos participantes por *e-mail* para que pudessem validar suas falas a partir da realização da leitura e análise, correções e/ou acréscimos das informações que estavam transcritas. A partir da devolutiva dos participantes, os dados foram analisados.

Os participantes foram esclarecidos dos riscos e benefícios em participar da pesquisa, sendo que ficou explicitado que os riscos seriam mínimos, visto que os participantes responderam a uma entrevista individual e foram observados em suas ações no cotidiano de seu trabalho. Para a entrevista, foi garantido um local reservado, de modo que outras pessoas não pudessem ouvir, sendo que o participante pôde sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento da entrevista ou de participar da pesquisa. A fim de amenizar o risco da perda de confiabilidade dos dados, comprometemo-nos em manter a privacidade da identidade dos participantes, bem como não identificar a ESF em que esse atua. Também ficou garantido que os dados serão utilizados somente para fins da pesquisa.

Assim, para garantir o sigilo das identidades, definimos um codinome (nome fictício) pelo qual o participante está identificado na pesquisa. Dessa forma, os dados da pesquisa são identificados da seguinte maneira: “E/codinome” quando se refere às entrevistas, e “O/codinome” quando se refere às informações retiradas de observações individuais. Os codinomes foram definidos por Estratégia de Saúde da Família, por meio de nomes próprios comuns em determinados países, sendo que a equipe 1 foi estruturada por nomes próprios em francês; a equipe 2 por nomes próprios em italiano; a equipe 3 por nomes próprios em inglês; a equipe 4 por nomes próprios em alemão; e a equipe 5 por nomes próprios em português. Fica garantido que as gravações, transcrições e os documentos (os dados brutos) ficarão em posse da pesquisadora em um prazo de cinco anos, em computador com senha pessoal de acesso.

Sobre os benefícios ao aceitar fazer parte da pesquisa, os participantes colaboraram para o desenvolvimento de um trabalho científico, que certamente traz resultados importantes para a reflexão dos processos de trabalho no cuidado a mulheres no puerpério e suas percepções acerca do sofrimento psíquico experienciado nessa fase.

Quanto ao conflito de interesses, é importante citar que como pesquisadoras proponentes do estudo não trabalhamos nos locais em que a pesquisa ocorreu; logo, assumimos exclusivamente posição de investigadora, sem conflitos a serem considerados.

Ao término da pesquisa, os resultados serão publicizados em defesa pública do trabalho final, bem como será entregue à Secretaria Municipal de Saúde uma cópia impressa da dissertação, e a pesquisadora se colocará à disposição para apresentação em local definido por eles. Ainda, a pesquisadora enviará cópias em PDF aos participantes do estudo. Na comunidade científica, serão submetidos trabalhos em eventos científicos, bem como o trabalho será estruturado no formato de artigos e capítulos de livros para publicação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



**Obra: Maternidade**

**Autor:** Emiliano Di Cavalcanti

**Ano:** 1937

Iniciaremos a apresentação dos resultados pela caracterização dos profissionais participantes do estudo quanto a: sexo, idade, formação (graduação e pós-graduação), tempo que atua na atenção básica em saúde, bem como no atual local de trabalho (ESF).

Na sequência, apresentaremos as três grandes categorias que emergiram da análise temática dos dados: Temática 1: Compreensão de sofrimento psíquico pelos membros da Equipe de Saúde da Família; Temática 2: Integralidade da atenção à saúde da mulher no puerpério é incipiente, sendo realizada no processo de trabalho de alguns membros da equipe de saúde da família; e, Temática 3: Integralidade da atenção à saúde da mulher no puerpério não ocorre no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram vinte (20) trabalhadores de Estratégias de Saúde da Família, sendo quatro (4) homens e dezesseis (16) mulheres, com idades entre 24 e 58 anos. Em relação às áreas de atuação, são cinco (5) ACS, cinco (5) Técnicos de Enfermagem, cinco (5) Enfermeiros e cinco (5) Médicos.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

eSF/ Distrito de Saúde	Codinome	Sexo	Idade	Área de Atuação
eSF 1/ França	Denis	Masculino	41	Medicina
	Alicia	Feminino	31	Enfermagem
	Sabrina	Feminino	35	Técnico de Enfermagem
	Lorena	Feminino	58	ACS
eSF 2/Itália	Andreia	Feminino	58	Medicina
	Enrico	Masculino	29	Enfermagem
	Geovana	Feminino	33	Técnico de Enfermagem
	Sandra	Feminino	40	ACS
eSF 3/Inglaterra	David	Masculino	40	Medicina
	Julie	Feminino	28	Enfermagem
	Lisa	Feminino	32	Técnico de Enfermagem
	Kelly	Feminino	52	ACS
eSF 4/Alemanha	Jonas	Masculino	46	Medicina
	Emma	Feminino	28	Enfermagem
	Mila	Feminino	38	Técnico de Enfermagem
	Emilia	Feminino	40	ACS
eSF 5/Portugal	Inês	Feminino	34	Medicina
	Maria	Feminino	30	Enfermagem
	Ana	Feminino	37	Técnico de Enfermagem
	Leonor	Feminino	24	ACS

Fonte: Banco de dados da autora, 2018.

Em relação à escolaridade, quatorze (14) possuem formação em nível de graduação, sendo duas (2) em andamento, contemplando as seguintes áreas: enfermagem (6), sendo uma em andamento; medicina (4); pedagogia (2), sendo uma em andamento; Sistema de Informação (1) e Gestão de Recursos Humanos (1). Os demais participantes possuem nível médio ou outras formações.

Quanto à formação *Lato Sensu*, seis (6) profissionais são pós-graduados, conforme segue: endocrinologia, medicina do trabalho, medicina da família e comunidade, acupuntura e medicina do esporte, todos da área médica. Ainda, duas (2) enfermeiras e uma (1) agente comunitária de saúde possuem pós-graduação. Uma das enfermeiras tem pós-graduação em obstetrícia e a outra tem residência multiprofissional em Saúde Coletiva. A agente comunitária de saúde realizou pós-graduação em Tecnologia aplicada à educação.

A tabela 2 apresenta o tempo de atuação dos profissionais na atenção básica e em estratégia de saúde da família.

Tabela 2: Tempo de atuação dos profissionais na atenção básica e em estratégia de saúde da família.

Tempo de atuação	Atenção Básica	ESF
Até 2 anos	4	6
2 a 5 anos	5	4
6 a 10 anos	5	5
Mais de 10 anos	6	5

Fonte: Banco de dados da autora, 2018.

Em relação ao preparo/capacitação para atuação na AB, 14 relataram que não tiveram nenhum preparo; dois expressaram ter feito cursos, sendo os dois em nível de pós-graduação (Medicina da família e comunidade; Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva), e quatro em nível de aperfeiçoamento ou educação permanente em saúde, a exemplo, do introdutório em saúde da família, e curso para agentes comunitários de saúde.

A seguir, descreveremos as categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise dos dados coletados por meio das entrevistas e observações dos participantes.

#### 4.2 TEMÁTICA 1:

##### COMPREENSÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A presente categoria emergiu da composição de duas subcategorias a seguir descritas.

##### **Subcategoria 1.1:**

##### **Sufrimento psíquico compreendido na lógica da integralidade da atenção à saúde**

Os aspectos relacionados à saúde mental da mulher no pós-parto são relevantes, sendo esse cuidado marca de um elemento importante na efetividade da

integralidade na atenção à mulher no puerpério que permeia a nova fase vivida. Nesse sentido, oito (8) participantes relataram que o sofrimento psíquico trata sobre aspectos integrais da vida da pessoa, relacionados a aspectos emocionais, sociofamiliares e financeiros. Dessa forma, consideram que a vivência puerperal pode trazer à tona vulnerabilidades de cunho psicológico importantes, que deveriam ser consideradas no processo de avaliação no pós-parto, conforme constatado nos depoimentos a seguir:

Então sofrimento psíquico eu acho que é qualquer tipo de sofrimento, qualquer coisa que prejudique aquela mulher ali naquele momento de pós-parto. [...] instabilidade emocional, tristeza em relação à situação para com o bebê, para com ela, [...] tudo isso influencia na saúde mental dela, no sofrimento psíquico. (E/Alicia)

É uma noite mal dormida, querendo ou não, ela é um sofrimento psíquico, você não pode te alimentar e a criança chorar e não ter ninguém para segurar ela, enquanto você come, acaba te desgastando, você não ter um tempo para conversar, não ter alguém que te escute [...] e você acaba ficando de lado. (E/Geovana)

Aspectos financeiros, conjugais, a estrutura familiar, se essa mulher tem um companheiro que está dando apoio, se tem uma família estruturada, e o psicológico com certeza, os principais. Financeiro, e estrutura familiar, tudo isso interfere no psicológico da mulher. [...] quando está com uma vida financeira desorganizada, ou até mesmo conjugal. (E/Enrico)

A questão familiar influencia muito no puerpério. Questão social se ela tem uma condição financeira melhora, [...] ainda tem essa preocupação estética assim de que não volta o corpo ao normal também e elas vêm assim depois de uns três meses, e relatam que não voltou nada normal, está tudo ruim. (E/Emma)

A primeira questão é interação familiar, a aceitação desse bebê na família, como que é o relacionamento da mãe com o pai da criança, com os avós, essa questão familiar, essa vivência familiar, financeira, como a gente lida com a comunidade que tem um nível, uma renda mais baixa, eu acho que essa questão financeira influencia bastante nessas preocupações que elas têm do dia a dia que podem gerar sofrimento. (E/Inês)

A saúde mental é produto da interação das condições de vida social com a trajetória do indivíduo e sua estrutura psíquica. Embora o sofrimento psicológico determine uma ordem de distúrbio psíquico, nem sempre o nível será patológico, mas não excluirá a sua importância para a saúde mental da pessoa. As condições externas, como trabalho, violência, consumismo, luto, fracassos, decepções, situação financeira, dentre outras devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras de saúde ou de doença mental (Bock, Furtado, Teixeira, 2009).

Assim, a saúde mental não se materializa apenas na ausência de uma doença mental, mas sua conjuntura depende de uma série de fatores, que se relacionam com as condições internas e externas da vida das pessoas. Considerar a integralidade na

atenção em saúde significa um cuidado comprometido com as pessoas, de forma a compreender o sofrimento manifesto do outro, ou, ainda, o risco de sofrimento para assim traçar estratégias para ofertas de cuidado que se fará necessário diante de cada indivíduo (Mattos, 2009). Nesse sentido, como não reconhecer a necessária demanda advinda da atenção integral à saúde mental da puérpera, que na sua realidade vive condições adversas de mudança de vida nessa fase.

Alguns profissionais de saúde reconhecem que é comum o sofrimento psíquico no pós-parto, visto as inúmeras mudanças que estão ocorrendo com a chegada de um novo integrante à família. Conforme pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[Acredito que hoje a grande maioria das mães vão passar por um sofrimento psíquico depois do pós-parto] pois, atualmente, toda a mulher trabalha fora, tem a sua casa para cuidar, muitas vezes já tem outros filhos e você quer dar conta de tudo e às vezes não consegue. [...] porque no período puerperal é tudo uma nova vida que você tem, você não vive mais pra ti, você não tem mais horário, tu não tem mais nada, tu depende tudo daquele serzinho ali querer. Acho que é difícil, eu acho que é um período difícil. [...] A maioria [das puérperas] reclamam para gente, elas levam um susto, teve uma outra que disse assim: “Ninguém me dizia que era assim, ninguém me dizia que o neném iria chorar o tempo inteiro, ninguém me dizia que iria doer para dar de mamar, ninguém me dizia que iria sangrar, ninguém me dizia que eu não iria poder ir no banheiro na hora que eu quisesse”. (E/Emilia. Acréscimo meu)

Aquela mulher que está se sentindo super sobrecarregada, porque o bebê está com cólica, não dormiu à noite, no outro dia ela tem mais dois filhos para cuidar, você tem que mandar para escola, tem que fazer almoço, e ela vai vendo que não está descansando bem, o leite está secando, porque ela não está conseguindo relaxar para produzir todo leite, eu vejo aquela mulher que está se sentindo sobrecarregada, eu vejo bastante, várias tarefas para ela fazer, sem conseguir ter um repouso adequado que toda puérpera deveria ter, e esquecer um pouco as atividades domésticas, ou outras preocupações. (E/Inês)

[...] hoje, a maioria trabalha fora, maioria tem que dar conta da casa, maioria tem que dar conta dos filhos, a maioria tem que dar conta do marido, então reflete muita coisa, a demanda aumenta muito no psicológico, só que a equipe é falha, é bem falha mesmo. Não tem apoio [...]. (E/Enrico)

Destacamos que a compreensão de sofrimento psíquico não é reservada àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim é algo presente na vida das pessoas, que se manifestará de forma particular para cada uma. Nenhum cuidado será possível se não procurarmos compreender como se dão as causas do sofrimento, em cada situação e para cada pessoa de forma singular (Brasil, 2013a). Acredita-se que a saúde mental está totalmente associada à saúde geral. E, por isso, faz-se necessário reconhecer o sofrimento psíquico que está presente em diversas

queixas relatadas pelas pessoas que chegam aos serviços de Saúde. Logo, é papel dos profissionais de saúde o desafio de intervir sobre essas questões (Brasil, 2013a).

### **Subcategoria 1.2:**

#### **Sofrimento psíquico compreendido na lógica da psicopatologia**

Embora o sofrimento psíquico determine uma condição de distúrbio psicológico, nem sempre se caracteriza dessa forma. Contudo, essa condição não desmerece sua importância para a saúde mental. O depoimento de quatro (4) profissionais expressa relatos acerca do sofrimento psíquico como doença mental já instalada. Constata-se que há dificuldade para diferenciar o sofrimento patológico, a exemplo, uma depressão pós-parto, do não patológico, conforme constatamos a seguir:

[Para mim sofrimento psíquico é] quando a mãe acaba entrando em depressão pós-parto, pessoas que às vezes não aceitam a gestação, às vezes engravidaram tomando anticoncepcionais, esqueceram e acabaram engravidando, e já tinham outra criança pequena, ou pessoas que já têm problemas familiares, ou com esposo, ou com a mãe, com pai, ou, às vezes, mães solteiras. Acabam não aceitando a gravidez, e, depois que têm o bebê, vê que há uma vida dependendo dela, e ela achando que não vai ter responsabilidade pra cuidar daquele “serzinho”. (E/Sabrina)

Então sofrimento psíquico no pós-parto se entra naquela questão das mulheres, que talvez já tivessem um problema prévio que não tinha vindo à tona, vamos dizer assim, mas é aquela mulher que de repente não vai aceitar aquela maternidade da forma como deveria, então entra aquela questão, não é problema dela, é problema orgânico, então é aquela paciente que vai ter os sintomas próprios da depressão pós-parto mesmo. (E/Andreia)

[...] essas pacientes que são detectados casos mais graves, em alguns casos a gente já introduz a questão farmacológica e é encaminhada a um psiquiatra. (E/Denis)

[...] em relação à equipe, eu não sei te dizer [...] porque como elas ficam dentro do posto e eu fico fora. Não sei o que elas acompanham em relação a triagem, elas [técnica, enfermeira, médica] têm mais contato com elas [mulheres] no pós-parto, mas eu fico preocupada em relação à depressão pós-parto, então eu tento sempre conversar bastante com elas [puérperas], tentar identificar, se elas estão bem. (E/Leonor. Acréscimos meus.)

Cassell (2004), um importante médico de família norte-americano, relata que, para avaliar um bom serviço de medicina, deveria ser avaliado a sua capacidade de lidar com o sofrimento. Ele conclui que a Medicina moderna falha nesse teste. Se por um lado lidamos extraordinariamente bem com dor física, falhamos muito em lidar com o sofrimento psíquico das pessoas.

No campo da saúde mental, muitos são os impasses que a dualidade mente e corpo construíram ao longo da história. O patológico prevalece sobre o não patológico, embora muitas vezes o sofrimento exista sem que um grau de patologia esteja instalado. Há uma confusão de conceitos sobre psicopatologia, os quais divergem de forma absoluta, dependendo da compreensão de quem a aplica (Leite, 2001).

Ao assumir o modelo assistencial centrado na doença, a conduta dos profissionais acerca da saúde mental das puérperas fica à mercê de quadros típicos patológicos. Dessa forma, na maioria das vezes não abrem espaço para que a puérpera possa trazer à tona suas dificuldades e inseguranças, pois é criada uma barreira a fim de evitar isso, visto que quando o sofrimento não se estrutura de forma a ser definido no catálogo de doenças, não será absolvido no atendimento, embora tenhamos clareza de que as demandas da vida das pessoas possam gerar desconforto emocional.

A partir dos depoimentos de dois (2) participantes, é possível constatar que embora haja uma tentativa de considerar os aspectos subjetivos, observamos que não há valoração das demandas trazidas e/ou vividas pelas puérperas, tendo como foco os casos mais graves, o que é retratado nos depoimentos:

São sintomas que a mulher vivencia depois do parto, que às vezes podem ser leve, às vezes com uma conversa [pode ser aliviado], por exemplo, a paciente hoje de manhã disse que não estava se sentindo tão bem, mas ela não foi muito convincente que isso estava incomodando [...] São sintomas relacionados ao próprio nascimento do bebê, como eu falei pode ser leve, pode ser um pouco mais moderado, pode ser grave, e dependendo da intensidade que você percebe que está afetando a vida da paciente se ela chega aqui dizendo que quer esganar a criança é uma coisa bem grave, se ela chega aqui e diz que está mais ou menos, como aquela de hoje de manhã que não foi muito convincente, que isso estava atrapalhando, você deixa aberto para que ela repense, reflita, e se precisar conversar ela retorna, basicamente é isso. (E/Jonas. Acréscimo meu)

[...] não focamos muito no psicológico delas, a gente percebe uma coisa ou outra, uma mãe ou outra que se sabe que já tem um histórico anterior, de algum problema emocional, de algum problema psicológico ou psiquiátrico, essas estamos bem atentas, mas as outras acabam passando despercebido para gente. [...] Eu acho que é porque na saúde básica nós não temos muito foco na saúde mental, não tem essa preocupação tão grande. Acaba que o que vem aqui de Saúde Mental para gente é troca de receita, e encaminhamento para o psiquiatra, então acabamos não tendo um conhecimento sobre o tema. (E/Lisa)

Embora haja reconhecimento de alguns profissionais acerca do sofrimento da mulher, a escuta profissional está direcionada para a caracterização de quadros de

maior gravidade, não há um direcionamento para um olhar integral nem uma escolha para a integralidade por falta de um enquadramento nosológico.

Tais resultados corroboram os estudos que denunciam que muitos fenômenos psíquicos vêm sendo negligenciados pela psicopatologia tradicional por não terem um caráter patológico, embora as tristezas, frustrações, angústias sejam temas importantes na assistência em saúde, pois tratam de fenômenos da existência humana e carregam seu valor pelo sofrimento que geram (Moraes, 2010; Pereira, 2000).

O termo "psicopatologia" encontra-se associado a um grande número de disciplinas que se interessam pelo sofrimento psíquico, como a medicina, a filosofia, a psicologia, entre outras. E apresenta-se como um desafio quanto ao diálogo inter científico entre as diferentes abordagens teóricas. O psiquismo não se reduz a uma única forma de discurso.

Dentre as inúmeras tentativas de superar os impasses criados pela pluralidade de leituras em relação aos dramas do sujeito, o expoente máximo é, sem dúvida, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e a igualmente reputada Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A grande crítica que se faz a essa abordagem é o fato de não levar em conta a subjetividade do sujeito, que será "classificado". Além disso, existe a subjetividade daquele que o "classifica", que se implica diretamente naquela relação que se estabelece (Ceccarelli, 2005).

O médico Sigmund Freud, com suas teorizações, estudou sobre o funcionamento normal e patológico. Para ele, o que diferencia o normal do patológico é uma questão de grau e não de natureza, isso é, em todos os indivíduos existem as mesmas estruturas psíquicas, que se mais ou menos "ativadas" são responsáveis pelos distúrbios e pelo sofrimento do indivíduo (Bock, Furtado, Teixeira, 2009).

Na atenção à saúde temos um imperativo, que é a liberdade de escolha do profissional diante do usuário dos serviços. E esse que está à frente da pessoa decide o caminho a seguir, tem liberdade para governar seu ato no processo de trabalho. Assim, pode decidir por um cuidado em saúde acolhedor ou prescritivo, sendo esse registro singular de cada profissional. Aliado a isso, temos forças gerenciais na tentativa de engendrar e direcionar o trabalho, sendo essa uma força que muitas vezes

disciplina. Diante dessa realidade, será que o trabalhador não se deixa capturar por tais forças? Assim, prevalece sua liberdade (Franco, 2007).

#### 4.3 TEMÁTICA 2:

### A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO É INCIPIENTE E REALIZADA POR ALGUNS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa categoria se constituiu a partir da estruturação de duas subcategorias a seguir descritas.

#### **Subcategoria 2.1:**

### **Preocupações com aspectos psicológicos e de valorização da subjetividade da mulher no puerpério ocorre por alguns profissionais da estratégia de saúde da família**

No trabalho de campo, percebemos que alguns membros da equipe apresentam maior cuidado às demandas advindas das puérperas, que ultrapassam as questões relacionadas à atenção fisiológica, visto que buscam analisar sinais, expressões e falas, que podem ser sugestivos de cansaço, esgotamento físico e mental. Os depoimentos a seguir expressam esse cuidado.

[...] é a aceitação do bebê [...] eu observo muito sinais [...] de como a mãe está tratando o bebê, algumas frases, alguns gestos [...] se ela [puérpera] está bem, ou não, se está meio pelos cantos, não quer cuidar muito da criança e tal, [...] a fala do acompanhante na consulta, o histórico pregresso dela, de problemas psiquiátricos, ou de depressão, o contexto social que ela está vivendo no momento, que às vezes a mulher tem uma família boa, tem uma estrutura adequada, mas naquele momento, até por outro fator que não [é] gestacional não está bem. (E/Inês. Acréscimos meus)

[...] fico observando, se é uma paciente que dá a sensação que está esgotada, que está cansada, parece que é tudo negativo, parece que já está no limite, e você sabe que não é saúde física, não é porque está com anemia, não é porque está com alguma coisa, é porque está esgotada mesmo, ou algo que já vem da gestação, que já não estava mais aguentando aquilo, e aí quando ganha o bebê continua com o problema. (E/Leonor)

Os resultados remetem à necessidade de incorporarmos no cotidiano dos serviços uma concepção ampliada de saúde na compreensão de determinantes biológicos, sociais, econômicos e psicológicos para a superação do modelo biomédico

(Arantes, Shimizu, Merchán- Hamann, 2016). Além da importância da relação profissional *versus* usuário, baseada no vínculo e no fortalecimento dele com responsabilidade, pode ser observado na fala desses profissionais citados suas preocupações voltadas para a demanda do puerpério, que ultrapassam as vivências biológicas (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008).

O trabalho em equipe deve ser construído numa perspectiva que encontre efetividade na mudança de lógica, que oriente os processos de trabalho e organização do serviço, do modelo biomédico e tecnocientífico para uma lógica da integralidade do cuidado em saúde. Esse cuidado deve ser natural, favorecendo a articulação das ações e construção de um projeto comum (Peduzzi, 2010).

Diante dos resultados até aqui apresentados, cabe-nos a indagação do porquê ainda é tão difícil para os profissionais de saúde atuarem a partir da lógica da integralidade. Que valores são esses que ficam nas entrelinhas e não deixam os profissionais olharem para as pessoas e suas necessidades? Será que isso se explica apenas por que vivemos uma cultura da individualidade, ou essa postura antecede o momento histórico-geracional que a nossa sociedade vive?

Como se pode observar no depoimento a seguir, de um profissional que, ao vivenciar a lógica de integralidade, reconhece que o trabalho realizado na atenção básica deveria emergir da necessidade do usuário.

[...] Na atenção básica você não consegue dividir a pessoa, o que é social dela, o que é biológico, o que é familiar, você não consegue, porque é tudo misturado! [...] a gente lida é tudo junto, não se divide isso por mais que o biológico não esteja bem ou esteja bem, é tudo muito junto, na atenção básica se cria vínculo realmente com a comunidade, você sabe quem é, onde mora, com quem mora, o que come, você sabe se essa pessoa só faz isso por causa disso. (E/Emma)

O depoimento sugere que o êxito no alcance de resultados para a saúde das pessoas na maioria das vezes é determinado a *priori*, a partir da relação estabelecida de profissional *versus* paciente/usuário, independentemente das mudanças que ocorrem no processo. Logo, elas não devem apenas estar configuradas na modalidade do agir instrumental e estratégico, mas pautadas em uma atenção voltada ao cuidado e à integralidade da atenção (Peduzzi, 2010).

O cuidar implica conhecer a necessidade do outro, mas para se conhecer algo é necessário estar aberto, criar vínculo com o que se quer conhecer e, dessa forma, não permitir que o eu esteja à frente do tu, sendo que o “eu e o tu” devem ser permeados pelo “nós”, ou seja, que a pessoa que precisa de cuidado de fato seja a

protagonista da relação, que deve ser construída no coletivo formado por indivíduo, família e profissionais da saúde.

Um dos elementos importantes na rotina da atenção básica é o acolhimento das demandas espontâneas de atendimento. Para tanto, conforme os depoimentos, observamos que há um cuidado para facilitar o momento vivido pela puérpera, facilitando o acolhimento no atendimento a gestantes, puérperas e ao recém-nascido, por meio da adequação de horários de atendimento e realização do teste do pezinho.

O teste do pezinho é livre demanda, elas vêm, então agendamos uma visita domiciliar, prestado todas as orientações, todos os cuidados. (E/Maria)

Se solicita para vir fazer o teste do pezinho, procuramos um horário mais acessível, tanto para elas, como para o bebê não ficar no meio da aglomeração das consultas médicas [...] Na verdade não agenda, deixa um horário específico, a gente orienta a vir entre tal e tal hora, que um horário mais tranquilo para essa mãe ficar mais à vontade aqui [...] (E/Lisa)

Mas como eu falei para você a equipe sabe o seu papel, a mulher chega as meninas já sabem que tem dias específicos que o médico atende puérperas e crianças, então não importa se tem um monte de gente querendo consulta vai ter a vaga delas sempre reservada, então sempre que tiver que passar pelo médico, ela vai passar. (E/Emma)

A integralidade pode ser compreendida em uma perspectiva direcionada ao compromisso do cuidado, referindo-se ao ato integral de cuidar, na relação entre profissional e usuário. Para tanto, a integralidade ocorre no aqui agora, no momento, diante da demanda que está à frente, reconhecendo o usuário em suas necessidades, com seus desejos e anseios (Pinheiro, 2009a). Avaliar a demanda e decidir sobre a melhor forma de acolhê-la é uma decisão essencial para o cuidado integral para que se possa, dessa forma, fomentar a humanização nas práticas de saúde.

Na relação que se estabelece entre usuário e profissional, a capacidade empática é um fator importante para iniciar um acolhimento das necessidades advindas dos usuários, pois as experiências do puerpério dos próprios trabalhadores da saúde favorecem o olhar integral nessa fase. Assim, os depoimentos a seguir retratam, por meio de experiências pessoais de quatro (4) participantes, seja como mãe ou na relação com amigas mães, maior facilidade de compreender o momento vivido pelas puérperas atendidas no serviço.

Às vezes eu tiro por mim, na minha última gravidez, eu passei bastante trabalho com isso, de dar conta de um [filho], de dar conta de outro, de não poder nem ir no banheiro a hora que tinha vontade, de tomar banho a hora que eu quisesse, porque

não tinha outra pessoa para olhar e não queria deixar sozinho, eu acho que isso mexe com a gente. (E/Emilia. Acréscimo meu)

[...] eu tento sempre que cuidar quando eu vou visitar as puérperas que são minhas amigas que ganham o bebê, eu sempre pergunto como é que você está? Trago um presentinho para a mãe e não para o bebê, porque muitas vezes elas se sentem rejeitadas, porque todo mundo quer ver o bebê, e elas deixam de ser também o foco, como era no período de gestação. Faço isso, porque a gente sabe que existe. (E/Emma)

Eu me preocupo bastante [...] quando eu ganhei minha filha teve uma mulher que jogou o bebê do hospital, quando nasceu, os médicos falaram que ela estava com “psicose puerperal”, mas para mim foi muito horrível, ela simplesmente pegou o bebê do berço e jogou pela janela. Isso foi traumático pra mim, então sempre fico atenta às puérperas. (E/Kelly)

[...] quando tive meu filho, eu vivi isso. Fui para casa e sentia aquela tristeza, mais não uma tristeza, eu sentia falta dele dentro da minha barriga, eu tomava banho, eu sentia falta dele, que ele era só meu, só meu. Então pensava que não era normal. Então eu comecei a procurar sobre essa parte da tristeza da mulher. [...] Acho que o grupo faz a diferença, me ajudou bastante. (E/Mila)

Pinheiro (2010) relata que aprender por meio da experiência é “fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais vidente que evidente, criadora que reprodutora” (Pinheiro, 2010, p. 257). Dessa forma, faz-se possível o colocar-se no lugar do outro e assim se dar conta do momento vivido por outra pessoa, que deve ser respeitada em suas necessidades.

Ao levar em consideração a capacidade de colocar-se no lugar do outro como característica importante na relação profissional *versus* usuário dos serviços, esse atributo favorece a observação de como ocorre o vínculo na relação mãe e bebê. Conforme relatos de dois (2) profissionais, é possível verificar que há preocupação com a falta de afeto, que pode ser gerada na relação devido à dificuldade de amamentar ou por outros fatores que prejudicam o fortalecimento de vínculo. Esse aspecto que pode ser constatado nos depoimentos e observações a seguir descritos:

Minha preocupação maior é a falta de afeto pelo bebê, assim eu quero que elas sintam afeto pelo bebê e saibam que é um ser humano que está ali, que é deles. (E/Lisa)

[...] explico a parte mais técnica de amamentação, mas reforço e cuido muito a questão do afeto também. Para além dos benefícios do leite materno, para mim a amamentação é importante por causa do afeto, que infelizmente muitas mulheres às vezes não entendem e já partem para suplementação. (E/Julie)

Os profissionais de saúde da atenção primária têm um papel importante quando observam problemas na relação dos pais com os bebês. É importante que estejam realmente atentos ao vínculo que se estabelece entre mãe e bebê por meio da amamentação, pois ele pode ser um sinal de que a mãe não esteja bem emocional

e psicologicamente. Deve-se observar a forma como a mãe e a criança se olham, se há de fato comunicação (Brasil, 2013c).

Os resultados expressam que sete (7) participantes veem com atenção a saúde mental no puerpério. Trazem suas percepções acerca das preocupações com demandas psicológicas das puérperas no levantamento de informações para avaliar melhor o drama psicológico no qual elas possam estar envolvidas, bem como estão atentos às mudanças que ocorrem na vida da mulher nessa fase. Uma das participantes citou a dificuldade que as mulheres têm para compreender a experiência na qual estão imersas:

Se tenta investigar o nível do estresse dela, e o porquê ela está estressada [...] porque é um evento diferente, pois você vai ter um bebê que não vai te deixar dormir a noite inteira, porque você tem que levantar para amamentar, você não vai poder mais sair às vezes com os amigos, não vai poder fazer as coisas que habitualmente fazia durante um tempo, então um nível de estresse na adaptação é normal. Agora, se isso está incomodando ela em um nível muito alto, acabo encaminhando para a psicóloga. [...] às vezes só uma conversa ela tem com a psicóloga, coloca os pingos nos "is", acerta os pontos, pois vê qual é o problema, dá um rumo para o conflito que está ocorrendo. Outras acabam fazendo acompanhamento. (E/Emma)

Eu me preocupo bastante com a saúde mental. É como eu lhe falei, eu vou, eu busco, tento conversar, vejo se tem alguma coisa errada. Se eu vejo que tem algo errado, eu já procuro alguém [...] (E/Kelly)

Porque algumas coisas não são ditas, são percebidas, e a consulta médica quando ela comparece aqui na unidade, é um meio de observar como ela está, como é o comportamento dela com a criança, desde o momento que ela entra no consultório, então são momentos que a gente consegue estar acompanhando e percebendo essa mulher. (E/Alicia)

[...] a gente tenta através da conversa, verificar como que essa mulher está se comportando, através da fala dela, às vezes você não vai verificar pelo semblante, às vezes elas não demonstram. Então é através do diálogo que você consegue estar juntando uma coisinha na outra, você consegue verificar se está tudo certo, se essa mulher está descansando, se está tendo apoio do marido, dos familiares, se ela está conseguindo realizar as atividades cotidianas dela. (E/Maria)

A gente tem um cuidado, mais eu acredito que ainda falta muito para gente aprender e para observar se elas estão bem ou não. Como te disse, aquela capacitação que a gente teve foi mais o físico, e às vezes nem todas apresentam sinais de que realmente estão passando por um momento ruim, nem todas você consegue observar na visita de que elas não estão bem psicologicamente no pós-parto. Algumas demonstram, algumas choram para a gente, algumas reclamam, mas outras não, isso me preocupa. (E/Emilia)

A integralidade na atenção consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que busca o serviço de saúde e destaca que se faz necessária uma atenção direcionada para que esse cuidado não seja uma resposta reducionista que considera

somente os aspectos fisiológicos, visto que essa postura cria silenciamentos (Pinheiro, 2009b).

Os dados expressam que há profissionais atentos à realidade vivida pelas puérperas, relatam acerca de preocupações que expressam seus olhares em relação à integralidade na atenção, à saúde mental/psicológica e à falta de afeto entre mãe e bebê. A subjetividade experienciada no puerpério é particular, logo, depende da vivência de cada mulher. Quatro (4) participantes expressam a importância de valorizarmos a subjetividade das puérperas, considerando sua singularidade. Nos depoimentos a seguir fica claro que os profissionais reconhecem que a subjetividade é singular, e que esse aspecto é importante para reconhecer se há saúde ou sofrimento psíquico. No último depoimento, o profissional relata sobre a importância da atenção às demandas da puérpera como forma de valorar o momento por ela vivido:

Porque lidar com pessoas diferentes, porque às vezes o que pra mim é suficiente para você não é, e aí você acaba sofrendo. Pode estar na mesma situação que eu, mas você pode sofrer e eu não, então é muito individual. (E/Alicia)

Olha, cada um tem um jeito de reagir, porque tem as dificuldades, vamos dizer assim, uma dor minha não é a mesma que a sua, então cada um tem uma forma de encarar isso. (E/Lorena)

[...] eu acho que varia muito de pessoa para pessoa, porque para mim pode ser um sofrimento psíquico pós-parto, para ti, pode não ser. Tipo minha cunhada até hoje ela sofre, ela não sabe o que fazer com a filha dela em algumas situações, coisas que para mim é normal, “a ele não quer comer, ele não quer comer agora”, ela já sofre por aquilo. (E/Mila)

Agenda uma consulta comigo, o bebê também é agendado uma consulta para ele, normalmente não se faz junto, consulta a mãe, na sequência o bebê, até para focar na mãe, às vezes a mãe também quer aquele momento dela, falar o que está acontecendo, as dúvidas, alguma angústia, as mudanças no corpo, etc. [...] Eu procuro focar na mãe, porque a gente percebe que nesse período pós-parto o foco é muito maior no bebê. [...] minha preocupação principal é você valorizar a mãe, a mulher e todo aquele período que ela está vivenciando, [...] é um momento único e diferente para mãe, e então valorizar ela, as queixas dela, as dúvidas dela. (E/Inês)

Embora nem sempre o indivíduo reconheça claramente suas necessidades em saúde, a intervenção deve atuar para reconhecer a necessidade de cada usuário, considerando sua subjetividade. A noção de cuidado deve estar para além das demandas que indicam algum distúrbio, buscando alcançar a saúde dos sujeitos (Ayres, 2000).

Considerar a participação do pai nos atendimentos às gestantes ou puérperas é elemento essencial para minimizar riscos importantes à saúde psicológica da

mulher. No trabalho de campo, percebemos que três (3) profissionais da ESF citam a importância de fortalecer a participação e a valorização do pai no acompanhamento gravídico puerperal para fortalecer a rede de apoio, conforme pode ser constatado na descrição de uma (1) entrevista e nas observações a seguir:

[...] uma coisa que a gente não consegue às vezes fazer com que o marido ou então qualquer acompanhante venha na consulta é muito difícil eles não veem, às vezes eles estão dentro do carro e peço para chamá-lo [marido], ele vem todo quietinho, senta no canto e fica aqui, mas não são todos que participam, também tem isso, é bem difícil. (E/Emma. Acréscimo meu)

O pai do bebê entra na sala, a enfermeira diz que estavam esperando ele chegar, orienta sobre a importância do teste do pezinho, que deve ser realizado dentre três a sete dias depois do nascimento, dessa forma poderá identificar possíveis doenças, problemas de sangue, que se forem diagnosticados em tempo tem como serem tratados e a criança ter uma vida normal. Então ela explica a importância do pai nos momentos depois do parto. (O/Maria)

A enfermeira relata sobre o acompanhante no parto, a gestante conta que pela primeira vez seu marido a acompanhará, que ela o alertou sobre o momento, e que precisa estar bem para estar lá, a enfermeira reforça a parceria do marido da gestante, comentando sobre o acompanhamento que já realizou a ele, com exames rápidos para com o pai, preconizados agora também pelo MS. (O/Alicia)

O apoio do companheiro à puérpera tem papel importante para o fortalecimento e a construção da relação e da confiança, o que favorece o potencial da puérpera na relação mãe *versus* bebê. Primeiramente, estando ao lado da mãe para acolher suas ansiedades, além das necessidades da criança, e, dessa forma, construindo-se na relação paterna.

A ESF atua ativamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê. A busca da inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção é elemento importante do ponto de vista psicológico. Essa relação auxiliará na separação subjetiva entre mãe e filho, auxiliando no processo de independência da criança (Brasil, 2013c). O enfermeiro é um dos profissionais da ESF que deve estar preparado para perceber os sinais iniciais em qualquer condição atípica no puerpério. Sua intervenção deve ser ágil e eficaz.

Nesse contexto, ao se observar consultas e orientações de enfermeiros, podemos constatar que foram citadas como estratégias preventivas importantes para abordagem psicológica da mulher o incentivo à participação do parceiro nas consultas (Valença, Germano, 2010).

Em relação à importância do vínculo entre profissionais *versus* puérpera e/ou gestante, percebemos que os profissionais que conseguem estabelecer uma relação

de vínculo forte aumentam a possibilidade de êxito no acompanhamento da puérpera. Assim, a integralidade na atenção fica presente. É o que expressam os depoimentos a seguir:

[...] igual esses tempos eu precisei me ausentar, então teve mãe que não vacinou, esperou eu retornar, porque elas pegam a confiança na gente, então elas não se encabulam ou ficam envergonhadas de perguntar alguma coisa, elas tão sempre conversando com a gente. (E/Ana)

Então, desde o acompanhamento, esse estabelecimento de vínculo, acho que é bem importante na questão do pré-natal. Querendo ou não, a gente tem essa troca de informações, o estabelecimento de uma relação de confiança com elas, isso abre as portas para que no puerpério se tenha acesso a essa casa, a essa pessoa, a essa família E poder nos relatar, ter a confiança de nos relatar em relação aos sentimentos dela, acho que isso facilita bastante. (E/Alicia)

[...] essa questão subjetiva, eu creio que nesse sentido, nessa abertura que a gente dá, e nesse relacionamento mais profundo que eu tenho com elas, sabe, eu acho que a gente consegue ir mais a fundo nesse sentido, por essa confiança no relacionamento, nessa facilidade de comunicação que a gente tem. (E/Inês)

Facilidade eu vejo quando a gente tem um bom vínculo com a mulher, é muito mais fácil dela ter abertura e vir falar para você, “ah, eu não tenho vergonha, não tenho medo de me abrir”. (E/Emma)

Eu acredito que a gente tem um vínculo bem forte assim com as nossas gestantes, eu tenho bastante controle assim sobre as minhas gestantes, eu estou sempre acompanhando, eu entro nas consultas, eu sei assim tudo de cada uma, então, assim, se tem algum problema eu também passo para as meninas, tanto para agentes comunitárias, como para as técnicas. (E/Maria)

O cuidado da ESF em reconhecer a importância do vínculo na atenção expressa o valor da integralidade no cuidado, embora, acima, possamos observar um depoimento que trata sobre um vínculo individual. Aspecto que deve ser reconhecido para o fortalecimento do relacionamento da ESF com a usuária e sua família. Convém lembrar que

Dessa forma, espera-se que os profissionais, além de identificarem as necessidades em saúde psicológica das puérperas, ainda possam acompanhá-las durante toda sua trajetória. Relatos demonstram que diante de alguns casos há acompanhamento com manejo de medicamentos e atenção aos aspectos psicológicos da puérpera:

[...] se ela vem para unidade, ou se a agente comunitária detectou, ou a equipe de enfermagem detectou alguma coisa diferente, ela vem para consulta, eu avalio e trato o que é possível tratar na unidade [...] o manejo farmacológico, se for algo leve, começo na unidade, se não, vou encaminhar, [...] só os casos de depressão leve se mantêm na unidade, porque às vezes é só você tratar aquele período ali e ela melhora. (E/Andreia)

As puérperas que tinham sintomas como estes que você comentou, que eram bastante leves, só com conversa consegui resolver. Mas as que chegaram com sintomas mais graves, em que se percebia que estava incomodando muito a mulher [...] que era muito intenso o sofrimento, acho que o sofrimento psíquico foi iniciado o uso da fluoxetina. Geralmente é o que foi feito, nos casos mais brandos, assim de grosso modo falando, os casos mais brandos a conversa normalmente funcionou, nos casos moderados a graves então o acompanhamento psicológico e o uso da fluoxetina [...]. (E/Jonas)

A atenção direcionada diretamente pela ESF por alguns profissionais indica um movimento importante na integralidade da atenção realizada pelo profissional de referência, visto que ele, normalmente, já tem um vínculo mais estreito com a puérpera. Inclusive, se há indicativo técnico de que a puérpera precisa ser encaminhada a algum serviço de atenção à saúde mental, a equipe deverá manter o seu acompanhamento na unidade (Brasil, 2013c).

Baseando-se na perspectiva da importância do vínculo e na busca pela prevenção, a seguir consta um relato acerca das propostas interessantes para olhar a saúde psíquica da mulher no puerpério, de modo a tratar como potencial de mudança a forma de intervenção. Inicialmente, segue o relato de um profissional da enfermagem que reconhece os 42 dias de puerpério como sendo um período comum para o restabelecimento da mulher no pós-parto. Ele ressalta que existem casos em que as demandas psicológicas aparecem posteriormente a esse período.

Puerpério são os primeiros 42 dias pós-parto, são as mudanças que a mulher tem com o corpo para voltar ao antes da gravidez, é o tempo necessário para o útero voltar ao normal, o corpo começar a voltar ao normal, toda a questão metabólica que muda durante a gestação e precisa desse tempo para se restabelecer. Nesse período podem surgir algumas doenças que não tinham surgido durante a gestação, pode acontecer de ter alguma coisa nesse puerpério e até o próprio pós-parto. Contudo, é só um número estimado de 42 dias, pois tem mulher que aparece depois de mais tempo, passa o primeiro mês está indo super bem, lindamente, chega ali pelo terceiro mês está cheio de mastite ingurgitamento, [...] e dá um monte de complicação, a mulher fica toda estressada, então assim você achou que estava super bem na amamentação, e deu problema depois, não é mais aquele puerpério imediato ali que fala os 42 dias, mas ela está no puerpério ainda e é uma dificuldade que se vai ter ainda. (E/Emma)

Estou sempre observando os sinais de como a mãe está tratando o bebê, ao que que a vó que veio junto está falando, [...] ela [não] está dando conta de tudo, ela está bem, [...] ela [não] está meio pelos cantos, não quer cuidar muito da criança e tal, alguns sinais sutis que a própria, ou familiar, ou marido trazem [traga], isso é algo que me preocupa bastante [...] que eu observo que é algo que é uma preocupação bem constante nossa em relação a essa saúde mental, por todas as questões hormonais que a gente falou, mais [mas] também por toda essa vivência nova que a mulher está vivendo e a aceitação do bebê, enfim. Então eu observo muito [os] sinais, assim, algumas frases, alguns gestos, a fala do acompanhante na consulta, o histórico progresso dela, de problemas psiquiátricos, ou de depressão, o contexto social que ela está vivendo no momento, que às vezes a mulher tem uma família boa, tem uma estrutura adequada, mas naquele momento, até por outro fator que não [é] gestacional. (E/Inês. Acréscimos meus)

Dados epidemiológicos indicam a importância da intervenção precoce do sofrimento psíquico já na gestação. Assim, conhecer os aspectos das demandas psicoafetivas dessa fase possibilitará intervenções necessárias, que podem ser realizadas por equipes multiprofissionais. A atuação preventiva nesse período propiciará à nova mãe apoio para enfrentar eventuais episódios mais sérios, como a depressão pós-parto. Além disso, a atenção precoce representa a prevenção de um padrão negativo na interação mãe-bebê, trazendo importantes repercussões para o seu desenvolvimento (Coutinho, Saraiva, 2008).

Algumas ESF realizam grupos com as mulheres na gestação. Embora isso não seja realizado no puerpério, observa-se nos depoimentos de três (3) participantes que a atuação do grupo tem sido de grande valia no reconhecimento do sofrimento psíquico no pós-parto. Há relatos sobre o desejo de iniciar o trabalho em grupo, bem como sobre a importância desse suporte para o período gravídico puerperal. Contudo, poucas unidades desenvolvem efetivamente os grupos.

[...] tivemos o grupo e contaram as experiências, uma delas falou que teve depressão pós-parto e que ninguém identificava, mas ela identificou que era, já na gestação anterior. No ano de 2018 a gente teve duas puérperas (com sofrimento psíquico), e por coincidência assim essas duas estavam no grupo, mas só ganharam esse ano, elas estavam no grupo quando a gente falou sobre toda esta questão emocional. [...] como teve o grupo, elas mesmas identificaram que tinham problema, vieram e falaram do problema para a gente, então foi bem fácil de diagnosticar porque elas vieram e falaram [...] elas sentiram a liberdade de falar e a gente aproveitou que tem psicólogo que atende e dá suporte à equipe na unidade, e o médico, pois uma precisou medicar. (E/Emma)

Eu até tenho uma também que está gestante, mas essa que foi pós-parto ela já tinha alguns sintomas psicológicos que já eram tratados com a psicóloga, ela vinha em tratamento com a psicóloga. Durante a gestação, ela participava dos nossos grupos e ela mesmo conversou com a psicóloga [...] ela começou a falar alguns sintomas que ela estava apresentando e começou o atendimento com a psicóloga certinho e depois no período de pós-parto ela tinha choro fácil, ela estava com dificuldade para amamentar, irritabilidade. Mas daí ela foi tratada com psiquiatra, foi tratada certinho, e melhorou. (E/Maria)

[...] futuramente com o grupo de gestante que eu quero implantar, também vai abordar o período puerperal com certeza, que faz parte do cuidado da mulher, então eu acho que isso vai melhorar, levar a informação para essas mulheres [...] a gente deveria ter um suporte melhor para trabalhar esse tema, mas acredito que abordar em grupo já seja uma importante ferramenta. (E/Enrico)

É necessário dar destaque à reflexão sobre práticas, buscando oferecer outras ações no puerpério, como a realização de grupos na comunidade, que buscam avançar e ressignificar práticas vigentes, reconhecendo a necessidade de oficializar a

ideia de que a mulher deve ser o foco, como nutriz, e principal cuidadora dos filhos (Zocche, 2014).

Para tanto, ultrapassar as práticas de atenção fragmentadoras e alcançar novas possibilidades de atenção são uma forma de potencializar diretamente o cuidado a essa mulher (Arrais, Mourao, Fragalle, 2014) e também a seu filho, que se não receber a atenção devida terá consequências em seu processo de desenvolvimento (Silva, Merhy, Carvalho, 2007; Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

[...] as equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com outros usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de disfunções biomecânicas para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável (Silva, Merhy, Carvalho, 2007, p. 5).

Observa-se que a atuação do grupo de gestantes tem auxiliado na capacitação e na preparação de técnicos de enfermagem e de agentes comunitários de saúde para tratar das necessidades da mulher no puerpério, conforme relatos de dois (2) participantes:

Assim, a nossa médica, ela vê muito isso, então ela procura sempre, ela sempre está tentando fazer alguma coisa com que se aprenda mais com relação à gestante. [...] uma coisa que ela quer bastante é que a gente sempre esteja nos grupos, porque ao mesmo tempo em que ela está ensinando a gestante, ela está ensinando a nós, para depois poder conduzir [...]. Então, a gente tem bastante capacitação com a nossa médica, cada grupo que ela faz independente, ela quer que a gente participe. (E/Sandra)

Qualificação da equipe não, mas acaba que quando tem o grupo de gestante, elas vêm e conversam, assim as técnicas e as ACS acabam aprendendo as coisas. As técnicas participam dos grupos, as agentes comunitárias nem todas, mas às vezes uma ou outra participa, acaba participando, vai tirar foto ou então quer ficar ali para ouvir porque é legal e elas acabam aprendendo. E/Emma)

Uma reflexão importante citada por Vilella e Oliveira (2009) nos mostra que no início do movimento feminista a promoção de grupos era um modelo de intervenção que trouxe bons resultados como uma proposta de reflexão dos problemas vividos pelas mulheres e uma estratégia desmedicalizada como forma de ressignificar experiências, refletindo criticamente acerca das ambiguidades que marcam a vida das mulheres diante da sociedade, sobrecargas que auxiliavam no processo de dar-se conta dos sinais, reconhecendo o sofrimento para não transformá-lo em doença.

O trabalho educativo realizado em grupo é atribuição e característica própria da ESF (Lopes, Henriques, Pinheiro, 2009); contudo, os serviços de saúde não têm

assumido a incorporação de fluxos e rotinas mais adequados às mulheres que trabalham e não conseguem garantir o acesso aos serviços do SUS, aspecto que precisa ser revisado no processo de trabalho (Villela, Oliveira, 2009).

Dentre os profissionais da saúde, o agente comunitário de saúde tem um papel importante na relação com o usuário e com a equipe de saúde, pois faz a ponte entre o serviço e a comunidade. Diante de sua contribuição, pode materializar as necessidades da comunidade, visto que conhece as demandas ali existentes; logo, é um porta voz de informações (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008). Os resultados do citado estudo corroboram os achados da presente pesquisa, conforme pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[Quanto à integralidade no atendimento] elas [ACS] tentam fazer o máximo possível dentro das condições delas, das condições que nós temos, tanto de trabalho, quanto as condições técnicas, e de conhecimento. Então é uma questão de empatia, elas sempre tentam se colocar, até porque é elas que têm o maior contato com esses pacientes, elas que visitam a casa, elas que conhecem a família, elas que conhecem os vizinhos, elas que conhecem o território, o que tem próximo, o que que não tem, se tem acesso a lazer, se não tem. (E/Alicia. Acréscimos meus)

[...] era o primeiro filho [...] fazia dez dias que ela tinha ganho o bebê e não tinha dado banho. O bebê chorava, ela estava estressada e eu disse: - tu podes deitar, descansar. Eu vou dar um banho no teu bebê. Aí tu descansas bem, depois você vai amamentar. [A que visitamos ontem,] conheço ela há seis anos, [...] é bem comunicativa, e ontem ela estava fechada, trancada, eu não vi ela sorrir, ela não falava, ela só respondia o que se perguntava, por isso que eu quero ir ver se está acontecendo alguma coisa [...] Outra puérpera, que já tinha o terceiro filho. Já não precisava tanto de mim ali. Um dia eu cheguei lá, ela estava desesperada porque o filho não parava de chorar, porque ela já tinha passado três noites e não sabia o que fazia. Dizia que não tinha leite, que não sentia o leite descer. Então fiz um chazinho para ela, sentei, conversei. O bebê mamou, dormiu. Comecei a conversar com ela. [...] Ela não conseguia trazer na creche por causa do pequeno. Aí eu disse, eu venho buscar eles de manhã, antes de eu começar a trabalhar e levo para creche. Então quer dizer, eu acompanhei ela até terminar o puerpério. Então tento ajudar, porque estamos aqui para ajudar [...] O médico, a enfermeira, dizem que me doo muito, eu respondo: - mas é o meu trabalho, eu ganho para isso. (E/Kelly. Acréscimo meu)

O fato de estar próximo à vida das pessoas de forma mais sistemática, embora essa função deva ser exercida por todos os profissionais, o ACS tem uma particularidade importante, um desejo de ajudar que normalmente é o que o move para estar ali. O processo de trabalho do ACS, até a aprovação da PNAB de 2017, não havia sido muito afetado pelo modelo biomédico fragmentador, uma vez que suas intervenções eram diretamente voltadas às necessidades apresentadas pela comunidade.

No presente estudo, as ACS realizam visitas sistemáticas e auxiliam nas demandas que as puérperas precisam, além de observarem mudanças no ambiente familiar. Seu trabalho costuma partir do senso comum, e as demandas que emergem na comunidade geralmente são trazidas e apresentadas nos serviços de saúde, pois realizam o importante papel de facilitar o acesso da população à assistência em saúde (Alonso, Béguin, Duarte, 2018).

Essa análise pode ser observada nos relatos a seguir:

Eu tento fazer visitas diárias, mas às vezes não é possível, porque puerpério são 40 dias. Então, pelo menos, a cada dois dias eu gosto de ir, ver como é que está; como que está se passando; se está tudo bem; se o bebê está bem; se ela está se sentindo bem, se está conseguindo amamentar; se está comendo... [...] se tem alguém junto com ela; se ela está sozinha e se está sozinha, eu já procuro ajudar, se tem roupa para estender, já estendo, já dou uma mãozinha, converso, faço um pouquinho de companhia também. [...] Tem puérperas que às vezes eu passo uma manhã ou tarde toda com ela. [...] Então aí elas não sabem dar banho, amamentar, elas não sabem, o bebê chora, tudo para elas é cólica e às vezes não é. [...] participar da comunidade, ter acesso a eles, é o que eu digo, “se você é uma agente comunitária e diz ‘ah, eu não tenho acesso a casa dos meus pacientes’”, tem que ter, porque o teu trabalho é dentro da casa deles, não é na cerca. (E/Kelly)

Eu acredito que sim [nosso atendimento deve ser integral], ela me pediu para dar banho no bebê porque ela estava sozinha, geralmente era a vizinha que ia ajudar, a vizinha não estava, dei banho no bebê, ajudei, passei quase uma manhã toda lá com ela, mas depois ela foi indo, é mais nos primeiros dias que se sentem mais perdas. (E/Emilia. Acréscimos meus)

No posto de saúde, a gente procura ir visitá-la, ver se está tudo bem, se não está, vamos ver, se o bebê começa a mamar, se o seio fica muito cheio, assim a gente visita, e ensina ela como tirar o leite, dá o apoio, pois nesta fase a pessoa fica mais carente, às vezes são mães de primeira viagem, então temos que dar um apoio maior para elas. [...] A hora que ela chega do hospital faço a visita, depois já é marcado para ela vir a consulta para ela e para o bebê, se vê as necessidades que ela tem ali quando chega em casa. (E/Lorena)

A atenção disponibilizada pelas ACS às puérperas segue a lógica da integralidade ao estar aberta às demandas que emergem das mulheres. É um movimento que sugere respeito às dificuldades enfrentadas nessa fase, e direciona até aonde é necessário ir ao criar um espaço de respeito e fortalecimento de vínculo. As experiências relatadas tratam acerca da relação com as usuárias, que propiciam vínculos com profissionais abertos a apoiarem a saúde de forma integral e não apenas cumprir as exigências burocrático-formais da profissão. Isso é estabelecer um agir na lógica da integralidade da atenção (Mattos, 2010).

Três (3) participantes referem que alguns profissionais promovem a atenção integral ao estarem atentos às mudanças e à realidade vivida pelas puérperas, sendo necessário acompanhamento para compreender a intervenção necessária, seja da própria ACS ou da equipe relativa aos cuidados com a saúde mental das puérperas:

Essa é uma que te falei, a D...., foi a mesma de mais um acompanhamento de visita, foi só mesmo aquela disforia puerperal que você falou, e quase toda semana dava uma passadinha na casa dela, não deixava ela perceber que era por esse motivo, para ela não pensar que era por isso, eu disse para ela que se ela sentisse a necessidade de ajuda da enfermeira, da psicóloga, mas ela disse que iria passar e realmente foi só mesmo aquilo ali. (E/Emília)

[...] lembro de um caso que a ACS trouxe [...] era uma paciente que antes tinha uma conduta e passou a ter uma conduta diferente depois do parto, ela percebeu porque tinha vínculo [...] sobre disforia, teve casos eu estou lembrando, uma que veio, mas conseguimos auxiliar sem encaminhamentos maiores, outra foi feita psicoterapia, na época tinha estagiária da psicologia aqui na unidade [...] eu lembro que teve resolução rápida [...] fazia acolhimento e escuta. [...] a ACS é essencial, ela que identifica alguma alteração. (E/Andreia)

[...] lembro de uma, que percebi muito choro, muita tristeza [...]. Geralmente quando a mulher ganha bebê, ela fica feliz. E ela não tinha, não demonstrava nenhuma felicidade, ela só, desde o início, muito triste, depois começou muito choro. Acho que ela estava muito abandonada, muito sozinha, porque o marido só chegava oito, nove horas da noite, não estava nem aí para nada, a mãe vinha bem pouco, daí ficou muito abandonada e com muito compromisso pra si. [...] identifiquei que ela estava muito irritada, que aceitava pouca coisa, que chorava muito. Na última vez que eu fui lá, ela não queria nem me atender, ela não queria levantar para abrir a porta, só notei que ela estava em casa porque o bebê chorou, senão ia passar despercebido. [...] Aí eu vim e falei para a enfermeira, e então a gente chamou o CAPS. (E/Kelly)

A integralidade, na relação usuários *versus* profissionais de saúde, ocorre pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento manifesto do outro, ou ainda o risco de sofrimento na forma como esse indivíduo tem levado sua vida (Mattos, 2009). O Agente Comunitário de Saúde é responsável, por meio das visitas domiciliares, por fazer o levantamento do diagnóstico da realidade, qualificando as situações como problemas ou não de saúde. Dessa forma, desempenha papel importante na busca do cuidado das pessoas (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008).

Alguns profissionais de saúde expressam que o trabalho de articulação realizado com a puérpera tem melhorado o vínculo dela com a equipe:

A agente comunitária de saúde é o nosso vínculo, da unidade de saúde ela é nossa ponte de ligação, entre paciente e equipe de saúde, então elas sempre visitam elas para orientar, o funcionamento da unidade, para evitar que essa mulher ande desnecessário nesse período. Para orientar o teste do pezinho, vacina, os horários de atendimento, os dias de atendimento, para verificar se ela quer agendar a

consulta de puerpério, ver se está tudo certo com o bebê, se teve alguma intercorrência no pós-parto. (E/Maria)

Eu acho que a facilidade seria o acesso que elas têm, e o próprio vínculo com a unidade. Então como existe essa vinculação, elas estão sempre ligadas na unidade pela ACS, então eu acho isso um facilitador. (E/Andreia)

O reconhecimento dos profissionais de saúde acerca do trabalho realizado com a puérpera pela ACS, para Mattos (2010), demonstra a diversidade do conhecimento que embasa práticas de cuidado. Fato que nos permite acreditar que o cuidado em saúde deve ser cada vez mais exercido por diferentes profissionais, formado com outras ideias, outras concepções. Aspectos que reforçam a importância do ACS no processo de trabalho da atenção à saúde da mulher no puerpério.

Para tanto, o vínculo do ACS com as usuárias se destaca. O relacionamento se constrói em uma relação afetiva, com referência a uma amizade que se desenvolve por meio das visitas domiciliares. Esse vínculo é fortalecido pela proximidade e identificação com a realidade da comunidade, aliado à saúde dos usuários, na mobilização pela busca de cuidado (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008).

## **Subcategoria 2.2:**

### **Aspectos sociais da saúde da mulher no puerpério são considerados por alguns profissionais, contudo o enfoque ainda é assistencialista e no cumprimento das determinações técnicas de protocolos**

Em relação ao atendimento pela equipe das demandas sociais e subjetivas das mulheres no puerpério, quatro (4) participantes relataram que ante a tais necessidades, há um cuidado da equipe em procurar ajudar com doações de mantimentos, roupas e *kits* para o bebê. Mesmo sendo uma atitude louvável por parte dos profissionais da saúde, que mobilizam alguns aspectos da integralidade da atenção ao demonstrarem que se importam com o bem-estar das puérperas e bebês, constatamos que prevalece o assistencialismo, prática que com o passar do tempo recebeu duras críticas, visto que não busca o empoderamento do usuário por seus direitos, conforme depoimentos a seguir:

Algumas a gente ajuda, até mesmo doando roupas, coisas assim; outras a gente tenta encaminhar à assistente social, todos os procedimentos são feitos pelas

etapas do SUAS. Para fazer uma assistência, para essa família, para essa mãe. (E/Denis)

[...] cada situação, a gente trata de uma forma, vimos o que a gente pode fazer por ela. Então, não podemos resolver, se você está desempregada, não vou poder achar um emprego para você. Até podemos ajudar, fazer uma arrecadação, uma coisa assim, mas conseguir o emprego é muito difícil. Quantas vezes nós já fomos atrás de arrecadar coisas porque a puérpera tem que amamentar o filho, mas como se ela passa fome? Então vamos até aonde é possível, pois eles também têm que saber se manter, sobreviver [...]. Então tem que também ensinar, tem que dá um jeito dessa situação melhorar. (E/Lorena)

Tivemos uma puérpera que a gente não sabia que o marido era alcoólatra, e que ela também estava passando necessidades em casa, tentamos conversar, mas ela quase não se abre, foram os vizinhos que comentaram [...]. São essas coisas que a gente tenta observar, tentamos conversar, mas ela não deu abertura. Lógico que a gente ajudou mesmo assim com alimentos, porque a gente acabou lendo no prontuário que ela estava com dificuldade com alimentos, roupinha para criança, a gente ajudou dessa forma [...] dar alimento, dar roupinha, cobertor, nos unimos aqui dentro, conseguimos arrecadar algumas coisas, mas para tentar da forma psíquica não teve jeito, porque ela não se abre, ela é muito fechada. Não sabíamos, acabamos descobrindo porque como ela vinha fazer o sorinho de noripurum, eu fui descrever ali o procedimento e vi a evolução, e tinha essas coisas no histórico ali de outro médico, daí conversamos. (E/Geovana)

Quando há necessidades social se tenta ajudar, às vezes aqui mesmo a gente ajuda. Geralmente passo tudo para enfermeira, ela pedia ajuda para os suportes, mais muitas coisas se consegue resolver aqui também. As questões sociais, você diz as necessidades da casa, da família, a gente faz cesta básica, a gente compra leite, a gente arrecada, reposto o dinheiro, se vira nos trinta, como diz o outro, para poder ajudar família. Também aqui tem as pastorais que a gente pede enxoval, cesta básica, é uma comunidade boa. (E/Emília)

Os depoimentos expressam a dificuldade da equipe na atenção às demandas subjetivas, ou seja, não há um olhar integral, inclusive quando citado que obtiveram a informação sobre as condições psicossociais de uma puérpera por meio da evolução de um dos profissionais da atenção secundária, fica clara a falta de atenção às demandas subjetivas.

Ao fazer uma analogia aos serviços de saúde, o assistencialismo, realizado conforme os depoimentos visa ações curativas e meramente preventivas, desarticuladas de outras práticas sociais (Sposati et al., 1992). A experiência dos profissionais reforça o caráter provisório diante de demandas que não auxiliam as puérperas nas questões de ordem sociofinanceiras. Para tanto, essa postura visa a uma ação imediata, que em parte é importante, pois é a necessidade do usuário. Entretanto, espera-se mais da ESF, considerando seu foco no território e as demandas advindas dele. Para tanto, vale fomentar por meio da participação social e articulação intersetorial algum movimento para além da intervenção assistencialista.

Persistem desigualdades sociais e individuais que devem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes (Tomazi et al., 2017).

Nesse sentido, Silva, Merhy e Carvalho (2016) relatam que os direitos humanos fundamentais passam também pelo direito à saúde. Pensar sobre isso é refletir com os usuários sobre seus direitos e empoderá-los para o exercício de sua cidadania, ou seja, alcançar a integralidade. Logo, há necessidade do fortalecimento da articulação entre as políticas públicas, principalmente no que tange à política de assistência social e educação e saúde, visando à superação da exclusão social (Lencina, 2018) e deixando esquecer que os problemas brasileiros são de responsabilidade de todos nós (Rodríguez, 2010).

Os dados expressam a incipiência de ações que consideram os aspectos sociais na atuação dos profissionais da saúde com as puérperas, pautada na lógica assistencialista. As ações de cuidado das mulheres no ciclo gravídico puerperal tendem a ter foco no pré-natal, conforme se observa no depoimento de três (3) participantes, que referem a uma atenção direcionada às demandas do desenvolvimento gestacional e não às dificuldades físicas, sociais e psíquicas enfrentadas pela mulher no pós-parto.

A minha percepção é que em relação à puérpera ela é bem menos assistida do que a gestante, por exemplo, ou ela toma bem mais cuidados na fase pré-parto do que no pós-parto consigo mesmo, pelo menos na impressão subjetiva que eu tenho. [...] Bem mais na gestação do que no pós-parto! [...] não sei como é que os outros profissionais atuam, a enfermeira, e tal, mas a minha percepção, da minha assistência, é muito mais efetiva, é muito mais objetiva no pré-natal. (E/Jonas)

É que o puerpério é tão importante quanto, mas a gente se preocupa mais é na gestação, até o bebê nascer você se preocupa com os exames, com tudo [...] a gente se preocupa mais com o pré-natal, porque no puerpério é mais tranquilo pra nós [...] a gente consegue ter bastante controle da situação, eu não tenho abandono de consulta, tipo ocorre no pré-natal, eu não tenho nenhuma mãe que não venha nas consultas posteriores ao parto. Em me preocupo é com o pré-natal. (E/Maria)

A preocupação maior com os aspectos relacionados ao pré-natal pode estar associada ao fato de as políticas indutoras do MS, por vezes, estruturarem sua forma de avaliação do trabalho, vinculada ao controle dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ou seja, a “produtividade” é medida, em grande parte, em função da realização de procedimentos, como exames de Papanicolau, consultas de pré-natal, tratamento de hipertensão e diabetes (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008).

Aspecto que também justifica o foco da atenção prestada no puerpério, estar direcionada ao recém-nascido, ampliando a baixa valorização das questões relacionadas à mulher nesse período, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

[O que fazemos] é só visita puerperal, quando se tem. Pois nem sempre se tem essa visita, e não tem um acompanhamento da puérpera, tem mais um acompanhamento é da criança. Quando ela vem para fazer as medidas mensal, e acompanhamento de vacina, agora da mulher não vejo. (E/Geovana. Acréscimo meu)

[...] a minha preocupação é particularmente na questão da amamentação, acho que é importante, e o cuidado com o bebê na parte do coto umbilical, que pode ter o tétano neonatal, tem mães que são um pouco relapsas na questão de higiene, a parte da amamentação mesmo, que tem mãe que podia amamentar e já colocaram uma mamadeira, colocam o leite em caixinha, que é o mais fácil, a minha preocupação é essa parte, da amamentação e cuidado com o bebê mesmo. (E/Mila)

[...] o acompanhamento da mulher vai até 40 ou 45 dias [...] da parte médica a gente olha mais essa parte [puericultura], tem que olhar um pouco mais a parte da saúde da criança. Que é o principal, o objetivo pra mim, que essa criança cresça saudável e nisso se observa o comportamento se está dentro da saúde da criança. [...] no puerpério a primeira coisa que a gente tem é a preocupação de orientar amamentação, que é a sobrevivência da criança, isso é a coisa que mais se bate em cima, sobre como amamentar, o que tem que dar para criança, o que não tem que dar, e isso é uma grande preocupação. Em relação à parte do parto em si, digamos ferida operatória, isso não me preocupa, a mãe não nos preocupa. (E/David)

Os dados apontam que as ações relacionadas ao puerpério desenvolvidas pela equipe, na maioria das vezes, privilegiam a atenção ao recém-nascido e não à puérpera, desconsiderando as demandas da mulher que teve um filho como uma pessoa com direito à saúde, sendo poucas as estratégias articuladas na atenção básica voltadas à busca ativa de questões tais como os problemas de saúde mental de forma geral, quiçá a puérpera (Villela, Oliveira, 2009), aspectos que fragilizam a lógica do cuidado integral da mulher no puerpério.

Entre os participantes, cinco (5) referiram que a assistência desenvolvida com a puérpera ocorre até os 42 dias após o parto, ou seja, segue as prerrogativas do protocolo de puerpério tardio, sendo que o puerpério remoto é simplesmente desconhecido ou anulado no processo de trabalho das equipes, bem como o puerpério imediato, até 10 dias após o parto, que é realizado por pouquíssimas equipes, pois se limita à visita da ACS. Três (3) profissionais da ESF denunciam a pouca assistência disponibilizada à mulher nessa fase, considerada um acompanhamento de curto prazo.

Agora no período puerperal há uma falha, talvez não só delas, talvez nossa também, de ir um pouco mais atrás, porque depois que ganha o bebê, fez as primeiras orientações depois não tem tanto esse contato, e aí que podem surgir inúmeros problemas, por exemplo, largou a amamentação, ou está com algum quadro depressivo e acaba se perdendo. Então eu acho que isso seria uma limitação essa falta de acompanhamento por um período mais prolongado [...] o que acontece é que elas vêm na primeira consulta puerperal e depois somem [...] e nós também acabamos não indo atrás. (E/Inês)

Consulta para o bebê, 10, 15 dias é para mãe também, depois mais é acompanhamento do bebê. (E/Mila)

Puerpério é o momento pós-parto realmente, aquele período de 45 dias, em que a mulher precisa ter uma atenção realmente da família, da equipe, de todo mundo que está em volta dela, da comunidade em si. (E/Julie)

Puerpério é o período após o parto, não me recordo exatamente se é até 40, 41 ou 42 dias que é considerado puerpério, é aquele período ali das mudanças após o parto, que o corpo da mulher vai voltar ao normal, que ela vai se adaptar com a nova rotina, com o bebê, com o físico dela, com uma série de coisas que mudou na vida dela, na rotina dela, e até no corpo dela. (E/Lisa)

Para Cabral e Oliveira (2006), o puerpério se caracteriza por um período crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto, com duração variável. Sua complexidade é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais, econômicos e por questões de gênero.

A repercussão emocional do puerpério no cotidiano da vida das mulheres dependerá do contexto ao qual estiver inserida (Cabral, Oliveira, 2006), sendo que a possibilidade de acesso ao cuidado longitudinal a puérperas é um desafio importante para a integralidade no que diz respeito à mudança da lógica biomédica. Nesse sentido, para Tesser (2010), a falta de acesso longitudinal nas ESF reflete, de certa forma, a falência da lógica da integralidade sobre o modelo biomédico.

Os dados da presente pesquisa apresentados a seguir revelam que não há um efetivo acompanhamento longitudinal relacionado à mulher no puerpério, pois a atenção a ela se restringe a informações sobre a criança e sobre a amamentação, assim ela vai tendo uma atenção incipiente, visando ao levantamento de dados protocolares, aspecto que deveria merecer atenção nos processos de avaliação das ESF.

A consulta com o médico, que seria orientação sobre a criança, sobre o umbiguinho dela, os reflexos, a parte da mulher para amamentar, tanto da necessidade do aleitamento materno sem complemento, sem precisar dar água, essas coisas assim. Mas, daí em diante, não é feito nada, e acaba sendo uma coisa muito prática, veja o peso, a pressão, a altura e encaminha para médica, ela dá os exames, não tem aquele vínculo entre profissional e o paciente. (E/Geovana)

Ao sair da sala da enfermeira, a puérpera fica à frente do balcão de atendimento, uma das técnicas de enfermagem prossegue com seu cadastro, enquanto outra técnica vai avaliando o bebê. Durante o atendimento não há interação com a mãe ou bebê. A pesagem do bebê é realizada com roupinha (4.400Kg), diminuem 200 gramas. Posterior, para estatura, enfermeira orienta a mãe a segurar a cabeça da criança, para que faça a aferição (54 centímetros), esta vai falando outra para a técnica que está realizando o cadastro, avalia o perímetro cefálico. A puérpera sai do local, atrás do balcão de recepção, e posteriormente é questionada se o bebê está mamando somente no peito. Uma das técnicas de enfermagem responde pela mãe dizendo que não, a outra técnica insiste na pergunta, a puérpera responde que não. O cadastro é finalizado, sem questionar o porquê? Ou qual está sendo a dificuldade? A puérpera permanece em pé e posterior aguarda a consulta médica. (O/Mila)

No caso a ESF, acaba sendo muita coisa, acaba que não se tem tempo de fazer o que tem que fazer, é uma coisa tão automática que acaba fazendo tudo correndo, tudo! Vai lá verifica a pressão, pesa, mede, já tem que colocar no sistema, já tem outro esperando para pegar medicação. (E/Sabrina)

Essa parte [do puerpério] é tudo com a enfermeira, nossa parte na frente como técnico de enfermagem é a triagem, para consulta médica. (E/Mila. Acréscimo meu)

Mesmo que algumas ACS busquem desenvolver seu processo de trabalho na lógica da integralidade da atenção, outras desenvolvem seu atendimento estritamente protocolar, conforme descrito a seguir:

Nesta data foi realizada visita domiciliar pela agente comunitária de saúde à puérpera, conjuntamente com outra colega ACS. Chega à casa da puérpera, entra, senta e diz que veio cadastrar o bebê, e a mãe acolhe. Nesta data foi realizada visita domiciliar pela agente comunitária de saúde à puérpera, conjuntamente com outra ACS [...] esta relata que se sente mais segura [...] ela [ACS] questiona se transcorreu tudo bem na cesárea, puérpera relata que sim, diz que sente que está um pouco endurecido abaixo da cesárea. ACS questiona a puérpera sobre os sintomas que tem sentido, faz anotação e relata que falará com a enfermeira para dar-lhe um retorno. Questiona se está tudo bem com o bebê. Ela diz que sim [...] questiona se dorme bem, se tem mamado bem, questiona sobre o hospital de nascimento e pergunta se já foi agendada consulta de puerpério, trata sobre as vacinas, e se houve reação. Puérpera comenta que tem se sentindo um pouco tonta para amamentar. ACS informa que com este cadastro quando a mãe for com a criança na ESF, já terá seu cadastro. Ao final, já saindo, pede o telefone para dar retorno à mãe sobre os questionamentos maternos. Quando chegou na ESF, a ACS foi conversar com a enfermeira, para poder ligar e orientar a família sobre questões estritamente relacionadas às necessidades de cunho biológico. (O/Leonor)

Constatamos um atendimento mecanicista e protocolar da puérpera tanto em atendimentos realizados por técnicos de enfermagem no momento da triagem quanto por alguns ACS e médicos. Analisamos que em parte isso se deve ao fato de que algumas equipes de ESF organizam seu processo de trabalho em torno de indicadores de fichas do SIAB, sendo que os próprios materiais disponibilizados pelo MS, em especial o Caderno de Atenção Básica nº 32, não enfatizam a importância do cuidado longitudinal da mulher no puerpério. Esse material, embora descreva a

importância dos aspectos psicoafetivos no puerpério, por vezes deixa claro que as preocupações com a mulher devem ocorrer até os 42 dias após o parto. Também enfatiza os cuidados ao bebê e aos aspectos estritamente biológicos da mãe.

Cabe a reflexão de que por incentivar áreas de atuação diretivas, como, por exemplo, as metas definidas nos sistemas de informações e de avaliação da ABS, a ESF tende a perder o olhar integrador diante das necessidades dos usuários, os quais, por vezes, apresentam outras demandas. O ideal teórico para organizar a gestão do cuidado é estruturado partir da integralidade da atenção, mas, por ora, encontra-se em descompasso com os processos avaliativos da ABS, os quais, por exemplo, não focam a atenção à saúde integral da puérpera, visto que os aspectos avaliados se estruturam no atendimento ao pré-natal e, em relação ao puerpério, ao recém-nascido. São aspectos estritamente biológicos da mulher diretamente relacionados à capacidade de prover a vida ao bebê.

Ainda, reforçando a compreensão de que as eSF desenvolvem suas ações com as puérperas de modo mecanicista e protocolar, alguns participantes expressam a importância dos registros das informações sobre as puérperas no sistema de informações, mas realizam esse registro de forma burocrática, sem efetivamente haver uma integração entre os diferentes profissionais, serviços e setores em busca da integralidade da atenção.

Eu acredito que conforme o que é preconizado pelos Órgãos do Ministério da Saúde, que é usado, eu acredito que é feito uma avaliação bem adequada. Isso depende do profissional também, porque as condutas já vêm preconizadas, como fazer, como que é o atendimento, o que avaliar, todas essas coisas. [...] sim, eu acho que é realizado um bom atendimento do ponto de vista do que é preconizado sim, eu acredito que o atendimento em si não é o problema, mas como você vai encaminhar esse paciente. (E/Denis)

[...] é exigência do MS que se faça isso, seguimos o que é preconizado, fazemos um bom trabalho [...] mostra e alimenta o sistema, assim se mostra que estamos acompanhando essas crianças. Acredito que é bem eficaz. [...] a minha equipe todo mundo é capacitado. [...] a enfermeira é capacitada dentro da parte de alimentar sistema para Ministério da Saúde. (E/David)

Alguns participantes expressaram que atualmente há um excesso de registros. Atribuem que houve mudanças no processo de trabalho, o qual deixou de estar voltado à integralidade da atenção, à necessidade de empregar tempo para o preenchimento dos sistemas de informação, pois não há um profissional contratado para isso, visto que, geralmente, a pessoa habilitada é a enfermeira, o que prejudica as atividades que antes eram realizadas, por exemplo, com gestantes e puérperas.

Porque agora tudo eles querem que enfie no sistema, naquela época já era mais papel, agora é tudo sistema. A gente fica mais tempo mexendo no sistema, do que de fato fazendo algo em prol das pessoas, do paciente. Se tivesse menos papelada, menos coisa, iria ser melhor [...] A enfermeira tem um monte de coisara que ela tem que enfiar no sistema. O médico tem um monte de pergunta para fazer... isso eu acho desnecessário. [...] Algum tempo atrás a gente fazia isso em equipe, agora fica mais para enfermeira, por causa do sistema que ela tem que fazer a consulta e ir evoluindo tudo no sistema. (E/Lorena)

[...] anteriormente, como eu vou dizer, era realizado grupo, nesses meus 23 anos fazíamos por muito tempo grupos, então no grupo fazíamos teatro, e tudo isso para explicar para mulher como é que era o parto, como é que se cuidava do bebê no puerpério, tudo isso nós fazíamos aqui no posto de saúde. [...] mas isso vai da equipe que você está trabalhando [...] só que uma coisa que atrapalha hoje é que é muita burocracia. (E/Lorena)

[...] eu posso responder só pelo nosso posto de saúde. Eu acredito que na estratégia de saúde da família é um programa bem estudado, bem organizado, para que se possa fazer um acompanhamento não só na parte de gestação, que é pré-natal, com orientação, primeiro consulta com enfermeiro, entrega de exames para que a paciente venha à primeira consulta com os exames na mão, facilitando muito o trabalho do médico e também em quantidade de exames que o SUS oferece, que são vários ultrassom, e exames de rotina que se pode acompanhar essa gestante, e também a parte puerperal, que também se faz. (E/David)

Sobre a visita domiciliar à puérpera, apenas o ACS é o profissional que consegue realizá-la nos primeiros 10 dias após o parto. A enfermeira consegue realizar a visita nesse período em três (3) ESF, em um movimento de cumprimento de protocolos. Participantes de duas (2) ESF admitiram que na maioria das vezes não conseguem realizar as visitas domiciliares no puerpério imediato. Tais resultados são comprovados pelos depoimentos a seguir:

[...] tem que priorizar a visita até o 7º, no máximo até o 10º dia. Geralmente é a agente comunitária ou sou eu quem faz a visita. Quando é uma área descoberta por ACS, eu faço a visita, a agente de outra área tenta agendar e lá eu faço [...]. (E/Alicia)

Geralmente se tem uma data mais ou menos do parto delas, então fico mais ou menos monitorando aquela data de parto, se de repente não consegue estar naquele dia que a mãe teve alta [...]. Então nos dois dias eu procuro ir sempre fazer a visita. (E/Kelly)

Sim, a gente acompanha, não digo toda a semana, mas de quinze dias, assim geralmente a gente passa na casa para ver como ela está se adaptando à nova rotina. [...] Às vezes eu vou sozinha primeiro, para ver se a mãe já chegou, ver como é que ela está, depois a gente faz a visita com a enfermeira, eu continuo fazendo sozinha e, se houver necessidade, daí eu encaminho para a unidade. (E/Emilia)

[...] quem está na ponta são as agentes comunitárias, as informações, as orientações domiciliares são elas que levam, então que nossa equipe preza mais é o primeiro atendimento à criança e à mãe, quanto antes melhor, quanto mais próximo da data do parto, melhor, tipo ganhou hoje, mais tardar dez dias. (E/Enrico)

As ações preconizadas em protocolos por materiais do Ministério da Saúde, como os Cadernos de Atenção Básica, são importantes se acompanhados por uma construção crítica por parte dos membros da ESF, com vistas à integralidade da atenção. Nesse sentido, autores como Gomes et al. (2007), Camargo (2007), Lopes, Henriques e Pinheiro (2009), apresentam críticas à ideia de protocolos padronizados, visto que são seguidos pela maioria das equipes de saúde da família, com caráter estritamente burocrático.

Consideram que tais estruturas caminham na contramão da integralidade, visto que, na maioria dos espaços, os profissionais ficam cada vez menos atentos às demandas individuais para exercerem o cuidado, desconsiderando, por vezes, o sofrimento do sujeito (Camargo, 2007). Expressam que os protocolos têm sua validade para direcionar em parte o trabalho, mas as ações protocoladas devem ser cuidadas, pois as situações que surgem no cotidiano, nas relações, nem sempre seguem protocolos (Gomes et al. 2007).

#### 4.4 TEMÁTICA 3:

#### A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO NÃO OCORRE NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A presente categoria se constituiu a partir da estruturação de três subcategorias a seguir descritas.

##### **Subcategoria 3.1**

##### **Atenção à saúde da mulher no puerpério estruturada em aspectos biológicos, sendo que a equipe tem dificuldades em identificar necessidades relacionadas ao sofrimento psíquico**

Os resultados demonstram que, de modo geral, as equipes de ESF participantes da pesquisa reconhecem a importância e desejam acolher as demandas emocionais advindas de mulheres no puerpério. Contudo, as ações realizadas pelas equipes estruturam-se no modelo biomédico, sendo que reconhecem as dificuldades e as limitações em acolher demandas subjetivas das puérperas, havendo uma prevalência das demandas biológicas, logo, uma desassistência relacionada às

demandas de saúde mental, também percebidas na descrição das observações e/ou entrevistas a seguir:

O médico então pergunta: - E a parte emocional, como está? A mulher diz que não está bem, chora, cita que tem recaída. O médico questiona: - Mas isso te atrapalha para cuidar do bebê? A mãe diz que não. Como está a organização da casa? A puérpera diz que estão se virando. O médico então diz para a mulher que não lhe pareceu tão forte estes sintomas, que agora não irá prescrever nada. Orienta a puérpera a retornar em consulta, diz que pode agendar no retorno do bebê para puericultura. Médico orienta, se o choro for mais frequente, se estiver difícil, tem que observar. Agora está mais difícil, tem as outras crianças, uma das minhas preocupações seria a anticoncepção, e isso já está resolvido. (O/Jonas)

Orienta-se e se percebe [aspectos subjetivos], mas às vezes não tem como ter um feedback maior da questão, se obteve melhora, se não obteve, ou se aquilo foi só um momento dela, que estava triste por outras coisas, ou se ela vai permanecer com aquele período de tristeza, enfim, problemas muitas vezes não se consegue dar continuidade pelo fato de não ter realmente o material específico, o horário específico, e o local [...]. (E/Julie. Acréscimo meus)

[...] A gente tenta orientar as principais coisas, que seriam essas: se fez cesárea, os cuidados ali com a cicatriz cirúrgica, se ela sente febre ou vermelhidão na cicatriz, começa a sair secreção, para procurar o hospital novamente ou nós, todas essas orientações assim que vão fazer com que ela tenha esse período de puerpério tranquilo. Se os lóquios, ali, não é menstruação, são os lóquios, se está normal, se tem cheiro, se está tudo certo, eu acho que todas as informações ali que a gente faz da enfermagem, eu tento estar passando para elas do meu jeito, fazer com que elas tenham esse conhecimento. (E/Maria)

O médico pergunta como ela está. Diz ao médico que tirando o stress está tudo bem. O médico pergunta sobre o parto, ela relata que ficou bem, que o nascimento foi tranquilo, embora achasse que a neném estivesse um pouquinho roxa quando nasceu. O médico escuta enquanto digita as informações no sistema de saúde do município. O filho mais velho está no colo da mãe e volta a reclamar. A mãe relata que não vê a hora que cresça, case e vai embora. A mãe em seguida retoma e diz à criança: "ah, que não é bem assim, né". O médico está usando o sistema e continua a digitar. Passado certo tempo, o médico pergunta a ela, mas estas bem, só estressada mesmo? Ela diz que sim. Volta a questionar, afirmando, "então você está bem mesmo? Tem ficado triste?" Ela diz que "só o stress, por enquanto não está triste, não sei depois". O médico reforça, "só o stress então, está tudo bem", e faz a prescrição de sulfato ferroso por três meses para a mãe. (O/Dênis)

Nesta data a puérpera que havia sido visitada anteriormente veio ao serviço para realização do teste do pezinho. A puérpera aguardou por aproximadamente uma hora para ser atendida [...] Para tanto, o enfermeiro chega à sala, questiona a mãe sobre a carteira de vacinação da criança, mãe relata que não trouxe, este pede a ela que traga em outra ocasião, orienta sobre a realização das vacinas [...]. Questiona sobre a amamentação, como está, relata que está tudo bem, enfermeiro questiona sobre as mamas, tudo transcorre normalmente, o enfermeiro então questiona a puérpera sobre o apoio em casa, da família, ela diz que se soubesse antes teria engravidado antes. Enfermeiro está com a criança, aferiu peso, estatura, e pergunta para a mãe, assim um pouco sem saber por onde começar, como está sua autoestima. A mãe não compreende e pergunta o que é. O enfermeiro pede minha ajuda, eu não esboço reação para dar respostas, prosseguimento do enfermeiro, a conversa fica nisso, nada é dito, enquanto isso o enfermeiro pesa a criança, afere estatura e pesa novamente. Neste momento a criança está sem roupa, com peso de 2700 kg, afere perímetro cefálico, a mãe fica visivelmente decepcionada com o peso. O enfermeiro então pede para mãe vestir a criança e deixar os pés sem vesti-los, ela vê certas rachaduras no pezinho da criança e

questiona se é normal, o enfermeiro relata que sim, orienta a mãe comprar algum creme específico para bebês, mas orienta que é assim mesmo. (O/Enrico)

Os dados denotam que a prática de atenção à saúde vivenciada por vários profissionais é fragmentada. Percebemos que alguns se preocupam com os aspectos emocionais, contudo não sabem como agir a partir das demandas das puérperas, por isso acabam apenas ouvindo, mas não qualificando essa escuta de modo a fazer uma ação que possibilite a melhora do quadro apresentado.

Nessa perspectiva, diante de uma (1) observação que segue, pode-se perceber que mesmo com a clareza do sofrimento psíquico vivido, as demandas fisiológicas ainda são as que direcionam o motivo da atenção aos aspectos da subjetividade da puérpera:

A enfermeira então pergunta a puérpera como ela está. A puérpera diz que tirando o estresse e a tosse, está bem. A puérpera reforça o estresse e a tosse, a enfermeira pergunta o que é a tosse, a mãe fala que uma tosse seca, e a enfermeira relata as dificuldades com a tosse, visto o clima desfavorável. Pergunta se teve febre, ou mais algum sintoma. Relata que não, e sobre sangramento, tenta entender como que está a evolução do sangramento, orienta que deve estar diminuindo, e que nesta fase espera-se um sangramento como final e menstruação [sic]. A puérpera relata que é assim que está. Questiona sobre o mamilo para amamentação, lembra que a puérpera não parou de amamentar o filho mais velho até o nascimento da irmã e que dessa forma está com mamilos bem protegidos. Informa a mãe que ela deve cuidar-se, pois por volta do terceiro mês o útero volta ao normal, e a mulher pode engravidar novamente. (E/Alicia)

Villela e Oliveira (2009) estudaram as representações sociais de enfermeiros/as sobre integralidade e afirmam que esses profissionais têm uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, muito pautada nas queixas físicas, além de trabalharem de forma individualizada em um serviço que não está organizado para atingir a integralidade na assistência.

Conforme o trabalho tem direcionado, a assistência dispensada à mulher no pós-parto se apresenta especificamente de forma pouco alicerçada nos aspectos da integralidade, pois, conforme os depoimentos, as práticas ainda se estruturam em uma perspectiva biomédica, considerando somente os aspectos fisiológicos. Nessa perspectiva, Bonet (2007) cita que normalmente os profissionais da saúde perdem a totalidade da pessoa, pois buscam pensar a sua saúde com um propósito prescritivo para, dessa forma, encontrar conexões parciais de totalidade (Bonet, 2007).

A dificuldade dos profissionais em perceber demandas que vão além da patologia demonstram a naturalização do sofrimento psíquico no pós-parto. Mesmo diante da fala da puérpera de que ela não está bem, está estressada, apresentando sintomas claros de irritabilidade e hostilidade com o filho mais velho, não houve espaço para compreender melhor o que a puérpera estava buscando expressar com essa sintomatologia. Parece ter sido naturalizado esse comportamento como se o sofrimento psíquico fosse algo natural na experiência puerperal, não havendo necessidade de intervenção e/ou orientação quando a mulher, no pós-parto, refere estresse ou irritabilidade, conforme pode ser visualizado na nota de observação citada anteriormente

Nesse sentido, salientamos que a competência para cuidar das questões subjetivas deveria ser desenvolvida por todos os profissionais da saúde, pois se estabelece na relação de quem cuida e é cuidado. Assim, reconhece-se que os profissionais da saúde não assumem compromisso com seu processo de trabalho, desconsiderando a integralidade como princípio básico do SUS, por isso o fazem de forma ineficiente (Barros, Pinheiro, 2010).

Mattos (2010) refere que o conhecimento é válido à medida que permite evitar um sofrimento e ampliar os modos de vida, muitas vezes estreitados pela relação com o processo saúde/doença. A capacidade de reavaliar durante todo o tempo nossas práticas, e as possibilidades de substituí-las por práticas melhores são uma tentativa de desconstruir uma experiência individual para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Destacamos que a construção integrada do trabalho em equipe é necessária para promover a mudança de lógica de um modelo centrado nas demandas fisiológicas para uma perspectiva de integralidade no cuidado (Peduzzi, 2010), pois os dados demonstram a dificuldade da equipe na identificação do sofrimento psíquico no pós-parto. Os depoimentos a seguir expressam que os participantes identificam um panorama único do sofrimento psíquico quando os profissionais são questionados acerca do cuidado em saúde mental no período pós-parto. Eles também falam da depressão pós-parto como conceito que sinaliza alguma preocupação, desconsiderando quadros de sofrimento não patológico, conforme se constata nos depoimentos a seguir:

Normalmente eram mulheres que estavam com aqueles sintomas de disforia puerperal, só que de uma forma bastante intensa, vamos dizer assim, a ponto de eu rotular como depressão. E foi tratado com antidepressivo. (E/Jonas)

Como a maioria das nossas puérperas são mães de vários [...] é só mais um para elas, ela não tem assim aquela dificuldade. Eu percebo que uma mãe de primeira viagem é que tem mais dúvidas, que fica preocupada, por exemplo, tem medo de dormir para deixar o bebê sozinho [...] eu nunca presenciei uma mãe com problemas durante o puerpério, tanto com depressão pós-parto, [...] a família sempre ajudou a mãe de primeira viagem, eu não tive ainda contato com uma mãe assim. Normalmente encaram de forma natural, porque já estão acostumadas. (E/Ana)

[...] do psicológico tenho alguns casos de depressão pós-parto, não pelo relacionamento da mãe com o bebê, mais pela questão social e envolve bastante. Eu acho que o social mais relacionado ao financeiro mesmo, porque a gente tem uma comunidade carente, e a gente tem principalmente aqueles conjuntos habitacionais novos, a comunidade é muito carente. Realmente tem, muitas são do lar, não trabalham, com única fonte de renda é o companheiro, muitas já têm outras gestações, não queriam engravidar e isso acaba gerando essa preocupação, a como cuidar do filho, é mais um filho para sustentar, é alimentação, é roupa, é medicamento, e tal, então algumas têm essa questão financeira muito preocupante mesmo. (E/Inês)

[...] faço bastante puerpério, não sei a idade das gestantes, mas eu acho que caso de rejeitar a criança eu tive um só. Depressão pós-parto e a disforia, se foca estado depressivo brando, apresenta choro fácil, labilidade afetiva, são coisas que assim acontece, não com todos os sintomas juntos, mas algumas coisas, comportamentos hostil, às vezes você percebe numa ou outra, porque está mudando as coisas, e às vezes como nossa faixa etária é muito jovem, por exemplo, a criança está com quatro meses, a mãe tem 17/18 anos, quer sair de casa, muitas vezes não sai de casa porque a própria mãe dela, a avó, não deixa, pois tem que ter responsabilidade, então, como eu falo, o ambiente traz alguns transtornos, mas eu não vejo nada assim que tenha que ter intervenção, só lembro um caso que eu relatei. (E/David)

Os profissionais preferem lidar com a doença, pois a demanda é conhecida por estar fortemente relacionada à racionalidade biomédica, havendo uma dificuldade em lidar com o sofrimento psíquico, pois a intervenção fica pautada nas lesões ou nas disfunções encontradas (Silva, Merhy, Carvalho, 2007). A investigação biológica se faz necessária e tem grande importância, embora possa ser exercida conjuntamente a fim de serem compreendidas as razões do sofrimento vivido, para além de uma lógica mecanicista (Silva, Merhy, Carvalho, 2007).

Diante do depoimento dos profissionais, observa-se que a realidade do sofrimento psíquico no puerpério só tem visibilidade quando o quadro é mais grave. Dessa forma, é realizado o encaminhamento do caso. O sofrimento não é levado a sério, só mesmo se a sintomatologia assim exigir, conforme apresentado a seguir:

[...] temos muita conversa aqui dentro, mas tem que ter um encaminhamento, essa paciente não tem que ser acompanhada pelo posto de saúde, nós somos a porta de entrada do sistema, e o sistema é grande. Então a gente lida com essa paciente

[...], se tem que ter essa rapidez de passar a paciente para um lugar onde ela tem que ser resolutiva, eu não vejo porque ela não fica aqui para mim, não é uma paciente que é minha. Tem alguma questão, algum momento assim que você lembra que você teve que ultrapassar as questões biológicas no atendimento à puérpera? Não, não, [...] nunca aconteceu isso. (E/David)

Conversando, tem aquelas que começam a apresentar algum sintoma, de depressão pós-parto, já encaminha para o psicólogo do NASF, a C.... é uma que fez tudo, que teve tudo assim, ela foi uma que quando ela quando começou a ficar assim estressada como mãe, ela estava ficando preocupado, ela pediu, procurou, veio com a enfermeira, encaminhou ela para uma psicóloga, acho que ela veio uma ou duas vezes, depois disso ela teve alta ou ela viu que não precisava mais, mais encaminha para o especialista, para conversar. (E/Mila)

Vamos dizer que não sei dizer, acho que é tranquilo, às vezes eu fico um momento observando aquelas mães que têm aquele período que eles falam de depressão pós-parto, então eu fico nesse sentido, assim, perguntando, talvez se eu consigo identificar se está nesta depressão pós-parto, mais as minhas gestantes são mais tranquilas, só mais mesmo é cansaço físico de ficar toda hora acordando, de ficar em função do bebê. (E/Leonor)

Os profissionais de saúde admitem que devem estar atentos e também reconhecer as demandas de sofrimento psíquico nas mulheres, no entanto assumem que há inabilidade, até mesmo desconhecimento de causa, o que generaliza essas demandas para o universo da doença mental. Dessa forma, o encaminhamento do paciente passa a ser uma das principais estratégias terapêuticas, quando, na verdade, deveria fazer parte de outras intervenções no processo de recuperação (Kogima e Reis, 2009).

Bonet (2007) cita que normalmente os profissionais de saúde perdem a totalidade da pessoa, a organização sistêmica, por buscarem pensar a saúde das pessoas com um propósito e, dessa forma, encontram conexões parciais sem integralidade, atendo-se às partes de um todo (Bonet, 2007).

Moraes (2010) refere que os profissionais expressam uma noção generalizada de senso comum de que os processos de doença mental no puerpério apresentam um panorama único, atribuído somente a risco de suicídio, rejeição do bebê e infanticídio, sintomas esses que nem sempre estão presentes no sofrimento da mulher puérpera.

Muitos dos sintomas físicos manifestos no puerpério mascaram problemáticas de cunho psicossocial subjacentes. Por isso, ao invés de fazer apenas uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, por meio da aplicação de escalas ou inventários, é importante que os profissionais de saúde encorajem a puérpera a falar de si livremente. Essa conduta pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto. Os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são

amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a ideia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas do qual decorre importante transição existencial (Brasil, 2006).

Como normalmente não há acolhimento por parte dos profissionais às demandas emocionais dessa fase, geralmente é mais difícil para as puérperas falarem a respeito disso. Os participantes da pesquisa relatam as dificuldades das mulheres no pós-parto quando falam sobre seus sentimentos, visto que, na maioria dos espaços sociais e de saúde, o foco do puerpério é na atenção ao bebê. Ainda, há relatos de que a mulher tem vergonha de expor algum nível de sofrimento e confirmam que a identificação do sofrimento psíquico no pós-parto ocorre, na maioria das vezes, se a puérpera sinalizar, conforme pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[...] não se faz a procura dessas mulheres e nem durante a anamnese é chamada a atenção para essa parte psicológica. [...] basicamente atendemos única e exclusivamente as que vêm se queixar, as que vêm ativamente procurar a equipe para ser ajudadas [...] normalmente elas têm mais problemas relacionados ao manuseio da criança mesmo [...] elas expressam poucas queixas, se você não fizer busca ativa de problemas, acho que elas não contam, não falam nada, porque parece [que] a preocupação principal é a criança [e] no primeiro momento basicamente a anticoncepção. (E/Jonas. Acréscimos meus)

[...] é mais difícil perceber, é mais quando elas falam, justamente por não temos um enfoque real no puerpério para a mulher, temos mais dificuldade na saúde mental. Não se tem na ESF aquele enfoque, que se tem que observar, o que se tem que fazer, às vezes por conhecimento próprio nosso, ou de coisas que se observou, e se acaba tendo um olho e percebe que tem alguma coisa errada, essa mãe está apresentando um comportamento um pouquinho diferente [...] elas às vezes ficam com vergonha às vezes de falar que estão se sentindo deprimidas, ou um caso mais grave, uma depressão pós-parto, muitas têm vergonha de dizer, às vezes não tão aceitando aquilo ali [...] a pessoa que tem um problema psicológico, emocional, ela não quer ter aquilo, mas acontece por algum motivo aconteceu, então muitas têm vergonha de falar porque acham que a culpa é delas. (E/Lisa)

Às vezes tem vergonha, querem se fazer de mais forte, mas às vezes a gente não observa, acho que se precisava de mais orientação a respeito disso [...] Eu acredito que por elas mesmas terem vergonha de dizer pelo que tão cansando, querer se fazer de forte e não dizem para gente, na maioria das vezes não conseguimos identificar algum tipo de sofrimento. (E/Emilia)

A gente só vai fazer alguma coisa se alguém vier comunicar, ou agente comunitário estiver na casa que ela fale, porque [...] se a mulher não vem se abrir para a gente, acho que não tem como intervir. (E/Mila)

Os depoimentos a seguir reiteram que as principais queixas das mulheres no pós-parto estão relacionadas às demandas físicas, necessidades do bebê e ao planejamento familiar. É possível observarmos que não tratam acerca de necessidades interpessoais ou psicoafetivas. Nesse sentido, os profissionais perpetuam a invisibilidade das demandas que ultrapassam as necessidades

biológicas. É necessário refletirmos se a falta de queixas pessoais sobre questões psicoafetivas pode ter relação com a falta de acolhimento às demandas do sofrimento psíquico nessa fase.

[...] de um modo geral a preocupação é com o bebê, elas até esquecem delas [...] amamentação, que precisa introduzir algum outro tipo de alimento para criança, essa é a pergunta que elas mais fazem. A questão da anticoncepção no período de amamentação, isso também é bastante perguntando, assim, nesta questão, elas demonstram bastante preocupação. (E/Denis)

As dúvidas que elas trazem é alguma coisa de anticoncepção [...] questão de quando inicia atividade sexual, poucas, não são muitas que perguntam, elas falam mais mesmo da questão da anticoncepção, se vão usar anticoncepcional agora, quando é que irá usar, essas são as dúvidas mais frequentes delas. (E/Andreia)

[A preocupação é] mesmo do seio, que às vezes no início acaba machucando, esse tipo de orientação. O que ela traz geralmente é a preocupação com a criança, a parte da cólica [...] do leite ser ou não suficiente, às vezes de mastite, ou algum bico invertido que a impossibilite de amamentar, com a incisão, se tem algum pontinho inflamado ou não. (E/Geovana. Acréscimo meu)

No puerpério, o que elas mais me perguntam é sobre anticoncepção, sobre quando elas podem voltar a tomar a medicação [...]. Elas estão mais preocupadas no começo em evitar a gravidez. (E/David)

Tudo muito voltado para o bebê, elas não falam muito delas, elas não têm muitas dúvidas quanto a elas, é tudo muito do bebê e se vê isso bem característico, tudo “porque o bebê [...] elas mudam o assunto, e então a conversa vira mais para o bebê”. [...] tudo “porque o bebê dorme demais, chora demais, come demais, faz cocô demais, faz cocô de menos”, é tudo o bebê [...] por mais que na consulta a gente queira conversar com ela sobre métodos contraceptivos, por exemplo, tenta falar sobre o DIU, elas mudam o assunto, e então a conversa vira mais para o bebê, em resumo, o que mais se conversa é sobre o bebê e contracepção. (E/Emma)

[...] Não tem o que fazer, é mais só orientação mesmo. [...] quando é eu que atendo, eu peço para ela, vamos parte por parte. Vai volta daqui quatro meses, nesta fase vamos agenda a consultinha para ti, passar pelo médico, para ver qual vai ser o leite que vai usar, o que que você vai continuar fazendo, se vai continuar amamentando, se vai tirar o leite, se vai para a creche, e mais, se você fica preocupada agora com o trabalho vai atrapalhar todo seu momento. É só as orientações mesmo. Não tem o que fazer [...]. (E/Sabrina)

Cabral e Oliveira (2008), em seu estudo, constataram que o sofrimento psíquico no pós-parto normalmente passa despercebido, é invisível diante dos profissionais. Esse tema não é prioridade na assistência à mulher no puerpério e relata que a razão para essa conduta é justamente a invisibilidade dessa problemática pelos integrantes das equipes. A depressão pós-parto pode ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção em saúde, embora menos de 25% das puérperas acometidas tenham acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto sejam diagnosticados na clínica (Ruschi, Sun, Mattar, Chambô, Zandonade, Lima, 2007).

Uma revisão integrativa de literatura com vistas a identificar as tendências em saúde materna na perspectiva das representações sociais identificou que a ação passiva de mulheres nas dificuldades para o cuidado consigo e seu filho tem forte relação com as representações sociais vinculadas às relações que se estabelecem com os profissionais de saúde. Identificou que as representações sociais sobre essa fase estão essencialmente relacionadas a uma visão romântica acerca da maternidade, que corresponde a um fenômeno natural e emocional, reforçada pela assistência disponibilizada à mulher. Embora alguns profissionais se preocupem com a humanização do cuidado, o que predomina é um agir biomédico e técnico-científico em todo o ciclo gravídico puerperal (Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva, Silva, 2013), aspecto também constatado no presente estudo.

A proposta da ESF deve ser embasada em uma perspectiva de promoção de saúde, além da prevenção de doenças. Ela visa atender os sujeitos na sua vida familiar e na comunidade. Para essa atuação, os profissionais de saúde precisam ter capacidade crítica para reavaliar práticas que busquem uma atenção que seja resolutiva (Valença e Germano, 2010).

A capacidade de questionar as práticas e avaliar o acompanhamento e as ações desempenhadas em cada caso são esperadas pelo profissional da ESF, que se responsabiliza por mediar cada usuário na resolução de suas demandas em saúde, sejam elas fisiológicas e/ou psicológicas. Entretanto, a longitudinalidade proposta na atenção em saúde na ESF deveria ser um conceito melhor explorado na relação com o usuário, pois favorece a construção de vínculos e permite um aprofundamento da realidade vivida pela pessoa, facilitando a avaliação de saúde em geral daquele indivíduo, além de propiciar a integralidade na atenção (Tesser, 2010).

Mediante a denúncia advinda do modelo vigente, durante a pesquisa, uma das perguntas que direcionava o olhar à integralidade na atenção apresentou ser a questão mais difícil de obter respostas, pois diante do questionamento sobre como atuavam diante das dimensões que ultrapassavam as demandas biológicas, apresentaram dificuldade em reconhecer que a pergunta tratava acerca da integralidade. Com espanto, não compreendiam o teor da pergunta, inclusive um dos participantes relata que esse reconhecimento deve ser exercido pela ACS:

Tem que lidar (risos). Lidando, não é! É que geralmente a gente procura resolver a causa orgânica de um modo primário, e a questão social, já entra com assistente

social, orientação e todos esses fatores. É muito difícil você tentar resolver tudo, é quase impossível, mas pelo menos a minha parte tento fazer. (E/Denis)

Como você e a equipe lidam com dimensões sociais e subjetivas, que ultrapassam as necessidades biológicas, presentes na prática de atenção em saúde? [Olha para o pesquisador e demonstra que não compreendeu, repete-se a pergunta]. [...] olha, tem coisas que vamos dizer assim, tem pessoas que têm dificuldade na área social que a gente vai atrás de roupinha, de coisarada toda. Porque ela não tem condição a gente faz a campanha pra isso, também. [Pesquisadora questiona] E, normalmente, além das questões sociais, a subjetividade, o jeito de ser das pessoas, como que vocês lidam com isso na prática em saúde? Como assim? [explica-se novamente] isso já tinha na outra pergunta que você fez ali, a gente vê cada situação, a gente trata de uma forma. Dependendo da situação, a gente vai ver qual é, o que a gente pode fazer por ela. (E/Lorena. Acréscimos meus)

O que você quer falar sobre isso? [exemplo dado pela pesquisadora] as questões, por exemplo, de um sofrimento, da mulher te falando que não consegue amar o filho, como lidam? A gente lida, se tenta ter um acompanhamento [...] nesse caso eu não vejo porque ela não fica aqui para mim, não é uma paciente que é minha [cita que não fica na atenção básica]. (E/David. Acréscimos meus)

Certo, então é difícil, essa aqui já é uma pergunta mais delicada, assim, porque as agentes comunitárias elas relatam que tem muita dificuldade de adentrar em domicílio, tem muitos pacientes que atendem elas pela janela, que nem vem conversar com elas, então eu acredito que seja assim mais delicado, de elas estarem assim, coletando informações mais pessoais [...] mas elas tentam dessa forma que eu te falei, através do diálogo. (E/Maria)

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, conjuntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modifica os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada), visando às ações de promoção e prevenção, articulando com ações curativas. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas e emocionais, de seu contexto familiar e comunitário e das relações sociais (Brasil, 2013c).

O resultado de um conhecimento em saúde que priorize a integralidade prevê abertura para demandas que vão além do biológico, sendo a relação com a pessoa para além da presença de doenças. Dessa forma, o profissional passa de uma preocupação centrada na doença para um promotor de saúde (Bonet, 2007). Contudo, o que se observa é uma prevalente prática centrada na patologia, reduzindo a relevância do cuidado, desfavorecendo até mesmo a inter-relação com o usuário. Logo, há um deslocamento do ato assistencial, pautado em um modelo centrado na doença e não na vida das pessoas (Ayres, 2009).

Para articular ações que de fato promovam ou recuperem a saúde, seria necessário buscar soluções no território, ultrapassar a organização do trabalho tradicional, que tende a desenvolver processos de trabalhos com atuação isolada de cada profissional. Assim, a subordinação dos profissionais de saúde ao modelo biomédico é um obstáculo a ser superado, pois até mesmo quem tende a criticar esse modelo, tende a deixar de lado ações de cunho preventivo, educativo e psicossocial, as quais fomentam a integralidade na atenção (Peduzzi, 2010), sendo que o que pode auxiliar o profissional na melhor atuação diz respeito à abertura ao encontro com o usuário, a ampliar o campo relacional (Silva, Merhy, Carvalho, 2007).

### **Subcategoria 3.2**

#### **Despreparo da equipe para trabalhar no atendimento aos aspectos sociais, de saúde mental e, em especial, de sofrimento psíquico no puerpério**

Os resultados expressam o despreparo dos profissionais da ESF para trabalharem questões relacionadas ao enredo social, à saúde mental, em especial ao sofrimento psíquico das puérperas. Aspecto que demonstra a desassistência vivenciada pelas mulheres em todo o ciclo gravídico puerperal, relacionada aos referidos temas, quando necessitam da rede de apoio e articulação intersetorial.

O depoimento a seguir expressa o reconhecimento das demandas sociais e subjetivas no cuidado às puérperas. Nele, fica evidente o despreparo da equipe para alcançar resoluções de problemas relativos à estrutura social e à saúde mental das mulheres, sendo que isso se deve ao fato de não haver efetivamente uma cultura de trabalho interdisciplinar, e em rede, voltada à integralidade da atenção.

Estamos num bairro que essas dimensões [sociais e subjetivas] são bem complicadas. [...] uma gestante falou que tinha boas condições, mas foi expulsa de casa pelo pai porque engravidou, ela se envolveu com uma pessoa que foi a porta de entrada para o mundo das drogas. Até hoje ela é usuária, ela não está mais com essa pessoa, está com outra pessoa que é pior ainda, que bate nela, que ela sofre violência. [...] Então eu olhava para ela e pensava, o que eu vou fazer primeiro como enfermeiro? Depois como ser humano? Como equipe? [...] ficamos meio que desamparado, porque muitas vezes se encaminha uma pessoa para um lugar, ela retorna, com a contrarreferência dizendo que “a paciente não se enquadra no nosso serviço”. [...] o hospital, o hospital não vai fazer nada. Mandar para o CAPS Ad, paciente não enquadra no nosso tipo de tratamento [...] O CRAS ajuda, mas é mais entupido que a ESF, a gente pergunta se tem um cartão, vale transporte? Falam não têm. Então nós ajudamos pagando a passagem. [...] somos, muitas vezes, mais social do que... é orfanato e asilo UBS, veterinário UBS, pois colocam o cachorro morto na frente do posto, temos que resolver a situação, é terapia familiar UBS, é

isso tudo que fazemos. Tenta-se curar o aqui e o agora, o depois, vamos ver o que vai dar amanhã. Encaminha-se para um atendimento psicológico, a gente tem o nosso psicólogo no distrito, tem o CRAS, que dá bastante apoio atualmente. A bolsa família, muita gestante tem bolsa família, então com tudo isso conseguimos dar algum encaminhamento em relação ao social. Agora, envolvendo o emocional da situação, não se está muito focado nessa parte ainda, entendeu? (E/Enrico)

As limitações em relação à resolubilidade dos profissionais da ESF para solucionar problemas sociais e subjetivos das puérperas produzem uma grande sensação de incapacidade nos profissionais que têm compromisso social com seu trabalho, o que por vezes gera sofrimento também nos trabalhadores. O depoimento expressa o compromisso dos profissionais com as gestantes, bem como demonstra a fragilidade a que estas estão expostas por não ser realizado um trabalho em rede, com o estabelecimento de projetos terapêuticos singulares a serem utilizados em casos muitas vezes tão complexos. As equipes não estão organizadas na lógica da atenção integral, sendo que nem conseguem assumir casos de modo multiprofissional, tampouco intersetorial. Isso fortalece a necessidade de estabelecer um trabalho interdisciplinar, visto que não é possível reduzir a oferta de cuidado para uma profissão, pois a atenção compartilhada pela equipe é muito mais ampla do que qualquer intenção individual (Merhy, 2005). É esse o aspecto que precisa ser valorizado.

Estar atento às demandas relacionadas ao sofrimento psíquico no pós-parto é um processo que implica em conhecimento e abertura do profissional às necessidades das puérperas. Contudo, visto a grande maioria dos profissionais da ESF atuarem a partir da lógica do modelo biomédico, sem uma prerrogativa psicossocial, constatamos a insegurança e o despreparo para atuarem diante das demandas sociais e psicológicas que emergem na experiência vivida das puérperas.

Técnicos de enfermagem participantes do estudo também demonstram insegurança quando questionados sobre o trabalho realizado com as puérperas quanto à saúde mental. Referem que não se sentem parte desse processo, sendo que não realizam acompanhamento ao puerpério nem se sentem aptos para isso; logo, demandam a outros profissionais essa atividade, como expresso nos depoimentos a seguir:

Essa parte seria mais com a enfermeira, que faz esse acompanhamento. É mais específico com ela, então se elas [puérperas] nos abordam, a gente passa para enfermeira, a gente não faz esse acompanhamento específico com elas. [...] é uma coisa que eu como técnica eu não faço, então eu não sei dizer [...] nunca fiz isso, nunca atendi uma puérpera, então eu não sei realmente o que fazer nessa hora. (E/Ana. Acréscimo meu)

Essa parte acabo nem sabendo, mais é o médico e a enfermeira. Acabo não saindo junto com a enfermeira, eu não sei como é a visita puerperal, nunca deu pra sair junto com ela, sempre tem que ficar na unidade [...] acaba não acompanhando, elas [ACS] passam para o médico, [...] as orientações no caso do puerpério é com ele, a nossa parte não influencia em nada assim. (E/Sabrina)

O modelo hegemônico de saúde ainda vigente em nosso País é fragmentado, mesmo com a instituição do SUS há quase 30 anos, por isso que em muitas EFS ainda não há valorização do trabalho integrado, estabelecido com relações horizontais. Isso impossibilita aos profissionais, no cotidiano dos serviços, enfrentarem o risco de fragmentação, pois mantém a divisão das profissões, o que acaba por favorecer equipes que não são integradas. Para promover mudanças nas práticas de saúde e no trabalho das equipes na direção da integralidade, é necessária uma mudança nas relações de poder entre os profissionais, bem como desses com os usuários (Peduzzi, 2010).

Os profissionais precisam ter consciência de que o puerpério corresponde a um momento importante na vida da gestante, no qual ocorrem mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Assim, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e vivenciados pela puérpera. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e sua família, pois atuam, muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento mental, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos (Brasil, 2013c).

Não bastassem as mudanças físicas e psicológicas do puerpério, a gestante tem que lidar com o contexto social no qual está inserida, muitas vezes cheio de preconceitos, desvalorização profissional, salários menores, maior exposição a violências, dupla ou tripla jornada de trabalho. Normalmente, elas também sofrem com a falta de investimentos nos serviços e de políticas sociais, situações essas que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres (Brasil, 2011a).

Dessa forma, pensar saúde mental das mulheres é mais do que pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades tem um peso muito grande, que pode ultrapassar os limites e as forças de qualquer pessoa (Brasil, 2011a; Rai, Pathak, Sharma, 2015).

Ainda em relação ao despreparo da equipe, podemos refletir a partir dos depoimentos que ele ultrapassa as necessidades biológicas na atenção. Assim, constatamos que o acompanhamento e a resolução das necessidades em saúde mental ficam fragilizados, visto suas limitações técnicas. A falta de capacitação dos profissionais é um agravante importante na tentativa de dar melhor atenção às demandas de saúde mental no puerpério, como pode ser constatado nos depoimentos e observações a seguir:

Os profissionais não recebem capacitação acerca da saúde mental [...] simplesmente começamos atuar, a gente que vai atrás de algum profissional que nos auxilie. Não nos sentimos preparados para lidar com saúde mental, vamos fazendo o que pode. Vou ser bem sincera, estabelecimento de fluxo, por exemplo, eu tive esse caso de depressão pós-parto, ninguém sabia me dizer pra onde eu encaminhava e no fim eu tive que falar com o serviço: “Olha, me ajuda porque o outro serviço não atende, nenhum outro atende, que a gente vai fazer com essa mulher, ela não pode ficar assim em casa, ela precisa de ajuda e nós também estamos angustiados porque a gente conhece ela, ela faz pré-natal aqui, como é que a gente vai ajudar?” [...] é como eu disse, a gente não tem preparo específico para ouvir, a gente tenta o máximo possível. (E/Alicia)

Eu nunca tive nenhum tipo de qualificação, as dúvidas que eu tenho, eu pergunto para minha enfermeira ou para o meu médico, eles me esclarecem. Nunca tive um treinamento específico no cuidado de puerpério e pós-parto. [...] eu nunca tive treinamento na saúde pública, na verdade, quanto a gente faz o curso técnico, o enfoque é mais hospitalar, o cuidado que você vai ter no hospital, fala de saúde pública, mais abrange muito em outras áreas, o que eu aprendi de saúde pública, de saúde emocional, com puérpera, pré-natal, eu aprendi na prática trabalhando na estratégia de saúde da família, muitos aspectos assim que eu só ouvia falar. (E/Lisa)

Acho que a falta de capacitação é o principal, se a gente fosse melhor capacitado, para isso chamado atenção para que o que poderia acontecer com elas, se poderia ter um atendimento bem melhor. (E/Jonas)

[...] em nenhum lugar que trabalhei teve capacitação [...] Todos foi assim, essa é tua unidade, pega. Essa é tua estrada, vira direita, esquerda, chega lá e se apresenta. [...] em geral você não tem capacitação sobre como é que funciona isso, como é que eu vou fazer para ter um controle disso, então é próprio do teu interesse e também tem uma parte assim de equipe, que se a equipe não ajuda você não consegue. [...] Tem a psicóloga que atende uma vez por semana na unidade, isso ajuda bastante porque eu adoro gestante, adoro puérpera, mas eu não sei lidar às vezes com algumas coisas de saúde mental, às vezes eu não sei o que falar, como conversar. Identificamos o problema, mas eu não sei como fazer para solucionar a situação. (E/Emma)

Não, a gente não teve, eu pelo menos não tive nenhuma capacitação, nenhuma orientação. A gente veio, passei em concurso, vim para unidade e deu. Tudo que eu sei, tudo que eu aprendi foi lendo, buscando, eu que vou atrás de informações, se tenho alguma dúvida, pesquiso, ligo para alguma colega, mas assim da parte da administração municipal não, eles não prestam nenhuma assistência para nós. (E/Inês)

Eu tenho o protocolo, tenho ele aqui, já dei uma lida, só que a gente não teve nenhuma capacitação específica dele. Então, o que eu sei é através do próprio andamento da equipe que a técnica de enfermagem Ana (nome fictício), que já é

mais velha que eu na Unidade, já sabia como funcionava, mais muitas coisas eu que tive que ir atrás. (E/Maria)

Ante o despreparo da equipe, relatado pela maior parte dos participantes, as demandas psicológicas acabam por ficar sem a assistência devida, pois há dúvida sobre a intervenção no sofrimento psíquico mais leve, além de que reiteram que a saúde mental não é um ponto forte das equipes na atenção básica:

Então vem uma gestação que às vezes não é planejada, nem desejada, porque são coisas diferentes. [...] fica bem mais complicado [...] a maioria eu diria que vai desempenhar o papel da melhor forma que elas conseguem fazer. Mas já vi de tudo, inclusive maus tratos em função disso. Já tivemos exemplos aqui, mas é bem raro, a maioria, até acho que vai refletir mais tarde [...] vai estourar mais adiante, porque não vai ficar resolvido. [...] até faço uma crítica a nós profissionais, que muitas vezes não se observa isso. [...] aquela mãe que tem despreparo, se vai observar, aquela coisa mais gritante, mas aquela coisa mais sutil, acho que não. De repente passa despercebido aquilo ali, eu acho que passa, até porque, talvez se precisasse de alguma coisa a mais nesse sentido. Por que nem sempre isso acontece, claro que, digamos assim, no próprio dia a dia você consegue, já tenta deixar aquele dia específico só para gestantes e puérperas, justamente para você ter mais tempo para elas, mas nunca você consegue fazer só aquilo no dia. (E/Andreia)

[...] a limitação é justamente isso, a gente não tem enfoque na saúde mental e nem tanto no cuidado com a puérpera, então uma limitação é essa. Talvez se tivéssemos alguma capacitação, alguma coisa que teríamos que ficar mais atenta [...] a limitação mesmo em poder trabalhar com essa puérpera, de saber o que tem que cuidar, o que tem que observar, o que que é normal, o que não é, talvez se tivesse um treinamento, ou uma capacitação com relação a isso, para focar, até com profissionais da saúde mental, com psicólogos, com psiquiatra. (E/Lisa)

Então é falha, acho que a saúde mental nas mulheres especialmente no pós-parto é o básico, se avalia como está essa mulher, se ela está bem, se está se adaptando bem ao período, se está recebendo bem a criança, se não estiver, ela é encaminhada para um psiquiatra ou psicólogo. [...] o período do primeiro atendimento até que é bom, mas e depois, o acompanhamento como é que está? Não tem, não tem suporte para isso, tanto para ela quanto para família. Acho que é bem falho [...] eu te digo que a parte psicológica da mãe não temos muito foco, eu acho que é mais a parte de saúde física mesmo, que trabalhamos, como sempre é o maior mal que temos, que tem que tentar consertar. (E/Enrico)

Nós não temos cuidado específico com isso. Não temos, porque não tem capacitação, não tem profissional para isso, não tem profissional capacitado, e eu acho que abordamos tanto a parte técnica, às vezes se preocupa tanto com questão de orientações e tudo mais, que às vezes deixa passar por não ter capacitação, e por muitas vezes não conseguir olhar com esse olhar de Saúde Mental para mãe [...] elas precisariam de um cuidado mais específico na saúde mental no puerpério. (E/Julie)

Normalmente eu pergunto se está tudo bem em casa? Pergunta bem genérica, não pergunto se ela está triste, se está chorando, se está brigando demais com as pessoas... essas coisas não pergunto! Geralmente passa batido, não é explorada essa parte. [...] Não sei dizer o porquê não pergunto! Talvez pela falta de alguém que venha aqui “puxar a orelha”, como você está me inquietando sobre isso com a pesquisa. [...] Hoje basicamente busco saber se ela está sentindo alguma dor, algum desconforto, dependendo do tempo que está evoluindo, se ainda tem perda sanguínea e me preocupo com a anticoncepção basicamente, outras coisas acabam passando despercebidas! Se ela vier com novas queixas, que é bem difícil

de acontecer, até pode ser investigado. Isso percebo como um despreparo.  
(E/Jonas)

O compromisso das equipes de Saúde da Família em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde o cuidado com o planejamento familiar até o estabelecimento de ações com as famílias das puérperas. O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão das demandas psicoafetivas que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser foco de escuta e abordagem das equipes (Brasil, 2013c).

Além disso, deve ser uma reflexão mais ampliada das ações dos profissionais na busca do resgate dos significados essenciais da atenção disponibilizada cotidianamente para que as condutas não sejam banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Nesse sentido, romper com a abordagem puramente biológica pede uma conduta pautada em ações que ultrapassem demandas fisiológicas, as quais tendem a ser foco da atenção (Brasil, 2013c).

Uma pesquisa com o objetivo de desvelar o entendimento dos enfermeiros que atuam em uma UBS sobre depressão puerperal reconheceu a dificuldade desses profissionais para fazer esse reconhecimento. As conclusões do estudo corroboram os resultados da presente pesquisa, pois demonstraram que, apesar de saberem de seus papéis no reconhecimento do sofrimento das puérperas, esses profissionais têm consciência de sua inexperiência e desconhecimento sobre o assunto, generalizando-o ao universo da saúde mental. Dessa forma, tratam a demanda de forma que a atenção fique centrada no encaminhamento a outro profissional. Essa ação era somente uma das decisões mediante a reabilitação dessas mulheres (Kogima, Reis, 2009).

Visto o sofrimento psíquico ser de difícil diagnóstico, muitas vezes ele passa despercebido pelos profissionais da saúde, pois a preocupação desses se insere nas demandas físicas da mãe e do bebê, fazendo com o que os aspectos psicológicos não sejam investigados (Menezes, Pelenz, Lima, Sarturi, 2012). Mas se, por ventura, a demanda for exteriorizada pela puérpera, ela não é abordada na conduta dos profissionais, como pode ser visto nos resultados da presente pesquisa. Até mesmo o ambiente onde a puérpera é atendida demonstra a fragilidade no acolhimento das demandas psicológicas, pois tende a não respeitar a individualidade e o sigilo. Por vezes, ele é realizado em ambiente inadequado, com porta aberta, sem conforto, em

pé, aspectos que não facilitam a possibilidade de acolhimento e possível escuta das demandas vividas pelas puérperas, conforme descrito nas observações a seguir:

A puérpera veio para consulta de puerpério, foi acolhida pela técnica de enfermagem, visto que a enfermeira não estava em reunião na SMS. O acolhimento ocorreu na recepção, pediu para sentar, concomitantemente com a aferição de pressão, perguntou como a puérpera estava. A puérpera refere que “tirando o stress”, está indo. A técnica de enfermagem só houve, nada é dito. Continua com suas averiguações, passa para pesagem, o filho mais velho [com 1,5 anos aproximadamente] fica chorando, pois estava no colo da mãe. A técnica de enfermagem termina anota os dados numa ficha para fechamento de dados de acompanhamento gestacional. Posteriormente, vai à outra sala, porta aberta, onde pesa e mede a criança, [peso, estatura, perímetro cefálico]. Pergunta sobre a amamentação, a mãe relata que está tentando amamentar, vai amamentar até o sexto mês, relata que o outro ainda tem mamado em seu peito, permite em períodos esporádicos, demonstra estar receosa em amamentar por muito tempo, como o mais velho, e assim ser difícil tirá-la também. Não há nenhuma orientação da técnica de enfermagem. (O/Sabrina)

Porque às vezes esse tipo de conversa, em relação à saúde mental no puerpério, devia acontecer dentro de uma sala, eu e a mãe, a criança e o familiar que estão juntos, tipo aquele dia que a gente conseguiu fazer aqui, mas muitas vezes é de corredor, é na recepção, na triagem, se percebe toda questão da saúde mental da mulher no puerpério, só que nós conseguimos orientar nesse momento, momento de corredor. (E/Julie)

A atuação preventiva no puerpério deve proporcionar confiança aos profissionais e segurança à mãe para que essa possa compartilhar seus anseios, angústias e frustrações e, assim, enfrentar toda e qualquer forma de sofrimento psíquico. A atenção no puerpério de forma precoce pode favorecer a prevenção do estabelecimento de uma interação patológica entre mãe e bebê, favorecendo a saúde e a boa recuperação da puérpera, além de repercutir no bom desenvolvimento da criança (Brasil, 2013c).

Devido a isso, é necessário conhecer com mais profundidade qual é a experiência da mulher como mãe no período puerperal, os fatores que interferem para sua adaptação e integração nos papéis que passa a assumir quando se torna mãe para que as intervenções por parte dos profissionais de saúde possam abarcar a integralidade da sua saúde. Certamente, essa mãe sentir-se-á mais fortalecida se a assistência no período pós-parto não se resumir apenas a uma consulta de rotina (Merighi, Gonçalves, Rodrigues, 2006), na qual, na maioria das vezes, olha-se mais para os aspectos do bebê do que para a mãe.

Os resultados demonstram o exposto por Silva, Merhy e Carvalho (2007) quando esclarecem que as equipes de ESF não utilizam espaços relacionais como espaços terapêuticos, a exemplo a ferramenta de grupos como algo altamente potente

para a educação em saúde, visto que promovem o cuidado a partir do momento em que possibilitam a troca de experiências entre profissionais e usuários. Esses espaços podem oferecer apoio psicológico e ações alternativas que favorecem a autoestima e a autonomia, não os aspectos mecânicos (Silva, Merhy, Carvalho, 2007).

É preconizado em documento do MS que os profissionais de saúde, especialmente da Atenção Básica, devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social e para utilizar os recursos das redes de saúde intersetoriais a fim de lidarem com os possíveis problemas que surgem nessa fase (Brasil, 2016a). Os dados desta pesquisa expressam, contudo, uma grande dificuldade para efetivar o que é teoricamente estabelecido, a qual é atribuída à falta de educação permanente em saúde sobre o tema como um grande limitador da qualidade na assistência.

Os resultados deste estudo corroboram os achados de Villela e Oliveira (2009), os quais expressam que o acompanhamento da puérpera costuma acontecer por meio de visita domiciliar e consulta médica, as quais observam aspectos técnicos e clínicos. Desse modo, as demandas psicológicas tendem a não ser vistas, pois não há foco na saúde mental desse público. Assim, os cuidados em saúde mental na atenção básica costumam ser limitados e, muitas vezes, acabam ocorrendo por interesse ou por disposição de algum profissional específico. Normalmente, não há organização prevista para o atendimento e acompanhamento das demandas emocionais que fazem parte da vivência das mulheres.

É visível, então, a pouca valorização das demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina, que se alteram com a chegada de um(a) filho(a), segundo o contexto sociocultural e emocional onde se inserem a gravidez, o parto e o pós-parto (Almeida e Silva, 2008).

Nessa perspectiva, a EPS seria um diferencial importante a ser construído no coletivo das eSF, pois seu foco é transformar o processo de trabalho tanto no aspecto da aprendizagem quanto da relação entre a equipe, aspectos esses que estão fragilizados no cotidiano do trabalho da ESF. Problematizar as demandas em saúde mental, na atenção básica, fará com que se reconstrua uma nova prática de atenção (Costa, Gonçalves, Manhães, Tavares, Cortez, 2017). Sabemos que a EPS é um desafio aos profissionais de saúde, que são formados pelo modelo tecnoassistencial biomédico, pois a dinâmica desses encontros visa a encontros democráticos para a discussão de casos que gere uma reflexão sobre a prática e busque auxiliar na

melhoria do cuidado e nas mudanças nos processos de trabalho (Puggina, Amestoy, Fernandes, Carvalho, Bão, Alves, 2015).

### **Subcategoria 3.3**

#### **Gestão dos serviços se distancia da lógica da integralidade da atenção no cuidado à mulher**

A implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher é um desafio posto para o sistema de saúde. Essas políticas apresentam um caráter que vai na contramão da maneira tecnicista e fragmentadora que normalmente direciona os conceitos de assistência à saúde, necessitando de um realinhamento nas atitudes dos profissionais da saúde. Essa mudança não depende somente da teoria colocada em planos e programas, mas de um mecanismo de reconhecimento dos princípios propostos na relação com a prática cotidiana, além de recursos financeiros e humanos capacitados para a execução de um modelo integrador. Esses desafios só serão vencidos se houver uma mobilização intersetorial, a qual articula atores e serviços envolvidos nessa demanda. É necessário o envolvimento, portanto, do Estado, dos profissionais de saúde e dos usuários voltado às estratégias de desenvolvimento da integralidade e equidade na atenção à saúde (Pedrosa, 2005).

Um (1) participante da pesquisa expressa a dificuldade de articulação entre a equipe no acompanhamento das demandas trazidas ao consultório, que deveriam ser monitoradas, além de deixar claro que não conhece o trabalho realizado pelos profissionais que atuam em sua equipe na atenção às puérperas:

[...] atendo às necessidades das pacientes basicamente escutando elas, perguntando [...] de uma forma mais ativa, inferir para ela alguma orientação a respeito de alguma revisão, falando sobre a parte de sofrimento psíquico no pós-parto, quem sabe ter uma forma melhor de acessar essas informações da paciente [...] não costumo compartilhar nada com a equipe o que é falado aqui, a não ser que eu precise da informação que eu tenho que dar uma informação para conseguir outra informação, senão não. [...] a puérpera que atendi hoje pela manhã, já era o quarto bebê, então uma das preocupações iniciais é que elas não engravidem novamente, então acaba que se faz a consulta mais voltada à anticoncepção [...] tenho percepção de que meu atendimento é muito falho. Eu sei que as agentes comunitárias procuram ativamente essas mulheres e é feito uma visita puerperal, eu não sei te dizer se essa visita pela enfermeira ela é frequente, ou se é uma visita só, eu não sei te dizer, mas tem uma visita domiciliar que a enfermeira faz, mas eu não sei se é uma só, se é mais que uma, se tem um acompanhamento disso, eu não sei te dizer, mas tem esse serviço na unidade. (E/Jonas)

Os dados demonstram o desafio que ainda se estabelece em instituir um trabalho efetivamente multiprofissional entre a equipe de saúde da família, pois a gestão do cuidado não promove espaços para explicar a lógica de atenção na ESF, de modo a mobilizar a capacidade das equipes para elas trabalharem em um projeto terapêutico comum (Silva, Merhy, Carvalho, 2007).

Esses dados corroboram os achados de Lopes *et al.* (2009), os quais demonstram que normalmente o trabalho realizado em eSF é precário, individualizado, em que cada profissional realiza a parcela do trabalho que lhe cabe. Dessa forma, referido trabalho contribui para a fragmentação do cuidado. As práticas em saúde estão pautadas em um modelo hierarquizado no qual prevalece a individualização das ações, com práticas voltadas ao modelo tecnicista, sendo que o predomínio de equipes se configura em meros agrupamentos de profissionais (Peduzzi, 2010).

Assim, a atenção em saúde tende a ser individualizada, pautada em uma perspectiva mecanicista, médico-centrada, que não permite a construção do “saber fazer comum”, cultura que precisa ser superada pelos profissionais que atuam na ABS, pois o modelo de atenção estabelecido para a ESF é de outra ordem, a qual tem como princípio a integralidade da atenção. Para isso, organiza-se a partir da lógica da clínica ampliada, com estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários a fim de construir projetos terapêuticos singulares, considerando as especificidades e a complexidade da vida de cada usuária do sistema (Silva, Merhy, Carvalho, 2007).

Esse modelo hegemônico, centrado na prática biologicista, desconsidera o modelo psicossocial, reforçando as especialidades e o atendimento no modelo convencional. A equipe da ESF é formada por profissionais de nível superior, técnico e médio, todos considerados de grande importância para o trabalho na saúde da família, mas, diante da fala de seis (6) profissionais, observa-se que a cultura biomédica ainda prevalece e tende a considerar o médico e o enfermeiro sujeitos do saber.

Porque na realidade a parte depois do puerpério é mais a enfermeira e com a médica que tem conhecimento, todo um embasamento para conversar com elas, porque a gente no técnico não tem tanto sobre isso, às vezes eu porque gosto muito de estudar, leio, estou sempre me informando para tentar ajudar. (E/Ana)

Não, a gente acaba não falando, ficando mais para parte da enfermeira mesmo. (E/Sabrina)

Por que eu não atendo ela, isso seria mais da parte do profissional médico, e da enfermeira. (E/Lorena)

[...] é mais complicado para lidar com isso, o que mais se pode orientar de acordo com que se sabe, o que acha, ou buscar orientação se a gente não sabe o que falar para o paciente, ou da minha enfermeira, ou do meu médico, que são sempre acessíveis se temos alguma dificuldade [...] [...] eu acho que se lida com certa dificuldade justamente por causa disso, porque não tem tanta capacitação para isso, a gente não está tão capacitada para isso. (E/Lisa)

Não que passaram por mim, eu só sei o que acontece com elas, o que elas desabafam comigo, se elas não querem ficar fechada, não querem falar nada que acontece com elas, ou que eu tenha que ficar, não estou com dor, ou, no caso psicológico, é bem difícil elas, as que têm bastante intimidade até falam, mas as que não têm bastante intimidade que me conheceram esses nove meses que está no processo de gestação, daí é bem difícil elas estarem abertas, e dizer, não, estou sentindo isso, é mais ou relação com a enfermagem ou a médica que sabe disso. (E/Leonor)

A competência para cuidar não está relacionada a nenhum saber ou prática de determinada profissão diretamente, mas à pessoa que cuida, seja ela pertencente a qualquer área da saúde. Para tanto, ninguém se faz sozinho, é necessária uma abertura a uma relação em uma disponibilidade de trocas entre profissionais. Um convite à responsabilização do cuidado, admitindo que sua integralidade ocorre na interação entre usuários e profissionais, e um convite ao compromisso com vidas, admitindo que há muito o que se aprender (Barros, Pinheiro, 2010).

Como o conhecimento valorado fica pautado no modelo tecnicista, alguns profissionais tendem a recorrer ao enfermeiro e ao médico, gerando uma dependência devido à precária formação que recebem (Pontes, Furtado, Martins, Matta, Morosini, 2008). Nesse sentido, o trabalho multiprofissional pede uma recomposição dos processos de trabalho, os quais precisam se integrar embora prevaleçam as diferenças técnicas e singularidades de cada trabalho. Ou seja, deve haver articulação nas intervenções por parte de cada membro da equipe (Peduzzi, 2010), as quais ocorrem a partir do momento em que a educação permanente em saúde é incorporada como uma ferramenta de gestão dos serviços (Ceccim, 2005).

A integralidade da atenção, além de ser um traço de boas práticas em saúde, busca um trabalho de horizontalidade nos programas e projetos, com a finalidade de incentivar a política nacional de humanização, estimulando a melhor comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários (Mattos, 2005). Logo, a construção do processo de integralidade nas relações de trabalho é importante e deve fazer parte da cultura organizacional para que assim também aconteça na relação com o usuário,

embora na prática três (3) profissionais da ESF relatem sobre a falta de incentivo na busca de qualificação profissional, pois não há liberação e facilidade nesse processo.

[...] Em relação a se buscar qualificação, isso vale para todas as coisas, não só para mulher no pós-parto, nós não temos mais essa possibilidade, essa possibilidade nos foi tirada, nós não temos mais horário para fazer capacitação, então mesmo que eu queira fazer alguma coisa fora, você tem que pedir dois meses antes, então vão analisar, vê se pode, coisa e tal. Então complica um pouco a saída. (E/Andreia)

Então eu vou atrás de alguma coisa assim porque eu gosto, acho interessante, e eu quero aprender, mais não por um incentivo, nem simples, tipo pode ir é liberado, tem folga, vai, é tranquilo, não precisa pagar, eu tenho que repor as horas se for para um evento, isso dificulta. (E/Emma)

Eu tinha vontade de fazer especialização em enfermagem obstétrica, mas agora está tendo uma dificuldade de liberação para especializações [...] seria uma oportunidade bem boa, iria qualificar a atenção a essas mulheres, é uma coisa que vai qualificar o meu trabalho aqui na unidade de saúde no dia a dia, mas a gestão talvez não veja dessa forma. Algumas vezes lá uma vez ou outra que surge umas capacitações de meio período, ou um dia inteiro, de oito horas, em alguns assuntos, mas faz algum tempo que a gente não tem mais. (E/Alicia)

A busca de melhoria na qualidade da atenção à saúde está implicada para além do interesse dos profissionais. O apoio nas decisões políticas de investimento exigem gestores preocupados tanto com a melhoria dos equipamentos como com qualificação/formação dos profissionais. Dessa forma, deve-se qualificar a assistência, de modo a estar sensível às necessidades biológicas, sociais e psicoafetivas da mulher, de sua família e do recém-nascido (Dittz, Duarte, Madeira, Lopes, 2010).

Os casos mais graves de sofrimento psíquico realmente necessitam de intervenção especializada, por isso, por vezes, é necessário o encaminhamento e a intervenção da atenção especializada. Nesse sentido, quatro (4) profissionais enfatizam a limitação para o acompanhamento das demandas do sofrimento psíquico no pós-parto realizado na rede de saúde mental:

[...] Muitas vezes, dependendo, você não tem aquele respaldo lá na frente, sabe. Vamos supor, a mãezinha está com um começo de uma depressão pós-parto, daí ela vem conversa com o enfermeiro, este abrange toda uma conversa com a médica. Esta encaminha só que a mãe está precisando é aquele momento, naquele momento, precisa de um psiquiatra ou até mesmo um psicólogo, e não se consegue isso de imediato [...] É raro termos puérperas nesse ponto, mas já tivemos, e a gente não teve um respaldo lá na frente, nos sentimos meio que de mãos atadas, porque é um momento que elas precisam, não é eu que estou precisando agora, é elas, e tu quer tentar fazer, tu quer tentar agilizar e tu não consegue. Não consegue a consulta, não consegue psicólogo, tudo é aquela forma, você tem que esperar, pois não tem vaga. [...] se for um psiquiatra espera uns seis meses, já passou...[...] psicólogo uns dois, três meses. Muitas vezes eu até oriento, sabe, dependendo muito, assim se eu vejo que está muito, eu oriento pagar um psiquiatra, ou pagar

um psicólogo. Ou a gente vê se consegue um psicólogo da Unesc, ou alguma coisa do tipo. (E/Sandra)

Então eu identifiquei na conversa com ela, que não falava coisa com coisa, tinha momentos de lucidez, noutros havia fala desconexa, daí eu perguntei da amamentação, da pega, e a mãe dela disse que “essa criança não está mamando direito, ela tá com dificuldade de dar mamar”, e ela foi meio que fazendo gestos olhando para filha, dizendo que ela não estava bem [...] Eu, então, pensei, tem coisa errada aí, geralmente a mãe quer o bebê próximo, fica acolhedora, [...] a mãe dela ligou um dia à tarde aqui para unidade, dizendo que estava em surto, que estava agressiva, gritando, que ela dizia que mataria não sei quem, que estava com medo que fizesse alguma coisa com a bebê [...] “vamos conversar com o médico para ver o que é melhor para você”, assim ele percebeu que ela precisava de atendimento psiquiátrico, especializado. Naquele momento, como eu te disse, não temos esse preparo, então tentei o CAPS II, disseram que uma identificação de depressão pós-parto e que não atuavam com esta demanda, orientaram o contato com o CAPS III, que disseram que só poderiam acolher dentro de 30 dias [...] Em contato com a coordenação acabaram conseguindo essa consulta para início da semana seguinte, pelo CAPS, teve acompanhamento do psiquiatra, no serviço mesmo. [...] até perguntei no matriciamento do CAPS que tivemos nesta semana, então em caso de depressão pós-parto, qual é o encaminhamento do serviço. [...] (E/Alicia)

Quando chega comigo, então como eu te disse, quando se tem acesso à questão da psicoterapia, se encaminha. Encaminho sempre, às vezes demora tanto que quando chega lá, já passou, já melhorou. (E/Andreia)

Falo da enfermeira daqui, ela tem mais domínio, ela acalma, escuta mais e tem intimidade, como acompanhou o pré-natal e tudo. O nosso médico também facilita bastante aqui quando precisa assim, você pode conversar com ele, ele te escuta, e atende as puérperas, acho que facilita o atendimento também, agora se for necessário encaminhar para o especialista pode dificultar, porque demora. Eu acho que a puérpera que foi encaminhada para o psiquiatra, não teve nenhuma, digo tipo uma paciente normal demora, tem esta limitação, agora a puérpera nunca foi encaminhada, mas se for o mesmo caminho é uma limitação, esperar um ano na fila para ter a consulta com o psiquiatra. (E/Mila)

Outra limitação apresentada na gestão dos serviços, relacionada à saúde da mulher no puerpério está no fato de o processo de interação entre os serviços – hospital e UBS/ESF – ainda não ser efetivado ou, quando ocorre, os profissionais não serem sensíveis ou organizados para receberem essa demanda e terem as condutas necessárias para o atendimento integral dessa mulher pela eSF. Essa deficiência na inter-relação dos serviços é expressa no depoimento de oito (8) profissionais da ESF, conforme apresentado a seguir:

Olha, não tem fluxo que ocorra, não tem uma comunicação que ocorra, tanto no pós-parto, quanto referente à gestação. Eu já tive outras experiências em outras cidades e era bem comum assim a gestante tinha dia de visita maternidade, a unidade agendava pelo sistema o SISREG se agendava a visita à maternidade. [...] ela conhecia a maternidade tudo mais [...] o retorno do hospital de como foi não tem, a nota de alta é bem simples, bem resumida, não tem nada explicando mais detalhadamente, então eu acho que é bem solto, deveria ser melhorado. (E/Emma)

[...] eles não mandam uma contrarreferência nada, isso é zero, zero mesmo. Muitas vezes, a única informação que eu tenho, é o encaminhamento que eu fiz da paciente em trabalho de parto, que eu tenho que fazer carta. Não tem contrarreferência, não

tem nada, mas isso eu acho que é do próprio sistema que funciona assim. Não tem um contato, a gente não liga para o hospital, o hospital não liga [...] (E/Denis)

Não tem uma relação da instituição hospitalar nesse pós-parto, a gente não tem uma contrarreferência. Simplesmente essa mulher tem alta e acabou, no mais é com a Unidade de Saúde. Em relação à maternidade não se tem mais nenhuma informação. A orientação que eu percebo é o álcool 70% que eles geralmente fornecem os frasquinhos, e auxiliam alguma coisa na amamentação, inclusive as formulas, caso a mulher não consiga amamentar. (E/Alicia)

Não tem. A única coisa que vem, no caso, é aquela relação que vem por e-mail, das mulheres que ganham neném, fora isso, a nota de alta, mas se acontecer qualquer coisa, não tem informação. (E/Geovana)

[...] a questão rede não funciona nessa parte [...] o que eu tenho de retorno da mulher que foi para o hospital é a carteirinha do recém-nascido, só. Então eu tenho peso da criança, altura, o apgar quando nasceu, o que foi administrado, se teve alguma coisa, enfim, é tudo que eu tenho dela de retorno do hospital, ou seja, só informações sobre o bebê, nada sobre a mulher. (E/ Andreia)

[...] não tem uma relação, a relação que deveria ter entre o hospital e a ESF. O hospital vai lá, presta o serviço do parto, da internação, o que for, libera o paciente e diz “procura a unidade de saúde”. (E/Lisa)

Não tem, não tem, a gente fica sabendo como que foi o parto, as intercorrências, se houveram intercorrências. [...] O que acontece, se elas demoram muito para vir elas vêm às vezes com infecção pós-parto, em ferida operatória de cesárea, já cansei de tratar, porque não foi bem orientada talvez no hospital. [...] às vezes elas já vêm com a infecção instalada, com febre, e muitas, já aconteceu de eu ter que mandar elas de volta ao hospital para abrir a ferida operatória, drenar abscesso. Então falta realmente um link entre o médico da ESF que fez todo o acompanhamento pré-natal e o médico que fez o parto no hospital, não se tem esse feedback, a gente não tem. (E/Inês)

É necessária, portanto, a atenção dos profissionais de saúde para a tarefa do cuidado, compreendendo-se que, independentemente do ponto na rede de atenção no qual a mulher esteja, o papel do profissional da saúde sempre será estar atento às necessidades das pessoas. Normalmente, o processo de trabalho está mais voltado a ordenar fluxos do que a responsabilizar-se pelas demandas de saúde necessárias a cada usuário; a identificar na trajetória do usuário as necessidades ainda não atendidas e assim direcioná-las para um plano de cuidados abrangente e singular (Mattos, 2009).

Tesser (2010) expressa que um desafio à integralidade no cuidado diz respeito ao acesso criterioso ao cuidado especializado e às tecnologias diagnósticas e de tratamento. Normalmente, os modelos pautados em protocolos acabam minando os mecanismos de diálogo, seja na relação entre os profissionais ou com os usuários, imperando o anonimato entre quem faz referência e o especialista, o que denuncia a pouca comunicação entre APS e especialidades, necessariamente com média ou alta

complexidade. Esse é um desafio a ser vencido quando os profissionais estiverem atentos à saúde integral das pessoas (Tesser, 2010). Na pesquisa, apenas um (1) participante relatou sobre um movimento de interação entre os serviços, que culminou com a atenção integral ao usuário:

Tivemos uma que se percebeu então que a mãe não apresentava muito afeto com a criança, e também teve pessoas que perceberam no hospital, quando essa mãe e essa criança foram no hospital [...] acho que foi problema respiratório. O hospital me ligou e juntos com o Conselho Tutelar eu tive que ter mais cuidado. A assistente social e psicóloga [...] também nós ajudaram, pois entrei em contato, a puérpera começou a fazer atendimento psicológico junto, durante o puerpério, mas foi um risco grande para mãe, porque a mãe chegou aqui chorando, dizendo que nunca faria nada com a filha, que o que acontecer com ela às vezes é porque ela dormia no hospital na hora que era para estar com a criança no colo, ela às vezes dormia, e o pessoal já associou aquilo. Realmente ela tinha um histórico se eu não me engano de ter colocado fogo na casa, com as outras crianças dentro de casa, ficamos atentos, e realmente a criança perdeu peso [...] só vivia no hospital, teve que ter um cuidado a mais, eu nunca tinha visto uma mãe negar, ou não ter tanto afeto pela criança, foi meu primeiro contato, ficamos um pouquinho assustadas, porque a gente teve que ter um cuidado, mas agora a mãe já está melhor. Na verdade, não fui eu de primeira que entrei em contato com o conselho tutelar, foi conjunto com o hospital e com a assistente social. (E/Julie)

Os profissionais de saúde, em muitas situações, tratam o ciclo gravídico-puerperal de forma não integrada. É raro em todo esse período a mulher receber assistência de uma mesma instituição. Em geral, os mecanismos de referência e contrarreferência são inexistentes ou são ineficientes. Os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para as singularidades apresentadas pela puérpera, qualificando o cuidado dispensado em todas as fases do ciclo gravídico puerperal (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

Além disso, a sobrecarga de trabalho também é reconhecida pelos profissionais da ESF como um limitador na atenção à saúde da mulher no pós-parto, e as inúmeras demandas acabam desfavorecendo o trabalho territorial e favorecendo o modelo clínico tradicional não implicado na integralidade. Seguem cinco (5) depoimentos que tratam dessa questão:

[...] sobrecarga de trabalho também reflete nisso aqui inclusive, porque tem coisas que é gritante, você vai perceber, mas aquela coisa mais sutil [sofrimento psíquico] vai passar batido, isso eu não tenho nem dúvida. (E/Andreia. Acréscimo meu)

Estou numa comunidade que tem mais de seis mil moradores, só eu sozinho. É uma alta demanda, pois a gente atende toda área, tanto da clínica, geriatria, pediatria. [...] o problema está na gestão pública, nos gestores, nos governantes, que não criam uma infraestrutura adequada pra isto. [...] A demanda toda fica sobrecarregada no clínico geral, porque muitas vezes não que é o problema, pois geralmente o problema maior é na gestão em si. Pois falta especialista, não tem um

local adequado, a consulta demora mais de um ano, muitas vezes esses pacientes têm que retornar, daí tu tem que ser psiquiatra, ortopedista, endocrinologista, psicólogo, de tudo um pouco. (E/Denis)

Seguir muitas rotinas, às vezes parte muito burocrática de uma gerência como eu tenho que fazer aqui, e a questão às vezes é por falta de profissional mesmo, mais profissionais, uma recepcionista que não tem, que às vezes parece besteira, mas faz toda diferença. Uma unidade que muitas vezes temos que estar como recepcionista ali, e não pode estar fazendo a parte de atendimento, de assistência, eu acho que é só isso, esses aspectos mais relacionados à falta de profissional, e à falta de questão de tempo por conta das rotinas do trabalho mesmo. (E/Julie)

Os dados apresentados ao longo do presente trabalho explicitam a sobrecarga de trabalho que profissionais vivenciam em algumas unidades de saúde, pois o acesso aos serviços de saúde nem sempre é facilitado. Apesar das cerca de 30 mil equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas no Brasil, elas ainda são insuficientes para a população (Tesser, 2010).

Três (3) profissionais citam que a desatenção da gestão às demandas do puerpério, como a falta de capacitação dos profissionais para a atenção ao tema, por exemplo, faz com que referidos profissionais busquem de forma individual informações para conseguirem realizar um trabalho de atenção a essa demanda. Essa falta de política institucional de educação permanente em saúde impossibilita que toda a rede dos serviços seja qualificada, pois os movimentos de qualificação ficam limitados à vontade e à disponibilidade pessoal dos profissionais.

[...] é a leitura mesmo tenho o “Duncan”, que é o Autor principal do Manual de Medicina Ambulatorial, um manual de estratégia de consulta ambulatorial que é bastante interessante nessa parte tem várias coisas. É de puerpério, bastante interessante, eu não sei se seria algo que seria suficiente, poderia ter alguma coisa mais formal, não sei. Algum tempo atrás teve a capacitação do “mãe coruja”, mas foi basicamente a apresentação do programa. Não lembro de capacitação mesmo, eu não lembro se teve. (E/Jonas)

Qualificação da prefeitura conosco não tem, essa parte, se recebe é para farmácia, agora essa parte aqui, não sei se futuramente vai ter, mais eu conversei com a enfermeira, até enquanto gestante, questão de pressão alta, essas coisas, tiro as dúvidas com a enfermeira, ela orienta ou procuro ler, “a aconteceu alguma coisa de novo” eu vou ali na internet, procuro me informar mais, mas qualificação de algum treinamento não. (E/Mila)

[...] capacitação formal, há muito não temos. Atualização a gente que corre atrás, busco artigos da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, no site do Ministério da Saúde, como eu tenho os alunos, acabo fazendo uma busca mais ativa nessas informações, até para repassar e para estar mantendo-os atualizados. Mas isso a gente que vai atrás, no momento a gente não tem uma qualificação. [...] só olhando artigos, lendo livros, eu tenho, não sempre, mas eu tenho livro, o Freitas, que são as rotinas de obstetrícia, só nessa parte, assim, mas não, nunca fiz um curso, uma pós, nada, só informações assim. (E/Ines)

As estratégias de educação permanente em saúde devem atuar em uma proposta de qualificação do cuidado e assim fomentarem a formação dos profissionais

para uma lógica de trabalho multi e interdisciplinar a fim de ampliarem o olhar integral à história do usuário dos serviços, saindo de uma visão individualizada e de uma perspectiva passiva para o reconhecimento de uma abordagem para o sujeito, um cidadão, no seu contexto sociofamiliar e econômico, que precisa ser considerado pelos profissionais da saúde (Andrade, Santos, Maia, Mello, 2015).

Ainda, em relação à gestão do cuidado, é importante enfatizar a necessidade de fortalecimento do trabalho das agentes comunitárias de saúde, que tem extrema relevância para a realização do cuidado integral à saúde. Conforme já analisado nesta pesquisa, tal profissional se destaca na atenção à puérpera ao considerar os aspectos que ultrapassam o biológico. Para tanto, relatos expressam a dificuldade quando espaços territoriais ficam sem o trabalho desses profissionais, ou seja, quando há microáreas descobertas.

[...] às vezes há dificuldades em buscar essa mãe que não veio, assim, porque a gente tem cinco microáreas, três têm agentes comunitárias, uma está afastada já há um tempo, por problemas de saúde, [...] eu estou aqui há três anos e meio, a microárea maior que se tem está descoberta [...] se tem uma dificuldade grande de às vezes saber que ali tem uma gestante [...] às vezes se fica sabendo aqui, só quando eles aparecem para vacinar. Fez o pré-natal em outro lugar, por dificuldade de buscar isso, a falta de profissional, digamos assim, possa ser um aspecto que prejudique nosso trabalho com a puérpera, para se buscar essa que não veio. (E/Lisa)

Conforme a PNAB, o processo de trabalho das equipes de atenção básica deve se responsabilizar pelo acompanhamento da população que faz parte daquele território, de forma a lidar com os cuidados preventivos e curativos, permitindo a longitudinalidade no cuidado, além de manter a coordenação do cuidado na relação com cada usuário (Brasil, 2017). Mesmo que o município, na época em que a pesquisa foi realizada, não tinha assumido as normas da nova PNAB de 2017, só pelo fato de haver microáreas descobertas, o relato expressa o quanto os usuários são prejudicados com a falta de acompanhamento longitudinal das famílias.

Destacamos o quanto é importante que o projeto institucional e de trabalho de cada equipe esteja alinhado para que o modelo assistencial possa estar orientado pela integralidade em saúde, considerando a importância do trabalho em equipe. Cabe à gerência dos serviços e aos trabalhadores traduzirem em seus processos de trabalho a interlocução das variadas áreas profissionais, almejando a assistência voltada para integralidade da vida das pessoas (Peduzzi, 2010), sendo que os espaços de reunião de equipe, garantidos semanalmente pela gestão municipal,

podem ser usados como um potente local de realização de EPS, sobre os mais variados temas definidos a partir das necessidades levantadas pelos próprios profissionais e usuários.

## 5 CONCLUSÕES



**Obra: Maternidade**

Autor: Lasar Segal

Ano: 1936

A partir dos resultados do presente estudo, concluímos que a saúde psíquica da mulher no puerpério não é percebida ao longo do processo de trabalho das eSF. Embora reconheçam que o sofrimento psicológico é multifatorial e está relacionado a aspectos intra e interpessoais, o modelo biomédico é soberano nas práticas dos serviços de saúde no município estudado. No mesmo sentido, quando se trata da saúde das puérperas, os aspectos biológicos são o foco de atenção, pois o que mais é percebido pelos profissionais está relacionado à cicatrização da cesariana, à involução uterina, ao aleitamento materno exclusivo ou predominante, ao estado das mamas para a produção de leite, em síntese, basicamente um olhar às demandas fisiológicas.

Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico só é percebido caso os profissionais reconheçam uma patologia instalada que justifique tal sofrimento vivido pela puérpera, ou seja, diante da doença instalada, que passa a ser motivo de preocupação e encaminhamento. Do contrário, ele é invisível aos profissionais. Embora na pesquisa tenhamos observado algumas ações isoladas dos profissionais para identificar problemas psicológicos, normalmente alguém da rede de apoio da puérpera trará à tona que essa está apresentando mudanças em seu comportamento. Nesse sentido, a pesquisa não apontou na prática das equipes a lógica da integralidade em saúde, sendo essa uma

característica apenas de alguns profissionais isolados, destacando-se os agentes comunitários de saúde.

Nesse sentido, o que prevalece é uma atenção fragmentada, aliada ao despreparo das equipes, com uma gestão do cuidado estruturada a partir de um modelo tradicional e protocolar de atenção à saúde, o qual é direcionado pelo foco de atenção do próprio Ministério da Saúde, que visa ao controle e monitoramento do pré-natal e acompanhamento do recém-nascido sem foco na saúde mental da mulher no puerpério.

Ao considerarmos os resultados da pesquisa, analisados a partir de literatura sobre o tema, o presente estudo também constatou ser difícil para a mulher reconhecer sua fragilidade nessa fase. Nesse sentido, como seria possível pedir ajuda, ou reconhecer um sofrimento psíquico, diante da invisibilidade da mulher que sofre com as mudanças advindas do pós-parto?

Portanto, o reconhecimento dessa temática é de extrema relevância para a saúde materna e, concomitantemente, para a saúde das crianças, pois cuidar da saúde mental das mães é cuidar da saúde mental de seus filhos e da saúde mental de sua família. Para tanto, a eSF necessita de suporte matricial e educação permanente em saúde para lidar com as demandas em saúde mental, que são parte importante do processo de cuidado, pautado na integralidade, princípio básico para uma adequada Atenção Primária em Saúde. Dessa forma, a presente pesquisa deixa como orientação aos gestores do município participante do estudo que nas ESF sejam desenvolvidas ações de EPS e matriciamento em saúde mental a fim de acessar as dúvidas, esclarecer mitos e levar conhecimento à mulher na experiência da maternidade e, para além delas, a formação dos profissionais, de modo a ajudá-las nesse processo de ressignificação identitária pela qual vivem no puerpério.

A fim de mobilizar as ações de EPS, o presente estudo deixa como produto uma Mostra (Apêndice D) composta por obras de arte clássicas, articuladas com perguntas norteadoras e depoimentos extraídos dos resultados deste estudo, que retratam e problematizam o sofrimento de mulheres no puerpério. Tal mostra será exposta inicialmente no *hall* de entrada da Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, passará, de forma itinerante, nas Estratégias de Saúde da Família do município para dar visibilidade e dizibilidade ao tema do sofrimento psíquico no puerpério, de modo a gerar movimentos de problematização nas Estratégias de Saúde da Família e nas comunidades.

Diante dos resultados do presente estudo, eu, como pesquisadora, reconheço que hoje, aos 34 anos e sem filhos, mas com desejo de viver a experiência materna, só tenho a agradecer pela oportunidade de experienciar essa temática, de forma profissional e acadêmica, tema esse tão peculiar e necessário. Ao encerrar este estudo, desejo que ele sirva de reflexão e análise para diferentes coletivos que atuam na ABS a fim de fomentar o cuidado da saúde mental das puérperas.

Ao considerar a relevância do tema, vale destacar a importância de ampliar o estudo em nível estadual e nacional, visto que as generalizações podem levar a uma perspectiva de erro, embora a pesquisa corrobore a literatura acerca do tema. Devido às dificuldades encontradas pelos trabalhadores da ESF na atenção à saúde mental das puérperas, outras pesquisas devem ser realizadas, pois pode haver o mesmo nível de dificuldade em outros temas relativos à atenção básica.

A limitação do tema diz respeito ao fato de o estudo ter sido realizado em âmbito de um município, embora a pesquisa tenha corroborado a literatura. Visto não ser a intenção de pesquisas qualitativas fazer generalizações, acreditamos ser importante a replicação do estudo em outros espaços geográficos para mobilizar mudanças na Política Nacional de Saúde da Mulher que, atualmente, reforça a invisibilidade do sofrimento psíquico no puerpério ao determinar critérios de avaliação relacionados a aspectos fisiológicos e ao recém-nascido, o que induz profissionais a limitarem as suas ações nesses aspectos.

## REFERÊNCIAS

- Arrais AR. As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2005.
- Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2005 nov; [citado em 2017 set. 22]; 1(3):72-80. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/12>.
- Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol.* [Internet] 2008; [citado 2017 set 22]; 51(2):333-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18463464>.
- Beck CT. Maternal depression and child behavior problems: a meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 1999; [citado 2017 set 22]; 29(3):623-629. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.1999.00943.x>
- Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health* [internet]. 2006; [citado 2017 set 22]; 9(5): 273–78. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-006-0149-5>.
- Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev* [internet]. 2010 [citado 2017 set 22]; 86(5): 305-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547016>.
- Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Arch Womens Ment Health* [internet] 2010; [citado 2017 set 22]; 13(1):61–74. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0109-y>.
- Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *JOGC* [internet]. 2012 [citado 2017 set 22]; 34(5):436-442. Disponível em: [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35240-9/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35240-9/pdf).
- Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* [internet]. 2006; [citado 2017 set 22]; 33(4): 323–31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17150072>.
- Kingston D, McDonald S, Tough S, Austin MP, Hegadoren K, Lasiuk G. Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a

population based survey. BMC Pregnancy and Childbirth [internet] 2014 fev [citado 2017 set 22] 14(67): 1-12. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-67>.

Morris-Rush JK, Freda MC, Bernstein PS. Triagem para depressão pós-parto em uma população do centro da cidade. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2003; [citado 2017 set 22]; 188(5):1217-1219. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)00109-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)00109-1/fulltext)

Dennis CL. Podemos identificar mães em risco de depressão pós-parto no período pós-parto imediato usando a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo? J Affect Disord. 2004; 78(2):163-9.

Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. Rev Min Enferm [internet]. 2013 abr; [citado 2017 set. 22]; 17(2):446-53. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>.

Moraes MHC. A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2010 [citado 2017 set 22]; p.171. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94550?locale-attribute=en>.

Zocche DAA. Produzindo identidades de necessidades em experiência em puerpério. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014 [citado 2017 set 22];108 f. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104536/000940330.pdf?sequence=1>

Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. Rev. Rene [internet]. 2012; [citado 2017 set 22]; 13(1):74-84. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277873083\\_Percepcao\\_das\\_puerperas\\_quanto\\_aos\\_cuidados\\_prestados\\_pela\\_equipe\\_de\\_saude\\_no\\_puerperio](https://www.researchgate.net/publication/277873083_Percepcao_das_puerperas_quanto_aos_cuidados_prestados_pela_equipe_de_saude_no_puerperio).

Passos, AJ. Saúde Mental na gestação e Puerpério: Proposta pedagógica de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil, 2018.

Mazzo MHSN, Brito RS, Santos FAPS. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. Rev enferm UERJ [internet]. 2014 set/out; [citado 2017 set 22]; 22(5):663-67. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>.

Cabral FB, Oliveira DLLC. A Invisibilidade da Depressão Pós-Parto no Contexto de Equipes de Saúde da Família. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder

[internet]. 2008 ago. [citado 2017 set 22]. p. 7. Disponível em:  
[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Cabral\\_Oliveira\\_58.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Cabral_Oliveira_58.pdf).

Anderson EA, Kim DR. Psychiatric Consultation to the Postpartum Mother. *Curr Psychiatry Rep* [internet] 2015 Apr; [citado 2017 set 22]; 17(4):561. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764006>.

Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry* [internet]. 2015; [citado 2017 set 22]; 57(Suppl 2):216-221. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539865/>.

Cantilino A, Zambaldi CA, Sougey EB, Renno J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiquiatr Clin* [internet]. 2010; [citado 2017 set 22]; 37(6):278-84. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/13171>.

Brasil, Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet] Brasília (DF); 1990 set; [citado 2017 set 21]. Disponível em:  
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>

Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu)* [internet], 2014; [citado 2017 set 21]; 18(1):983-95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en).

Aguiar ZN. SUS, Sistema Único de Saúde: Antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. 2ª edição. Editora Martinari. São Paulo; 2011. p. 272.

Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e Formação Paideia: Apoio e Cogestão em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 401.

Birman J. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [internet] 2005; [citado 2017 set 22]; 15(Supl):11-16. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2005. p. 184.

Pinheiro R. Integralidade em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [internet]. 2009a [citado 2017 set 22]; Disponível em:  
<http://www.sites.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2009b.

Campos GWS, Minayo MCS, Akeman M, Drumond M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2. Ed. Hucitec editora. São Paulo (SP). 2012. p. 861.

Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de Saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. 2002. p. 726.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília (BR) [internet] 2017 set; [citado 2017 set 25]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>.

Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. Rio e Janeiro. 2007; 17(1): 77-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 21 de setembro de 2017

Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô FA, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev Psiquiatr RS [internet]. 2007 dec; [citado 2017 set 22]; 29(3):274-80. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm [internet]. 2013; [citado 2017 set 22]; 66(spe):158-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en).

Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública; Ciência e saúde coletiva [internet]. 2011; [citado 2017 set 22]; 16(11): 4541-48. Disponível em: [http://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4\\_Artigo%20%20MP%20Rede%20Cegonha.pdf](http://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4_Artigo%20%20MP%20Rede%20Cegonha.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Folheto – Política nacional de humanização. 1ª edição. Brasília. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do

SUS. Brasília [internet] 2004 [citado 2017 set 21]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf).

Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev. Saúde Coletiva [internet] 2013; [citado 2017 set 22]; 47(6):1186-1200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>.

Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunicação. Saúde, Educação (Botucatu) [internet] 2007; [citado 2017 set 22]; 11(23):427-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003).

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª edição. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2007. p. 120.

Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde mental. 1ª edição. Brasília [internet] 2013a [citado 2017 set 21]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Brasília [internet] 2003 [citado 2017 set 21]. Circular Conjunta n. 01 e 03. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>.

Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. Psicologias: Uma Introdução ao estudo de Psicologia. 14. ed. São Paulo: Editora Saraiva. 2009. p. 365.

Amarante PDC, Campos A. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. Caderno de saúde Mental Coletiva [internet] 2015; [citado 2017 set 22]; 23(4):425-435. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400425&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400425&script=sci_abstract&lng=pt).

Cabral TMN, Albuquerque PC. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. Saúde debate [internet] 2015; [citado 2017 set 21]; 39(104):159-171. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100159&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100159&lng=pt).

Costa AM, Aquino EA. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Merchán-Hamman E, Tajer D, organizadores. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília. Editora da Universidade. 2002. p. 181-202.

Lemos A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. Revista de Enfermagem do centro Oeste Mineiro [internet] 2011; [citado

2017 set 22]; 1(2): 220-27. Disponível em:  
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/78>.

Hillesheim B, Somavilla VC, Dhein G, Lara L. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicologia em Revista* [internet] 2009; [citado 2018 dez 10]; 15(1): 196-211. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a12.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da SAS/MS. Rede Cegonha. Mais sobre a Saúde da Mulher [internet] 2013b [citado 2017 fev 11]. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas\\_simultaneos/31/sala10/3\\_gilmara.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/31/sala10/3_gilmara.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília. 2016a. Disponível em:<  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>  
Acesso em: 21 de setembro de 2017.

Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Pesquisa Brasileira de Enfermagem REBEn* [internet] 2006; [citado 2017 set 22]; 59(6): 775-79. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019617010.pdf>.

Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2015 mar; [citado 2017 set 22]; 19(1):181-186. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=en).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [internet] 2011b [citado 2017 set 21]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).

Maldonado MT. *Psicologia da Gravidez*. Ed. Saraiva. São Paulo. 1997. p. 229.

Felice EM. *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Editora Vetor. 2000. p. 100.

Maushart S. *A máscara da maternidade: porque fingimos que ser mãe não muda nada*. São Paulo: Ed. Melhoramentos. 2006. p. 334.

Nobrega SM, Fontes EPG, Paula FMSM. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. *Estudos de Psicologia* [internet] 2005; [citado 2017 set 22]; 22(1):77-87. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2005000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100009&lng=en&nrm=iso).

Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. Estudos e pesquisa em Psicologia [internet]; 2008; [citado 2017 set 22]; 8(3): 759-73. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n3/v8n3a14.pdf>.

Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF [internet] 2007; [citado 2017 set 22]; 12(2): 319-26. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/html/v8n3a14.html>.

Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.

Platz C, Kendell RE. Um acompanhamento acompanhado e um estudo familiar de psicoses puerperais. Br J Psychiatry. 1988; 153:90-4.

Robling AS, Paykel ES, Dunn VJ, Abbott R, Katona C. Resultado a longo prazo da doença psiquiátrica puerperal grave: Um estudo de acompanhamento de 23 anos. Psychol Med. 2000; 30:1263-71.

Pfuhmann B, Stöber G, Franzek E, Beckmann H. As psicoses ciclóides predominam em transtornos psiquiátricos pós-parto severos. J Affect Disord. 1998; 50:125-34.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª edição. Artmed. Porto Alegre; 1994. p. 886.

Associação Americana de Psiquiatria Americana. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 5ª Edição (DSM-V). Arlington; 2014. p. 992.

DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2002. p. 880.

Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA, et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. Esc Anna Nery [internet] 2017 [citado 2018 abr 06]; 21(3): e20160094. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-ean-2016-0094.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-ean-2016-0094.pdf).

Cruz EBS, Simões CB, Cury FA. Rastreamento de Depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Ginecol Obstet. [internet]. 2005; [citado 2017 set 22], 27 (spe): 181-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4>

Beck CT, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. 1. ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006. p. 239.

Cantilino A. Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos [tese]. Recife: Universidade Federal de

Pernambuco; 2009 [citado 2017 set 22]. Disponível em:

<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8299?show=full>.

Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Obsessive-compulsive symptoms in postpartum depression: case reports. Rev. Psiquiatr [internet] 2008; [citado 2017 set 22]; 30(2):155-58. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300012).

Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health [internet] 2005; [citado 2017 set 22] 8(2):77-87. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)02271-0/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)02271-0/fulltext).

Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and non postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. Depress Anxiety [internet] 2000; [citado 2017 set 22]; 11(2):66-72. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12504420\\_Hendrick\\_V\\_Altshuler\\_L\\_Strouse\\_T\\_Grosser\\_S\\_Postpartum\\_and\\_nonpostpartum\\_depression\\_Differences\\_in\\_presentation\\_and\\_response\\_to\\_pharmacologic\\_treatment\\_Depress\\_Anxiety\\_11\\_66-72](https://www.researchgate.net/publication/12504420_Hendrick_V_Altshuler_L_Strouse_T_Grosser_S_Postpartum_and_nonpostpartum_depression_Differences_in_presentation_and_response_to_pharmacologic_treatment_Depress_Anxiety_11_66-72).

Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Women's Health [internet]. 2006; [citado 2017 set 22] 15(4):352-66. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006).

Wisner KL, Sit D, KY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry [internet] 2013; [citado 2017 set 22]; 70:490-98. Disponível em:

<http://jamanetwork.com/searchresults?author=Mary+C.++McShea&q=Mary+C.++McShea>.

Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Sintomas depressivos em mulheres grávidas selecionadas em ambientes obstétricos. J Womens Health (Larchmt) [internet] 2003; [citado 2017 set 22]; 29(3):373-80. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638306000312>.

Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Pequeno C, Briggs-Gowan MJ. Depressão materna e comorbidade: Previsão de parentalidade precoce, segurança de apego e problemas e competências sócio-emocionais da criança. J Am Acad Adolescência Psiquiatria. 2001; 40:18-26.

Roudinesco E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 2000. p. 14.

Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt ML. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [internet] 2012 fev; [citado 2018 abr 06]; 28(2): 385-393.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/17.pdf>.

Gavin NL, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* [internet]; 2005 nov; [citado 2017 set 22]; 106(5 Pt 1):1071-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260528>

Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* [internet] 2008 mai; [citado 2017 set 22]; 108(1-2):101-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18001841>.

Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* [internet] 2006 dez; [citado 2017 set 22]; 33:297-302. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17150068>.

Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009. p. 96.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 12<sup>a</sup> edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 408.

Marques KB, Paiva SS, Galvão MTG. Tendências da temática ética em saúde na produção científica. *Rev. RENE* [internet] 2006; [citado 2017 set 22]; 7(3):85-90. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5443>.

Triviños ANS. *Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 2008. p. 175.

Singer P. *Ética Prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 286.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília [internet] 2012; [citado 2017 set 22]. Disponível: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).

Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016b. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> >. Acesso em 21 de setembro de 2017.

Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor*. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2009. p. 369-383.

Cassell E. J. The Nature of Suffering and the goals of medicine. 2. ed. Oxford University Press, 2004.

Leite MC. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo. 2001; 5(2): 29-40.

Pereira MEC. Minkowski ou a psicopatologia comopsicologia do pathos humano. Rev. Latinoam. Psicop. Fund [internet] 2000; [citado 2017 set 22]; 3(4):153-55. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017663010.pdf>.

Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. Psicologia em Estudo [internet] 2005 set/dez; [citado 2017 set 22]; 10(3): 471-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a14.pdf>.

Pontes ALM, Furtado S, Martins C, Matta GC, Morosini MVCG. Itinerários terapêuticos e Estratégias de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: Pinheiro R, Junior AGS, Mattos RA. (Orgs). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2008. p. 235-253.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. (Orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2010. p. 161-177.

Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª edição revisada. Brasília [internet]. 2013c; [citado 2017 set 22]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf).

Ayres JRCM. Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? Interface comunicação saúde e educação [internet] 2000 fev; [citado 2017 ago 15]; 4(6):117-120. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/10.pdf>.

Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Revrene [internet]. 2010. v. 11. p. 129-139. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4541/3419> >. Acesso em: 09 de agosto de 2018.

Arrais AR, Mourao MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde soc. [internet], 2014 Mar; [citado 2017 set 19]; 23(1): 251-264. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en).

Silva JR AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2007.

Villela WV, Oliveira EM. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2009.p. 317-331.

Lopes TC, Henriques RL, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2009.p. 29-40.

Alonso CM, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Revista de Saúde Pública [internet] 2018; [citado 2018 dez 10]; 52:14 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839/138483>.

Mattos RA. Responsabilidade Intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. (Orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2010. p. 129-141.

Sposati AO. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 1992. p. 66-67.

Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017; [citado 2018 Dez 10]; 33(3): e00195815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en).

Lencina DBS. A assistência Social como Política. RELACult – Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade Revista [internet]2018 Latinoamericana de Estudios en Cultura y Sociedad | Latin American Journal of Studies in Culture and Society V. 04, ed. especial, mai., 2018; [citado 2017 set 22]; artigo nº 845. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/845-2939-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/845-2939-1-PB%20(4).pdf)

Rodrigues MMA. Políticas públicas. São Paulo: Publifolha, 2010.

Kogima EO, Reis AOA. O entendimento dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde acerca da depressão puerperal. Nursing. 2009.12(1):381-6.

Costa TD, Gonçalves LC, Manhães LSP, Tavares CMM, Cortez EA. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. Persp. Online: biol. & saúde [internet] 2017; [citado 2017 set 22]; 23(7): 9-15. Disponível em:

[http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/647/845](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/647/845).

Puggina CC, Amestoy SC, Fernandes HN, Carvalho LA, Bão ACP, Alves F. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. 2015.

Bonet O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de enfoque integral na prática da medicina de família. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2007. p. 131-146.

Barros FS, Pinheiro R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. (Orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2010. p.11-126.

Tesser CD. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In Pinheiro R, Junior AGS. (Orgs). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2010. p. 77-100.

Gomes RS et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2007. p. 19-36.

Camargo JR KR. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2007. p. 37-45.

Ayres JR CM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. [internet] 2009 abr/jun; [citado 2018 ago 16]; 18(2):11-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>.

Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Construção Social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 195-206.

Menezes FL, Pelenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. Saúde Santa Maria [internet] 2012; [citado 2018 ago 16]; 38(1):21-30. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/3822/3803>.

Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Escola de Enfermagem USP. São Paulo: USP. 2008; 42 (2): 347- 54.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, [internet] 2005; [citado 2018 nov 22] 10(4):975-986. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>

Dittz ES, Duarte ED, Madeira LM, Lopes TC. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In Pinheiro R, Junior AGS. (Orgs). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro. Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco. 2010. p. 179-190.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Projeto de Pesquisa:** Sofrimento psíquico do puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família

**Pesquisadora Principal:** Mestranda Suzamara Vieira

**Pesquisadora orientadora:** Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry

**Pesquisadora Coorientadora:** Dra. Fabiane Ferraz

#### Dados dos participantes:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codinome para identificação na pesquisa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_\_\_

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_

Horário entrevista - Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

#### Caracterização do participante:

1. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

2. Idade (anos): \_\_\_\_\_

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Formação:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Superior completo Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

( ) Pós-graduação *Lato sensu* ( ) Concluída – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado ( ) Concluído – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área \_\_\_\_\_

( ) Doutorado ( ) Concluído – Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento

Área \_\_\_\_\_

5. Há quanto tempo atua na atenção básica em saúde? \_\_\_\_\_  
 6 meses a 1 ano     1 a 2 anos     2 a 3 anos     3 a 4 anos  
 4 a 5 anos     5 a 7 anos     7 a 10 anos     + de 10
6. Há quanto tempo atua na atual ESF? \_\_\_\_\_  
 6 meses a 1 ano     1 a 2 anos     2 a 3 anos     3 a 4 anos  
 4 a 5 anos     5 a 7 anos     7 a 10 anos     + de 10
7. Houve alguma preparação/capacitação prévia para atuação na ESF?  
 Sim    Qual \_\_\_\_\_  
 Não

**Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:**

8. De modo geral, como você percebe o atendimento prestado a saúde da mulher, em especial no ciclo gravídico puerperal, no âmbito do SUS?
9. Na sua vivência como profissional da ESF, fale como você realiza o atendimento/cuidado da mulher no puerpério.  
 - Em que momento do ciclo gravídico-puerperal a temática do puerpério é abordada por você no atendimento à mulher?  
 - Na comunidade atendida por você e a equipe, como as mulheres costumam se preparar para serem mães?  
 - Como você percebe que a puérpera encara essa nova realidade em sua vida, em especial do ponto de vista psicológico e social?
10. Na sua percepção, conte como a equipe desenvolve o atendimento da mulher no período pós-parto? Quais as preocupações que você e a equipe tem com a mulher no pós-parto? (Pode contar histórias que expressem a forma de atendimento/acompanhamento que você(s) realiza(m) com a mulher nessa fase da vida).
11. O que você compreende por puerpério? No atendimento/cuidado à puérpera, quais são as dúvidas, queixas, dificuldades e problemas trazidos pela mulher nessa fase?  
 - Na sua opinião, quais aspectos da vida dessa mulher você considera que pode influenciar o puerpério?
12. Como ocorre a relação entre a instituição hospitalar (maternidade) e a ESF no que tange aos cuidados de saúde da mulher depois do parto? Com relação a puérpera que não busca a USF, qual o procedimento da equipe para com a mesma, por que adotam tal conduta?
13. Que aspectos influenciam o seu trabalho e o da equipe da ESF no atendimento a mulher no puerpério? Há estratégias de qualificação da equipe, ou você, de modo pessoal, já buscou se qualificar para atender a mulher no pós-parto? Conte como isso ocorre/eu?
14. O que você entende por saúde da mulher? Para você o que é saúde mental? Como você e a equipe acompanha(m)/cuida(m) da saúde mental das mulheres, em especial no período pós-parto?

15. O que você compreende por sofrimento psíquico no pós-parto?

- Quais facilidades e limitações você e a equipe possuem em relação ao diagnóstico e intervenções do sofrimento psíquico nas ações junto a puérpera?

- Como você e a equipe lidam com as dimensões sociais e subjetivas, que ultrapassam as necessidades biológicas, presentes na prática da atenção em saúde?

16. A psicose pós-parto, a depressão pós-parto e a disforia puerperal (estado depressivo brando, apresenta-se com choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes, além de falta de confiança em si própria) têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto.

- Na comunidade atendida pela equipe de ESF há casos de mulheres que apresentam ou apresentaram nos últimos 6 meses alguma dessas situações? Quando identificado/diagnosticado, como você e/ou a equipe realiza(m) intervenções e acompanhamento junto a mulher/família? (Pode exemplificar com casos que tenha(m) atendido).

16. Sinta-se a vontade para fazer comentários, críticas e sugestões que você vivencia e que possa promover melhorias no seu processo de trabalho relacionado aos cuidados no puerpério na UBS/ESF.

## APÊNDICE B

### GUIA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As anotações serão descritivas e reflexivas incluindo aspectos objetivos e subjetivos que possibilitem analisar como os trabalhadores da Estratégias de Saúde da Família percebem o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério e de que forma desenvolvem seu processo de trabalho junto as puérperas sob o eixo da integralidade.

Participantes: \_\_\_\_\_

Data da atividade: \_\_\_\_\_

Horário da atividade: Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

Momento de observação

- ( ) Consulta Médica de puerpério  
 ( ) Consulta de Enfermagem de puerpério  
 ( ) Visita Domiciliar ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Tec. Enfermagem ( ) ACS  
 ( ) Atendimento a puérpera na UBS  
 ( ) Puerpério Imediato ( ) Puerpério tardio ( ) Puerpério Remoto

Atividade	Nota descritiva (aspectos objetivos)	Nota reflexiva (aspectos subjetivos)
1. Como se estabelece a organização das ações da equipe para o acompanhamento pós-parto?  2. Como os diferentes profissionais preparam a mulher para o puerpério?  3. Quem participa do puerpério imediato, do tardio e do remoto? Por quanto tempo em média a mulher recebe acompanhamento?  4. De que modo são feitos os acompanhamentos e registros relacionados a puérpera/bebê?  5. Como ocorre o atendimento dos diferentes profissionais a mulher no puerpério?		

<p>6. Quais aspectos são orientados e observados pelos profissionais nos atendimentos da mulher no pós-parto?</p> <p>7. No atendimento a mulher no puerpério são consideradas as demandas da subjetividade e os aspectos psicológicos?</p> <p>8. Como se estabelece a relação (vínculo) puérpera/profissional/ puérpera?</p> <p>9. Como se estabelece a relação (vínculo) família/profissional/ puérpera?</p>		
---	--	--

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título da Pesquisa:** Sofrimento psíquico do puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família

**Objetivo Geral:** Analisar como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família percebem o sofrimento psíquico de mulheres no puerpério e de que forma desenvolvem seu processo de trabalho junto à puérperas.

**Período da coleta de dados:** 01/10/2017 a 15/12/2017

**Tempo estimado para cada coleta:** a observação será realizada seguindo a agenda de consultas, atendimentos e visitas puerperais dos profissionais da UBS-ESF. A entrevista individual terá o tempo de aproximadamente 1h e será agendada conforme a sua disponibilidade de horários.

**Local da coleta:** as entrevistas individuais serão realizadas em espaço reservado, no horário e local definido pelo participante. As observações serão realizadas nos cenários de trabalho dos participantes da pesquisa.

**Pesquisador/Orientador:** Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry **Telefone:** (48) 3431-2609

**Pesquisador/Acadêmico:** Mestranda Suzamara Vieira **Telefone:** (48) 988604092

#### **Cursando Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC.**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o(a) senhor(a) não terá despesas para com ela. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos esses assegurados pelas Resoluções nºs 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), podendo o(a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir dela. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

#### **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, na qual será realizada entrevista semiestruturada com os participantes e observação participante dos espaços de trabalho. As combinações quanto a dias e horários da entrevista individual e observação em seu contexto de trabalho serão pré-agendadas e definidas por você, enquanto participante. Para a realização das entrevistas, pedimos autorização para o uso de gravador digital a fim de que possamos transcrevê-las em detalhes. Contudo, será assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja registrado. As transcrições serão apresentadas a(o) senhor(a) para sua validação/aprovação antes da análise.

#### **RISCOS**

Os riscos serão mínimos, visto que o(a) senhor(a) como participante responderá a uma entrevista individual e será observado(a) em suas ações cotidianas nos espaços de trabalho. Para a entrevista, será

garantido um local reservado, de modo que outras pessoas não ouçam, sendo que o(a) senhor(a) pode sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento da entrevista. A fim de amenizar o risco da perda de confiabilidade dos dados, a pesquisadora se compromete a manter a privacidade/sigilo de sua identidade enquanto participante apresentando-o(a) lhe apresentando com um nome fictício, bem como a utilizar os dados somente para fins da pesquisa.

### **BENEFÍCIOS**

Sobre os benefícios, ao aceitar fazer parte desta pesquisa, o(a) senhor(a) estará colaborando para o desenvolvimento de um trabalho científico, a qual trará resultados importantes para a reflexão dos processos de trabalho no cuidado a mulheres no puerpério, com especial atenção aos aspectos do sofrimento psíquico de mulheres nesse período de vida.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto firmo, ao final, a presente declaração em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

**Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail [cetica@unesc.net](mailto:cetica@unesc.net).**

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário/Participante</b>	<b>Pesquisador Responsável</b>
_____ <b>Assinatura</b>	_____ <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome:</b> Ingrid Dalira Schweigert Perry
<b>CPF:</b> _____ - _____	<b>CPF:</b> 318.323.180-87

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

## APÊNDICE D

### **Produto da dissertação - Mostra de Obras de Arte a fim de sensibilizar as equipes sobre a Invisibilidade do Sofrimento Psíquico no Puerpério**

Mobilizadas pela conclusão do presente estudo, apresentamos como produto da Dissertação uma Mostra composta por obras de arte clássicas articuladas a uma pergunta norteadora, a fragmentos de textos do referencial teórico sobre integralidade da atenção à saúde e a depoimentos extraídos dos achados da pesquisa, que retratam e problematizam os aspectos relacionados à invisibilidade do sofrimento psíquico de mulheres no puerpério na atenção dispensada pelos profissionais da saúde.

A Mostra tem como propósito dar visibilidade e dizibilidade ao tema do sofrimento psíquico no puerpério e o quanto os profissionais da saúde necessitam perceber e intervir na lógica da integralidade da atenção sobre esse aspecto da vida das mulheres. O material, cuja arte está apresentada, foi impresso em lona no formato de *banner*, com dimensões 0,90m de largura por 1,20m de altura.

A “Mostra de Artes sobre a Invisibilidade do Sofrimento Psíquico da Mulher no Puerpério” será inaugurada na reunião mensal que a Coordenação de Atenção Básica faz com todos os gestores das ESF no mês de março de 2019. O local que abrigará a mostra durante 30 dias após sua inauguração será o *Hall* de entrada da Secretaria Municipal de Saúde. Posteriormente, passará de forma itinerante pelas Unidades Básicas de Saúde do município, sendo que cada ESF irá expor dois *banners* no período de 30 dias, de modo a gerar movimentos de problematização nas Estratégias de Saúde da Família e nas comunidades, com o intuito de mobilizar ações de Educação Permanente em Saúde sobre esse tema.

Organizamos com a Coordenação da Atenção Básica que os *banners* serão redirecionados às diferentes ESF durante as reuniões mensais que ocorrem com os coordenadores das UBS/ESF, pois assim todas as obras passarão pelas unidades do município.

## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na integralidade do cuidado*

*"[...] era o primeiro filho [...] fazia dez dias que ela tinha ganho o bebê e não tinha dado banho. O bebê chorava, ela estava estressada e eu disse: - tu podes deitar, descansar. Eu vou dar um banho no teu bebê. Aí tu descansas bem, depois você vai amamentar. [A que visitamos ontem]. Conheço ela há seis anos, [...] é bem comunicativa, e ontem ela estava fechada, trancada, eu não vi ela sorrir, ela não falava, ela só respondia o que se perguntava, por isso que eu quero ir ver se está acontecendo alguma coisa [...] Outra puérpera que já tinha o terceiro filho. Já não precisava tanto de mim ali. Um dia eu cheguei lá, ela estava desesperada porque o filho não parava de chorar, porque ela já tinha passado três noites e não sabia o que fazia. Dizia que não tinha leite, que não sentia o leite descer. Então fiz um chazinho para ela, sentei, conversei. O bebê mamou, dormiu. Comecei a conversar com ela. [...] Ela não conseguia trazer na creche por causa do pequeno. Aí eu disse - eu venho buscar eles de manhã, antes de eu começar a trabalhar e levo para creche. Então quer dizer, eu acompanhei ela até terminar o puerpério. Então tento ajudar, porque estamos aqui para ajudar [...] O médico, a enfermeira, dizem que me doo muito, eu respondo: - mas é o meu trabalho, eu ganho para isso". (E/Kelly)*

Obra: Maternidade  
Autor: Lasar Segal  
Ano: 1936

A integralidade pode ser compreendida numa perspectiva direcionada ao compromisso do cuidado, referindo-se ao ato integral de cuidar, na relação entre profissional e usuário. Para tanto, ocorre no aqui agora, no momento, diante da demanda que está à frente, reconhecendo o usuário em suas necessidades, com seus desejos e anseios (Pinheiro, 2009).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na integralidade do cuidado*

Obra: Maternidade  
Autor: Emiliano Di Cavalcanti  
Ano: 1937

*"Agenda uma consulta comigo, o bebê também é agendado uma consulta para ele, normalmente não se faz junto, consulta a mãe, na sequência o bebê, até para focar na mãe. Às vezes a mãe também quer aquele momento dela, falar o que está acontecendo, as dúvidas, alguma angústia, as mudanças no corpo, etc. [...] Eu procuro focar na mãe, porque a gente percebe que nesse período pós-parto o foco é muito maior no bebê. [...] minha preocupação principal é você valorizar a mãe, a mulher e todo aquele período que ela está vivenciando, [...] é um momento único e diferente para a mãe e então valorizar ela, as queixas dela, as dúvidas dela" (E/Inês).*

**A integralidade, princípio básico do SUS, aqui vista como um traço de boas práticas realizadas pelos profissionais da saúde, consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou ao sistema biológico (Mattos, 2005).**

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na integralidade do cuidado*

**"[...] Na atenção básica você não consegue dividir a pessoa, o que é social dela, o que é biológico, o que é familiar, você não consegue, porque é tudo misturado! [...] se cria vínculo realmente com a comunidade, você sabe quem é, onde mora, com quem mora, o que come, você sabe se essa pessoa só faz isso por causa disso" (E/Emma).**

**"[...] fico observando se é uma paciente que dá a sensação que está esgotada, que está cansada, parece que é tudo negativo, parece que já está no limite, e você sabe que não é saúde física, não é porque está com anemia, não é porque está com alguma coisa, é porque está esgotada mesmo, ou algo que já vem da gestação, que já não estava mais aguentando aquilo, e aí quando ganha o bebê continua com o problema" (E/Leonor)**

O avanço do conhecimento científico sobre os fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades importantes a médicos e a enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que pode gerar estado de confiança na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos no modelo biomédico não são suficientes. Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação horizontal e valorizando a singularidade de cada pessoa (Brasil, 2016).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na integralidade do cuidado*

Obra: Grupo de mulheres e criança  
Autor: Cândido Portinari  
Ano: 1936

*“Às vezes eu tiro por mim. Na minha última gravidez, eu passei bastante trabalho com isso, de dar conta de um [filho], de dar conta de outro, de não poder nem ir no banheiro a hora que tinha vontade, de tomar banho a hora que eu quisesse, porque não tinha outra pessoa para olhar e não queria deixar sozinho, eu acho que isso mexe com a gente”. (E/Emilia)*

*“[...] eu tento sempre que cuidar quando eu vou visitar as puérperas que são minhas amigas que ganham o bebê, eu sempre pergunto “como é que você está?”, trago um presentinho para a mãe e não para o bebê, porque muitas vezes elas se sentem rejeitadas, porque todo mundo quer ver o bebê, e elas deixam de ser também o foco, como era no período de gestação. Faço isso porque a gente sabe que existe”. (E/Emma)*

Aprender por meio da experiência é “fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais vidente que evidente, criadora que reprodutora. Dessa forma, faz-se possível, o colocar-se no lugar do outro e assim dar-se conta do momento vivido por outra pessoa, que deve ser respeitada em suas necessidades” (Pinheiro, 2010).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na integralidade do cuidado*

***Estou sempre observando os sinais de como a mãe está tratando o bebê, ao que que a vó que veio junto está falando, [...] ela [não] está dando conta de tudo, ela está bem, [...] ela [não] está meio pelos cantos, não quer cuidar muito da criança e tal, alguns sinais sutis que a própria, ou familiar, ou marido [...] [traga], isso é algo que me preocupa bastante [...] que eu observo que é algo que é uma preocupação bem constante nossa em relação a essa saúde mental, por todas as questões hormonais que a gente falou, [...] [mas] também por toda essa vivência nova que a mulher está vivendo e a aceitação do bebê, enfim. Então eu observo muito [os] sinais, assim, algumas frases, alguns gestos, a fala do acompanhante na consulta, o histórico pregresso dela, de problemas psiquiátricos, ou de depressão, o contexto social que ela está vivendo no momento, que às vezes a mulher tem uma família boa, tem uma estrutura adequada, mas naquele momento, até por outro fator que não [é] gestacional". (E/Inês)***

Obra: Mother and Child  
Autor: Pablo Picasso  
Ano: 1902

**A integralidade se concebe como uma construção coletiva no encontro entre os sujeitos dessa relação, que embora aconteça na relação singular, deve ser uma relação de confiança da puérpera com a ESF. Faz-se necessário, então, reconhecer que o vínculo deve acontecer também na relação com a ESF, não somente de forma individual (Pinheiro, 2009).**

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na lógica da psicopatologia*

**“O médico pergunta como ela está. Diz ao médico que tirando o stress está tudo bem. O médico pergunta sobre o parto, ela relata que ficou bem, que o nascimento foi tranquilo, embora achasse que a neném estivesse um pouquinho roxa quando nasceu. O médico escuta enquanto digita as informações no sistema de saúde do município. O filho mais velho está no colo da mãe e volta a reclamar. A mãe relata que não vê a hora que cresça, case e vai embora. A mãe em seguida retoma e diz à criança: “ah, que não é bem assim, né”.**

**O médico está usando o sistema e continua a digitar. Passado certo tempo, o médico pergunta a ela, mas estas bem, só estressada mesmo? Ela diz que sim. Volta a questionar, afirmando, “então você está bem mesmo? Tem ficado triste?” Ela diz que “só o stress, por enquanto não está triste, não sei depois”. O médico reforça, “só o stress então, está tudo bem”, e faz a prescrição de sulfato ferroso por três meses para a mãe”. (O/Dênis)**

Obra: Mãe com crianças e laranjas

Autor: Pablo Picasso

Ano: 1951

A integralidade na atenção consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que busca o serviço de saúde e destaca que se faz necessária uma atenção direcionada para que esse cuidado não seja uma resposta reducionista que considera somente os aspectos fisiológicos, visto que essa postura cria silenciamentos (Pinheiro, 2009).

Autora: Suzamara Vieira

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na ótica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na lógica da psicopatologia*

Obra: Maternidade  
Autor: Pablo Picasso  
Ano:1905

*“[...] não se faz a procura dessas mulheres e nem durante a anamnese é chamada a atenção para essa parte psicológica. [...] basicamente atendemos única e exclusivamente as que vem se queixar, as que vem ativamente procurar a equipe para ser ajudadas [...] normalmente elas têm mais problemas relacionados ao manuseio da criança mesmo [...] elas expressam poucas queixas, se você não fizer busca ativa de problemas, acho que elas não contam, não falam nada, porque parece [que] a preocupação principal é a criança [e] no primeiro momento basicamente a anticoncepção”. (E/Jonas)*

A ação passiva de mulheres nas dificuldades para o cuidado consigo e seu filho tem forte relação com as representações sociais vinculadas às relações que se estabelecem com os profissionais de saúde. Identificou que as representações sociais sobre essa fase estão essencialmente relacionadas a uma visão romântica acerca da maternidade, que corresponde a um fenômeno natural e emocional, reforçada pela assistência disponibilizada à mulher. Embora alguns profissionais se preocupem com a humanização do cuidado, o que predomina é um agir biomédico e técnico-científico em todo o ciclo gravídico puerperal (Carneiro et al., 2013).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na lógica da psicopatologia*

***"[...] temos muita conversa aqui dentro, mas tem que ter um encaminhamento, essa paciente não tem que ser acompanhada pelo posto de saúde, nós somos a porta de entrada do sistema, e o sistema é grande. Então a gente lida com essa paciente [...], se tem que ter essa rapidez de passar a paciente para um lugar onde ela tem que ser resolutiva, eu não vejo, porque ela não fica aqui para mim, não é uma paciente que é minha. Tem alguma questão, algum momento assim que você lembra que você teve que ultrapassar as questões biológicas no atendimento a puerpera?". (E/David)***

Obra: Mãe e Filho  
Autor: Pablo Picasso  
Ano:1902

A capacidade de questionar as práticas e avaliar o acompanhamento e as ações desempenhadas em cada caso são esperadas pelo profissional da ESF, que se responsabiliza por mediar cada usuário na resolução de suas demandas em saúde, sejam elas fisiológicas e/ou psicológicas. Entretanto, a longitudinalidade proposta na atenção em saúde na ESF deveria ser um conceito melhor explorado na relação com o usuário, pois favorece a construção de vínculos e permite um aprofundamento da realidade vivida pela pessoa, facilitando a avaliação de saúde em geral daquele indivíduo, além de propiciar a integralidade na atenção (Tesser, 2010).

A articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica é um campo que deve convergir, pois o que está em jogo é a superação entre a cisão mente e corpo, a delimitação de um modelo que leve em consideração o sujeito na sua integralidade. Assim, torna-se fundamental para o profissional da Atenção Básica manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta à sua frente (Brasil, 2013).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

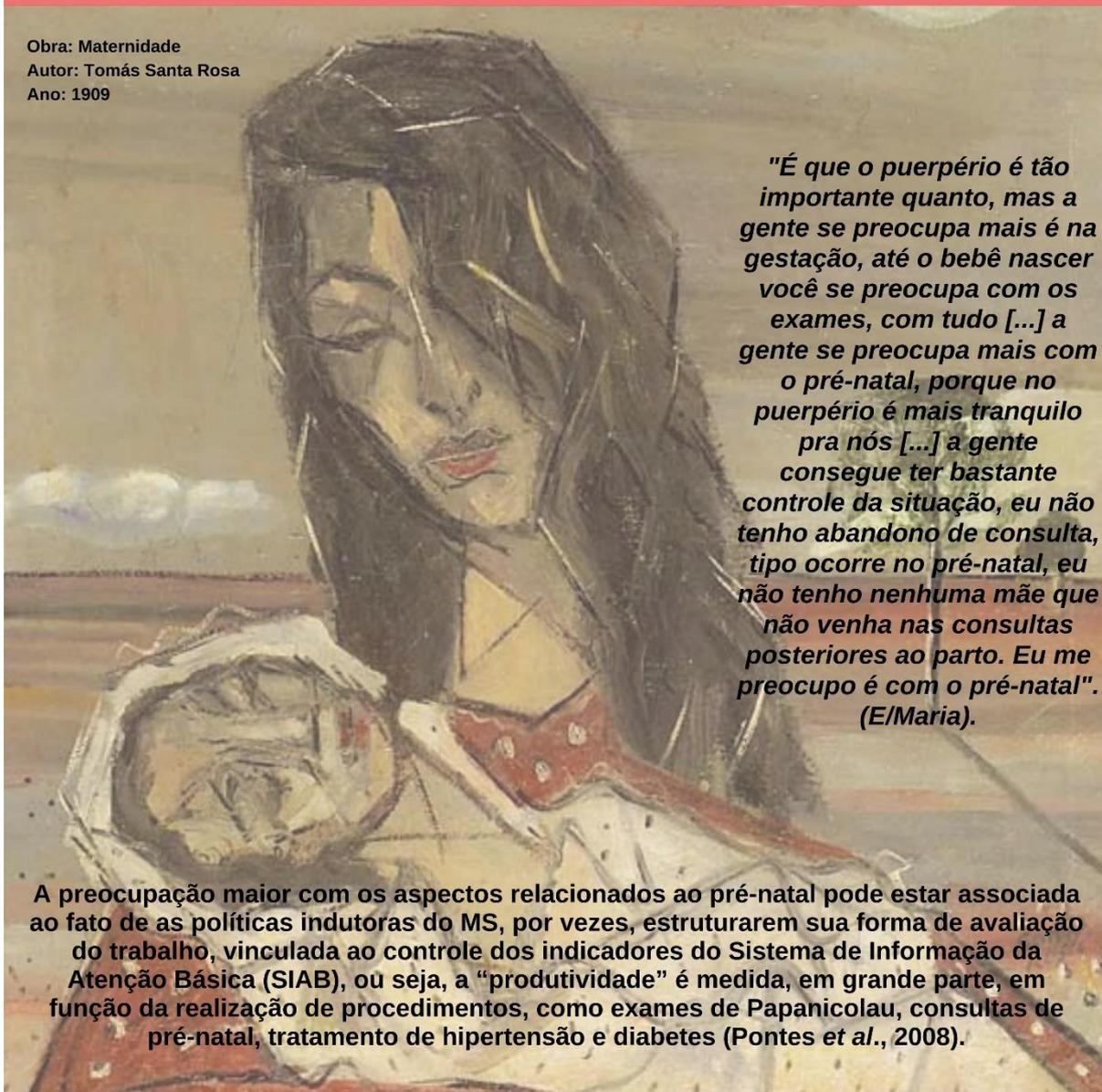
VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na lógica da psicopatologia*

Obra: Maternidade  
Autor: Tomás Santa Rosa  
Ano: 1909



*"É que o puerpério é tão importante quanto, mas a gente se preocupa mais é na gestação, até o bebê nascer você se preocupa com os exames, com tudo [...] a gente se preocupa mais com o pré-natal, porque no puerpério é mais tranquilo pra nós [...] a gente consegue ter bastante controle da situação, eu não tenho abandono de consulta, tipo ocorre no pré-natal, eu não tenho nenhuma mãe que não venha nas consultas posteriores ao parto. Eu me preocupo é com o pré-natal".  
(E/Maria).*

A preocupação maior com os aspectos relacionados ao pré-natal pode estar associada ao fato de as políticas indutoras do MS, por vezes, estruturarem sua forma de avaliação do trabalho, vinculada ao controle dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ou seja, a "produtividade" é medida, em grande parte, em função da realização de procedimentos, como exames de Papanicolau, consultas de pré-natal, tratamento de hipertensão e diabetes (Pontes et al., 2008).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Pery

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na ótica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



## COMO VOCÊ, PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PERCEBE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS MULHERES NO PÓS-PARTO?

*Quando a atenção é baseada na lógica da psicopatologia*

Obra: Mother  
Autor: Vicent Van Gogh  
Ano:1889

***“[...] a limitação é justamente isso, a gente não tem enfoque na saúde mental e nem tanto no cuidado com a puérpera, então uma limitação é essa. Talvez se tivéssemos alguma capacitação, alguma coisa que teríamos que ficar mais atenta [...] a limitação mesmo em poder trabalhar com essa puérpera, de saber o que tem que cuidar, o que tem que observar, o que que é normal, o que não é, talvez se tivesse um treinamento, ou uma capacitação com relação a isso, para focar, até com profissionais da saúde mental, com psicólogos, com psiquiatra”. (E/Lisa)***

As equipes de ESF não utilizam espaços relacionais como espaços terapêuticos, a exemplo a ferramenta de grupos como algo altamente potente para a educação em saúde, visto que promovem o cuidado a partir do momento em que possibilitam a troca de experiências entre profissionais e usuários.

Esses espaços podem oferecer apoio psicológico e ações alternativas que favorecem a autoestima e a autonomia, não os aspectos mecânicos (Silva *et al.*, 2007).

A EPS seria um diferencial importante a ser construído no coletivo das eSF, pois seu foco é transformar o processo de trabalho tanto no aspecto da aprendizagem quanto da relação entre a equipe, aspectos esses que estão fragilizados no cotidiano do trabalho da ESF. Problematizar as demandas em saúde mental, na atenção básica, fará com que se reconstrua uma nova prática de atenção (Costa *et al.*, 2017).

Autora: Suzamara Vieira  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ingrid Perry

VIEIRA, Suzamara. (In)visibilidade do sofrimento psíquico no puerpério na óptica de trabalhadores da estratégia da saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, 2018, 154p.



**ANEXOS**

## Anexo A



### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.305.035

CAAE: 77161317.4.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Ingrid Dalira Schweigert Perry

Pesquisador (a): SUZAMARA VIEIRA

Título: "SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PUERPÉRIO NA ÓPTICA DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de Setembro de 2017.

Renan Antônio Ceretta  
Coordenador do CEP