

# DEPRESSÃO PUERPERAL: A RELEVÂNCIA DADA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS

## PUERPERAL DEPRESSION: THE VALUATION GIVEN BY THE MULTIDISCIPLINARY HEALTH CARE TEAM AND PERCEPTION OF USERS

Lucas Bondezan Alvares<sup>1</sup>, Gisele Regina de Azevedo<sup>2</sup>, Luiz Ferraz de Sampaio Neto<sup>2</sup>

### RESUMO

Objetivo: o presente trabalho teve como objetivo investigar como se faz a inserção da discussão sobre a Depressão Puerperal (DP) nas Unidades Básicas de Saúde em um município do interior de São Paulo, assim como buscar e analisar a relevância que os atores da equipe multidisciplinar de saúde atribuem ao tema. Método: trata-se de uma pesquisa de análise qualitativa que se baseou em uma etapa inicial em que procuramos estabelecer a situação do problema através de aplicação de questionário semiestruturado aplicado aos profissionais de saúde e puerperas, visando o diagnóstico e o levantamento da realidade. Resultados: os resultados demonstraram não haver no município atenção específica à DP, assim como ficou clara a ausência de espaços dedicados a outros assuntos que não fossem apenas os aspectos técnicos da atenção obstétrica e odontológica à gestante. A partir dessa realidade foi possível oferecer ação de Educação Continuada e avaliação posterior para identificar o impacto da mesma. Conclusão: concluímos a necessidade de investimento nos espaços educativos de atenção à gestante com caráter de informação, mas também de momento dedicado às gestantes para tirarem suas dúvidas e falarem sobre suas emoções e sentimentos.

Descritores: depressão pós-parto, educação em saúde, cuidado pré-natal.

### ABSTRACT

Objective: the main objective of the present study was investigating two situations: how does the insert of discussion about postpartum depression (PD) in Basic Health Units (inner city of Sao Paulo) and measure the relevance that the multidisciplinary health team attribute to the issue. Method: it was a qualitative analysis. In this study health professionals and puerperal women were given a semi-structured questionnaire for the diagnosis and survey of reality. Results: the results showed no specific attention in PD at this city, including lack of spaces to discuss others issues, except the clinical obstetrical attention and dental care for pregnant women in prenatal care educational activities. From this fact it was possible to offer Continuing Education action and further evaluation to identify the impact. Conclusion: we conclude the need for investment in educational spaces of attention for pregnant women with to character information, but also time dedicated pregnant take your questions and also talk about their emotions and feelings.

Key-words: postpartum depression; health education, prenatal care.

### INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos sociais que envolvem, em um processo singular, as pessoas que dele participam.<sup>1</sup> Do ponto de vista antropológico, a sociedade ocidental cobra das mulheres que sejam amáveis, compreensivas, tranquilas, equilibradas e acolhedoras, características que serão cobradas muitas vezes em diferentes momentos de sua vida.<sup>2,3</sup>

Essa visão romancada construída historicamente exige das mulheres o modelo utópico de “mãe perfeita”,<sup>3</sup> podendo levá-la a um conflito entre o ideal e o vivido, pois muitas vezes seus sentimentos não são os mesmos relacionados a esse modelo ideal exigido culturalmente.

A depressão puerperal (DP) tem entre os seus determinantes biológicos a queda dos esteroides no puerpério, a condição de fragilidade física que a mulher se encontra nesse momento, as perdas sanguíneas do parto e puerpério, alterações no ritmo do sono no período de adaptação da mãe com seu recém-nascido e a fadiga advindas dessas mudanças.<sup>4</sup>

Nos contextos pessoal e social são fatores que contribuem para a DP o novo papel que a mulher assume após a chegada do conceito, as cobranças sociais e a inabilidade em lidar com o recém-nato, que serão somadas a mudanças na organização familiar e na identidade feminina. Diante de sentimentos ambíguos, a impossibilidade de corresponder aos elevados ideais ligados à maternidade (a mãe perfeita, o filho ideal, a satisfação absoluta com o papel de mãe, etc.) podem suscitar o desapontamento, a vergonha, a desilusão, o fracasso e a fragilidade em relação a ela mesma.<sup>3</sup>

A DP se reveste de especial gravidade em alguns segmentos da população de gestantes, como aquelas muito jovens ou mais velhas; as que têm antecedentes de abortamentos anteriores, ou antecedentes de recém-nascidos prematuros de baixo peso;<sup>5</sup> mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis,<sup>6</sup> ou cujos companheiros são pouco colaborativos; e, especialmente, as mulheres com histórico de depressões anteriores.<sup>7,8</sup>

A intensidade do quadro psicopatológico da DP vai desde a extremamente prevalente disforia pós-parto que, por ser muito comum (atingindo 85% das puerperas), é considerada por alguns como fisiológica,<sup>9</sup> até os graves casos de transtornos psicóticos do puerpério.<sup>10</sup>

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 222 - 225, 2015

1. Psicólogo, professor e mestre em Educação nas Áreas da Saúde.

2. Professor (a) do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde - FCMS/PUC-SP

Recebido em 1/9/2015. Aceito para publicação em 5/11/2015.

Contato: [saudehumanizacao@gmail.com](mailto:saudehumanizacao@gmail.com)

A prevalência da DP em suas diferentes formas clínicas gira em torno de 18% a 85%;<sup>1</sup> trabalhos nacionais relatam variação de 12% a 19% em nossa população.

Diversas variáveis, como o período a ser realizada a entrevista diagnóstica, os critérios diagnósticos usados, perfil socioeconômico, entre muitos outros, parecem importantes na definição da real prevalência da DP.<sup>7,11</sup>

Outro aspecto a ser considerado será seu impacto sobre o desenvolvimento da relação da díade mãe-filho. Estudo<sup>12</sup> demonstrou que quanto mais a mãe se sente amparada afetiva e materialmente pelo ambiente social, mais ela será capaz de organizar a atividade da criança e prover regras e estímulos de acordo com a necessidade individual e da faixa etária.

O estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança.<sup>13</sup> Mães deprimidas caracterizam-se por um menor nível de atividade, sincronia e interação que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna, assim como tendem a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não deprimidas. Portanto a DP poderia interferir nos laços emocionais futuros.<sup>14</sup>

O diagnóstico precoce da DP será fundamental para permitir a intervenção da equipe de saúde, proporcionando orientação dos familiares, apoio psicológico e médico.

Um modo objetivo de se fazer esse diagnóstico é com a aplicação de escalas de rastreamento,<sup>15</sup> como um exemplo podemos usar a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburg, que pode ser aplicada por profissional da saúde treinado para tanto, visando o rastreamento e necessidade de diagnóstico mais completo.

A equipe de saúde tem, em sua dinâmica de trabalho, a possibilidade de acompanhar e assistir a mulher desde o planejamento familiar, o pré-natal, o parto, o período puerperal e os cuidados de puericultura de seu filho. Nessa aproximação pode observar aspectos que antecedem e prevêm a DP.<sup>16,17</sup>

O pré-natal realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, revela-se uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos,<sup>18</sup> utilizando estratégias como os encontros de gestantes, que possibilita momentos de intenso aprendizado e espaços para discutir as diferentes emoções e sentimentos vivenciados durante a gravidez.<sup>19</sup>

A despeito da relevância do tema e da possibilidade de que a DP fosse abordada durante os “cursinhos de gestantes”, aparentemente essa temática não vem sendo enfatizada pelas equipes de saúde. Essa situação nos preocupou, pois não temos verificado diagnósticos de DP envolvendo as pacientes por nós assistidas nas internações da maternidade, tampouco vemos referências dos colegas que participam das UBSs comentarem situações ligadas aos quadros depressivos no período do puerpério. Essa constatação se contrapõe aos índices de DP da literatura.<sup>1,7,11</sup>

## OBJETIVOS

Propusemos-nos investigar como se faz a inserção da discussão sobre DP nos encontros de gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Penápolis/SP.

O objetivo da pesquisa também foi buscar e analisar a relevância que os atores da equipe multidisciplinar de saúde atribuem ao tema DP.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo exploratório, de análise qualitativa, cuja primeira etapa constou de entrevistas onde buscamos investigar a abordagem do assunto DP nos programas de atenção às gestantes através de questionário semiestruturado aplicado aos profissionais de saúde e parturientes. Seguiu-se a essa fase diagnóstica inicial uma intervenção educativa com a participação da equipe multiprofissional de saúde.

Para o presente texto nos limitaremos à análise inicial da situação de DP. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, com parecer de nº 1.517, sendo que a pesquisa cumpriu rigorosamente os ditames da Declaração de Helsinque revisada em 2008. Foram selecionadas três UBSs na rede de atenção à saúde de Penápolis/SP, denominadas nesta pesquisa de Unidades 1, 2 e 3. Consideramos que com essas unidades de saúde poderíamos contemplar uma amostra da atenção primária SUS às gestantes no município estudado.

Convidamos a participar da pesquisa membros das equipes de saúde de cada uma das unidades estudadas: três médicos obstetras, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, seis agentes do Programa de Saúde da Família e nove puérperas, totalizando, assim, 24 sujeitos. Esses profissionais estavam envolvidos no atendimento de gestantes nas UBSs estudadas, e as puérperas deveriam ter feito pré-natal nas mesmas unidades em que os profissionais de saúde trabalhavam. As puérperas foram entrevistadas após o parto na Santa Casa de Misericórdia de Penápolis. Todos os participantes da pesquisa foram orientados sobre os propósitos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). Para a realização do levantamento de dados foram elaboradas entrevistas semiestruturadas, e as mesmas foram aplicadas individualmente por um dos autores do texto.

Para os profissionais as entrevistas aconteceram no ambiente de trabalho e para as puérperas na maternidade a partir do segundo dia de puerpério, de modo aleatório, independentemente da raça, escolaridade e estado civil, tendo como critérios de inclusão a comprovação de ter feito o pré-natal, que deveria ser considerado satisfatório (segundo os critérios do Ministério da Saúde),<sup>2</sup> nas mesmas unidades dos profissionais pesquisados, sendo três pacientes de cada unidade.

As entrevistas buscavam investigar com os profissionais a existência de grupo de pré-natal, a existência atual do tema DP nos grupos de pré-natal, os seus critérios diagnósticos desta situação clínica, a conduta do serviço para DP, a relevância e o conhecimento que o entrevistado atribuía à DP e a ocorrência em seu cotidiano. Para as puérperas buscaram-se investigar a participação em grupos no pré-natal, os temas discutidos, o conhecimento e se houve discussão sobre DP no pré-natal, a relevância e o entendimento do problema.

Para análise dos resultados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin,<sup>20</sup> que após a transcrição das entrevistas gravadas em mídia digital, os resultados foram lidos e relidos, buscando responder ao conteúdo pesquisado, e depois foi estabelecido em categorias para a sua interpretação.<sup>21</sup>

## RESULTADOS

Com relação às médias etárias, os médicos tinham 43,87 (31 a 56) anos, enfermeiras 44,52 (31 a 57) anos, técnicas de enfermagem 55,33 (54 a 57) anos, agentes de saúde 40,50 (21 a 54) anos e as puérperas 25,66 (14 a 38) anos.

Em relação ao tempo de atuação na UBS, todos estavam trabalhando nas UBSs que participaram do estudo há mais de cinco anos.

Com a aplicação da metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin,<sup>20</sup> modificada por Caregnato e Mutti,<sup>21</sup> foi possível agrupar as entrevistas em seis categorias temáticas: 'visão fragmentada e biomédica do cuidado à gestante', 'desencontro nos relatos', 'divergências sobre o conceito de DP', 'angústia e despreparo do profissional', 'a forma de realizar diagnósticos' e, por fim, 'os encaminhamentos das pacientes'.

## DISCUSSÃO

O tempo de exercício de profissão e a média etária dos obstetras e enfermeiras foram semelhantes; destoaram nas idades os agentes de saúde por serem mais jovens e as técnicas de enfermagem por serem mais idosas que os demais. Contudo, como os discursos foram muito parecidos, as diferenças nas idades não determinaram diferentes pontos de vista sobre a DP.

As análises dos programas dos cursos de pré-natal caracterizaram propostas semelhantes nas três UBSs estudadas. Ficou claro que a coordenação é da profissional enfermeira e que não há a participação do obstetra e dos técnicos em enfermagem. Nas UBSs incluídas no estudo, o curso de pré-natal foi destinado basicamente ao olhar fisiológico e médico, focando as rotinas dos cuidados médicos, odontológicos, de enfermagem na gravidez e trabalho de parto, deixando-se de lado o olhar para os aspectos biopsicossociais desse período. Também ficaram claras a fragilidade dos conceitos relativos à DP pelos profissionais de saúde e a ausência de protocolos de rastreamento e de conduta para essas situações.

Aplicando-se a metodologia proposta por Bardin,<sup>20</sup> ficou nítida a ênfase nos aspectos biomédicos do cuidado à gestante durante os momentos educativos no curso de pré-natal. Citamos como exemplo deste discurso, o comentário do Médico da Unidade 1: “*As orientações a gestantes fazemos na hora do pré-natal, falamos bastante sobre o aleitamento o preparo da mama na abertura do pré-natal individualmente e depois na coleta do pezinho que orientamos as puérperas*”.

Também se torna evidente que a ausência de um espaço para discussão conjunta da equipe de saúde pode estimular a divergência dos conceitos de DP, o que inclui a forma de se fazer a suspeita ou o adequado diagnóstico da condição mórbida. Um ponto comum para todos os membros da equipe de saúde foi a prática de não assumir o paciente com DP na própria UBS, situação que propiciaria o rápido encaminhamento para nível hierarquicamente superior de atenção à saúde. Todas essas peculiaridades são sinais claros dos sentimentos de angústia e de despreparo do profissional, que talvez pudessem ser reduzidos se fossem verbalizados e trabalhados junto aos pacientes, mas, sobretudo, entre os componentes da equipe multiprofissional.

Outros achados nos depoimentos dos profissionais da saúde foram relativos ao pequeno número de reuniões e a não discussão sobre DP, assim como os profissionais relataram não ter diagnosticado e percebido casos de DP nos últimos meses.

Em contraponto, havia o interesse manifesto de algumas das puérperas pela DP, pois várias delas relataram ter o conhecimento de casos que achavam que era DP e confessaram-se temerosas de desenvolver o quadro, além de manifestarem algumas dúvidas em relação ao tema:

“*Fui uma ou duas vezes só. Não lembro os temas que foram discutidos.*” (Puérpera Unidade 1).

“*Ah! Eu tenho um pouco de medo de ter. Eu ia nos*

*'postinho' e bastante mulher falava: 'Ah eu já tive'!*” (Puérpera Unidade 2)

Estudo realizado por Valença e Germano<sup>19</sup> relatou a existência de dificuldades quanto à atuação do enfermeiro no pré-natal para prevenir a DP.

Os autores discutem que essas dificuldades não se referem à estratégia da saúde de família em si, mas à forma como são conduzidas as consultas de pré-natal, dificultando uma abordagem integral da gestante. Isso reforça a necessidade de se desenvolver um olhar mais integral à gestante, em que os aspectos biopsicossociais devem ser envolvidos.

Talvez os desencontros na percepção do problema DP sejam consequência das dificuldades e dúvidas acerca do diagnóstico. Constata-se a visão técnica dos médicos e uma visão pouco técnica, mas bastante emocional por parte das enfermeiras:

“*Então, eu não tenho pego nenhum caso, aqui pelo menos, talvez na conversa, na hora que ela chega, como ela cuida da criança, se ela está tendo interesse em amamentar, porque o puerpério é a gente que faz, então as vezes você consegue ter alguma noção aí, né?*” (Enf. Unidade 3)

“*O que eu fico indignada é na maioria das casas que eu vou. O povo fica falando dessa depressão, e isso me choca*”. (ACS. Unidade 3)

Em outros países existem serviços em que os agentes comunitários são treinados para reconhecer os sintomas de DP, o que muito contribui para o diagnóstico precoce e encaminhamento para atendimento adequado.<sup>6,7,10</sup>

Percebeu-se também nas falas que os sintomas que os profissionais relacionam à DP são especificamente aqueles associados aos maus cuidados com o recém-nascido, ou seja, rejeição, não querer amamentar e até agressão. Os aspectos intrínsecos das puérperas não são tão observáveis por todos e não há espaços oferecidos pela equipe para que os mesmos sejam também ouvidos. É importante considerar que a DP tem etiologia multifatorial, assim é fundamental analisar todo o contexto em que a paciente está inserida, especialmente considerando-se os antecedentes pessoais, as peculiaridades que cercam a atual gestação bem como aspectos clínicos desta gestação. Essa análise permitirá a detecção de indícios da futura ocorrência de um possível transtorno depressivo, ao contrário, o desconhecimento desta outra forma de manifestação da DP faz com que se perca aquilo que Menezes *et al.*<sup>22</sup> denominaram de “detecção precoce da DP”.

Analisando as entrevistas, observamos momentos em que os profissionais de saúde apresentavam suas angústias diante do ‘não saber o que fazer’ com os sentimentos que as mães expressavam e, diante dessa limitação técnica, buscavam dar conselhos como, por exemplo, “procurar uma religião” ou “tentar esquecer e pensar em outras coisas”, não oferecendo apoio profissional necessário. “*Nossa, isso acaba, isso acaba... Se tem um monte de métodos de contracepção, porque que fez? Isso é muito, se você não tiver uma estrutura psíquica você endoia. Só você acompanhando para ver de perto.*” (Enf. Unidade 1)

Esses dados reforçaram a necessidade de capacitação para todos os atores da equipe multiprofissional de saúde sobre DP. Mostram também a importância de destacar a contribuição para que as equipes de saúde incorporem novas práticas.<sup>23</sup> Competências e habilidades também precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania.<sup>24</sup> Apesar de existir na saúde ainda um modelo hegemônico com abordagem



biologicista, medicalizante, presente na formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, precisa-se urgentemente romper essa realidade para dar lugar a processos educativos que possibilitem a articulação de conteúdos e de campos disciplinares distintos, promovendo práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população.<sup>25</sup>

Com isso refletimos a importância da política de educação permanente na saúde para capacitar os profissionais com capacidades técnicas, fortalecendo o conhecimento, as habilidades, atitudes e práticas em suas rotinas. Mas também a mesma política mostra a importância de, além da ação educacional propriamente dita, abranger os componentes da capacitação como parte essencial da estratégia de mudança institucional, com enfoque nas transformações das práticas e análise coletiva dos processos de trabalho.

Diante de alguns poucos casos de DP que foram observados nos últimos seis meses pelos profissionais, a conduta geral foi encaminhar para atendimento em nível secundário em saúde mental, percebendo-se que a partir dessa fase ocorre uma desvinculação com a paciente, projetando para outro serviço a responsabilidade, não ocorrendo uma troca de saberes e trabalho em rede através de diálogos entre a atenção básica (UBS) e o atendimento referenciado de nível secundário (Saúde Mental):

*“Comuniquei a enfermeira e a GO que chamaram a psicóloga para conversar. Encaminhamos.”* (Técnica Enfermagem Unidade 3).

*“A conduta foi encaminhar para a saúde mental, não tinha jeito, era encaminhar. Ela quase se matou! Nós separamos ela da criança de cinco meses. Ela morava em uma fazenda, ela quase colocou fogo no meu guarda roupa porque ela via roupa de criança, ela ia queimar e fez tratamento psiquiátrico para poder aceitar a criança.”* (Enf. Unidade 1)

A equipe de saúde tem entre seus princípios a autonomia, conectividade, participação, descentralização e dinamismo com resolubilidade. Isso representa construir uma rede de apoio com múltiplos atores, levando em consideração integralidade do atendimento e a melhor comunicação entre os ativos, com possibilidades de implementação de ações conjuntas, reduzindo, assim, a fragmentação do cuidado.

## CONCLUSÃO

Pudemos constatar que os profissionais de saúde envolvidos nas atividades educativas do pré-natal do atendimento SUS de Penápolis/SP, não oferecem abordagem específica relativa à DP. Também ficou clara a ausência de um espaço propício para a reflexão sobre outros assuntos que não fossem aspectos técnicos da atenção obstétrica e odontológica à gestante.

Ficou evidente que é necessário o investimento nos espaços educativos a fim de que esse “ponto cego” existente entre a visão dos profissionais sobre a DP e a vivências das gestantes e puérperas sejam melhoradas através da educação em saúde, que propicia aos profissionais melhor manejo técnico e efetivação dos espaços educativos no pré-natal, com caráter de informação, mas também de momento dedicado às gestantes para tirarem suas dúvidas e também falarem de suas emoções e sentimentos.

## REFERÊNCIAS

1. Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. Rev Gaúcha Enferm. 2009;

30(3):516-24.  
 2. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS/FEBRASGO/ABENFO; 2001.  
 3. Borsa JC. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. Contemp Psicanál Transdiscipl. 2007;(2):310-21.  
 4. Armony-Sivan R, Shao J, Li M, Zhao G, Zhao Z, Xu G, et al. No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. J Pregnancy. 2012;2012:521431.  
 5. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG. 2010;117:540-50.  
 6. Boyd RC, Mogul M, Newman D, Coyne JC. Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. Depress Res Treat. 2011;2011:320605.  
 7. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):65-70.  
 8. Susman JL. Postpartum depressive disorders. J Fam Pract. 1996;43(6):S17-24.  
 9. Botega NJ, Dias MK. Psicopatologia puerperal. In: Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier; 2006. Cap. 98: Psicopatologia puerperal, p. 803-6.  
 10. Cucchiari G, Mariano EC, Botega NJ. Psicose puerperal: revisão e casos clínicos. J Bras Ginecol. 1993; 103:347-52.  
 11. Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. Braz J Med Biol Res. 1998;31(6):799-804  
 12. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(suppl 2):S56-S64.  
 13. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Est Psicol. 2003;8:403-11.  
 14. Schmidt EB; Piccoloto N, Müller M. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico USF. 2005;10(1):61-8.  
 15. ScharDOSIM JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(1):159-66.  
 16. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Jr ML. Depression: viewpoints and knowledge of nurses from the basic health network. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(1):7-13.  
 17. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Prenatal care: difficulties experienced by nurses. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(5):34-40.  
 18. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CF, Santos JM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional ea saúde mental de gestantes. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):612-8.  
 19. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia de saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Rev RENE. 2010;11(2):129-39.  
 20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.  
 21. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84.  
 22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.  
 23. Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão puerperal no âmbito da saúde pública. Saúde (Santa Maria). 2012;38(1):21-30.  
 24. Albuquerque PCE, Slotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface Comunic Saúde Educ. 2004;8(15):259-74.