

Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto

Knowledge of professionals that work in the Family Health Strategy about postnatal depression

Conocimiento de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia acerca de la depresión posparto

Andreza Maria de OLIVEIRA¹, Tássia Regine de Moraes ALVES², Andréa Oliveira de AZEVEDO³, Rosângela Diniz CAVALCANTE⁴, Dulcian Medeiros de AZEVEDO⁵

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da depressão pós-parto (DPP). **Métodos:** pesquisa descritiva e qualitativa, realizada com 62 participantes, entre 2012 e 2013, uso de entrevista semiestruturada e análise de discurso. As falas foram gravadas, transcritas e neste artigo são apresentados resultados de uma categoria, das três obtidas. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 04456812.1.0000.5294). **Resultados:** os participantes demonstram preocupação com o encaminhamento de casos de DPP, admitem a inexistência de profissionais especializados para acompanhamento e apresentam o médico da equipe como principal ator na identificação da doença. **Considerações Finais:** o atendimento e tratamento da puérpera parece fragmentado e não resolutivo. Torna-se evidente a necessidade de investimentos em atividades de saúde mental na atenção básica. **Descritores:** Depressão pós-parto; Enfermagem obstétrica; Estratégia saúde da família; Pessoal de saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate the knowledge of professionals that work in the Family Health Strategy regarding the treatment of postnatal depression (PND). **Methods:** descriptive and qualitative research, held with 62 participants, from 2012 to 2013, using semi-structured interviews and discourse analysis. The speeches were recorded and transcribed. In this paper, one out of three categories results is presented. This project was approved by Research Ethics Committee (CAAE 04456812.1.0000.5294). **Results:** participants have shown concerning about the referral of cases of PND, admit the absence of specialized professionals to monitoring and indicate the team doctor as the major actor in the identification of this disease. **Final Considerations:** the health care and treatment of the affected puerperal woman seems to be fragmented and non-resolutive. It becomes clear that there is a need for investments in mental health activities in primary care. **Descriptors:** Depression, postpartum; Obstetric nursing; Family health strategy; Health personnel.

¹ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó-RN, Brasil. E-mail: andreza_maria0790@hotmail.com

² Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela UERN, Caicó-RN, Brasil. E-mail: tassiamorais@gmail.com

³ Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela UERN, Caicó-RN, Brasil. E-mail: andrea.o.azevedo@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Mestre, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UERN, Caicó-RN, Brasil. E-mail: ros.cavalcante@hotmail.com

⁵ Enfermeiro, Doutor, Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da UERN, Caicó-RN, Brasil. E-mail: professordulcian@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en lo que respecta al tratamiento de la depresión posparto (DPP). **Métodos:** investigación descriptiva y cualitativa, realizada con 62 participantes, entre 2012 y 2013, con uso de entrevista semiestructurada y análisis de discurso. Los testimonios fueron grabados y transcritos. En este artículo, se presentan los resultados de una categoría, de las tres obtenidas. Proyecto aprobado por Comité de Ética en Investigación (CAAE 04456812.1.0000.5294). **Resultados:** los participantes demuestran preocupación por la remisión de los casos de DPP, admiten la ausencia de profesionales especializados para seguimiento y presentan al médico del equipo como el elemento central en la identificación de la enfermedad. **Consideraciones Finales:** el cuidado y tratamiento de la mujer que ha dado luz recientemente se muestra fragmentada no es resolutive. Se hace evidente la necesidad de inversiones en las actividades de salud mental en la atención primaria.

Descriptor: Depresión posparto; Enfermería obstétrica; Estrategia de salud familiar; Personal de salud.

INTRODUÇÃO

Estima-se que até 2020, a depressão possa se tornar a segunda maior causa de morbidade no mundo. A prevalência de sintomas depressivos no Brasil encontra-se acima da média mundial, justificando a necessidade de maior atenção à saúde materna através da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outros serviços de assistência às puérperas, dadas as diversas mudanças inter e intrapessoais vivenciadas pelas puérperas.¹

O impacto da depressão é duas vezes mais comum em mulheres que em homens, aumentando esta estimativa quando as mesmas são responsáveis por sua prole. Por isso, a mulher necessita de um acompanhamento integral na gestação e puerpério, para que não venha a ser acometida pela depressão pós-parto (DPP), ou que esta, ao se instalar, não gere maiores danos à saúde da mãe e do filho.²

Comumente, os sintomas são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho,

diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental. Também são comuns ideias obsessivas ou supervalorizadas, sendo intensificadas entre a quarta e oitava semana pós-parto.³

Dentre os mecanismos de suporte existentes para o cuidado à mulher com DPP, a ESF representa o principal elo saúde/comunidade, além de possibilitar práticas de promoção à saúde mental e ao cuidado integralizado.⁴ A unidade básica de saúde da família é o local estratégico para a identificação e o acolhimento desta mulher, por proporcionar acompanhamento longitudinal e continuado durante o ciclo gravídico- puerperal, sendo necessário que os profissionais compreendam sua importância, ao desenvolverem ações de promoção à saúde da população.⁵

As ações de saúde mental na ESF estão voltadas ao encaminhamento para serviço especializado, administração/acompanhamento de medicações e matriciamento de casos graves/crônicos, ou que demandam um

esforço conjunto da rede de saúde.⁶ Na ESF, o enfermeiro tem importante papel nestas ações, apesar de estudo mostrar que a maioria não está preparado para atuar junto a demandas de saúde mental comunitárias ou individuais.⁷

Nesta perspectiva, é relevante identificar as singularidades da DPP no âmbito da ESF, atuando no tratamento e prevenindo reflexos negativos que venham a acometer mãe/filho. Baseando-se no preocupante crescimento desta morbidade, na deficiência de estudos voltados a este tema, surgiu o interesse em pesquisar o conhecimento dos profissionais da ESF acerca da DPP.

Este objeto de estudo se torna importante ao perceber que o desconhecimento dos profissionais pode gerar casos de subnotificação desta morbidade, impossibilitando seu tratamento ou mesmo refletindo nos cuidados ao bebê. Questiona-se: Os profissionais da ESF sabem identificar sintomas de depressão pós-parto? Conhecem o tratamento requerido nestes casos?

Objetivou-se investigar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da depressão pós-parto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, qualitativo, realizado no município de Caicó/RN, junto a profissionais de saúde da ESF zona urbana, entre os meses de novembro de 2012 e abril de 2013. No momento da coleta de dados, existiam 16 equipes da ESF na zona urbana, com 16 enfermeiros e 109 Agentes

Comunitários de Saúde (ACS). Participaram do estudo sete enfermeiros e 55 ACS, a partir do critério de inclusão: trabalhar há pelo menos um ano na equipe pesquisada.

O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista semiestruturada, composta por “oito” perguntas abertas, relacionadas: ao conhecimento dos profissionais acerca dos sintomas da DPP; à autoavaliação na identificação da DPP; ao relato de casos suspeitos de DPP; ao uso de instrumentos específicos para identificação de DPP; aos fatores de risco associados à DPP; à existência de apoio psicológico no pré-natal e pós-parto; à existência de serviços de referência para apoio e encaminhamento de puérperas com DPP; às estratégias de auxílio na identificação precoce da DPP; e questões objetivas relacionadas à caracterização sociocultural dos sujeitos.

A coleta de dados ocorreu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), CAAE nº 04456812.1.0000.5294. Os princípios éticos foram resguardados, conforme recomendação da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).⁸

Utilizou-se para gravação das falas, um aparelho eletrônico tipo MP5. Após o término da coleta, foi realizada a transcrição e a organização do material por meio do software Microsoft Word para análise dos

discursos, separando as falas de acordo com os questionamentos do instrumento de pesquisa. Após a transcrição, os depoimentos foram divididos com o intuito de identificar os núcleos do sentido, o que permitiu trazer significados para o objeto esperado.

Os dados foram analisados a partir da análise de discurso, método que possibilita a organização dos discursos dos sujeitos através da análise das falas para que, desta forma, sejam classificadas e relacionadas entre si, trazendo suas ideias comuns e divergentes para a categorização dos resultados.⁹

Após a análise, emergiram três categorias: 1- Identificação da DPP pelos profissionais de saúde da ESF; 2- Entraves e dificuldades para prevenção e tratamento da DPP na estratégia saúde da família; e 3- Estratégias para prevenção da DPP na ESF. O presente trabalho é um recorte da categoria 2.

Os resultados são apresentados por meio de trechos discursivos dos sujeitos, conforme a pertinência/semelhança evocada nas falas, sendo utilizadas as siglas “Enf. 1, Enf. 2...” para enfermeiros e “ACS 1, ACS 2...” para os ACS entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, a psicoterapia constitui uma opção desejável e segura de tratamento para a DPP, se comparada à terapia individual, além de maior adesão das pacientes. Não há evidência quanto a vantagens permanentes ou segurança para o tratamento de longa duração com medicações antidepressivas na terapia

da DPP, apresentando-se melhora e remissão dos sintomas em ciclos de tratamento com duração de até 12 semanas (curto prazo). A Sertralina é a droga de primeira escolha em nutrízes, por ter menos efeitos adversos relatados.¹⁰

Destarte, torna-se necessária uma abordagem individualizada, levando em consideração fatores psicossociais, desejos e expectativas da mulher com esta condição, o que favorecerá a adesão ao tratamento e promoverá sua recuperação.¹⁰

A abordagem inicial à mãe em sofrimento psíquico ocorre, geralmente, na atenção básica. O profissional que a recebe em sua maioria sente-se inseguro e diante deste sentimento de incapacidade ante uma situação que lhe causa estranhamento, comumente encaminha a puérpera para aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).¹¹

No cenário pesquisado, antes de iniciar o tratamento, é realizada a identificação da DPP e o encaminhamento da puérpera ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III) da cidade. No entanto, alguns profissionais não identificam o local apropriado para realizar o referenciamento da puérpera.

Não! Se tem não chegou até mim ainda não (Enf. 2).

Eu me sinto obrigada a dizer que o que eu conheço de amigas minhas, colegas de trabalho que

tiveram, então teve que levar para um setor privado (Enf. 4).

Olhe, se existe eu desconheço. Porque assim, [...] existe várias, é [...] alguns profissionais que poderiam servir de referência para isso [...], só que se existe [...] eu desconheço (ACS 15).

Estava há quase um ano já sem psicólogo, então ou a gente fazia consulta médica ou o médico prescrevia alguma coisa mais urgente, né? [...] acompanhamento especializado não (ACS 9).

Foi identificado na área do colega que levou a enfermeira lá e a médica já encaminhou para um psicólogo [...] cadê o psicólogo que não tem? (ACS 1).

[...] quando tem uma queixa de temperamento, de mudança assim, aí ou o médico ou a enfermeira já encaminha para o psicólogo, aí quase não chega, aí vem uma consulta com 60 dias, [...] quando vem já não tá atendendo. Então, não dá! (ACS 2).

De acordo com os discursos, é notória a fragilidade da rede de atenção psicossocial (RAPS) do município, tanto pela ausência de profissionais especialistas quanto no atraso de marcação das consultas.

Outro elemento importante identificado em alguns discursos é o atraso no início do tratamento e, principalmente, de sua continuidade, dificultando a assistência dos

profissionais da ESF às puérperas, o que pode trazer danos à saúde da díade mãe/filho, pois a DPP afeta esse vínculo, não sendo raro casos de suicídios ou de infanticídios.

Quando não há especialistas para realizar o atendimento, os profissionais ACS e Enfermeiros recorrem ao médico da própria ESF. Contudo, algumas unidades de saúde não contam com a figura do médico atuando cotidianamente, dificultando assim, o tratamento e o acompanhamento dos casos pela ESF.

[...] o que a gente vê realmente na mulher quando ela tem uma depressão pós-parto, geralmente, quem resolve é o próprio médico. Quando tem na unidade de saúde e geralmente vai passar um medicamento para ela dormir, né? (ACS 8).

Pra mim tá difícil fazer um pré-natal de alto risco junto com o médico ginecologista que não tem. Imagine pra acompanhar? E se é uma coisa necessária pra acompanhar o pré-natal, que é importantíssimo e não tem. Imagine você sem ter outro acompanhamento? (Enf. 1).

[...] Ela diz muito assim, eu tomo remédio até hoje por conta da depressão que eu tive, porque assim, na realidade foi só medicamento (ACS 10).

[...] no período que ela era gestante, a doutora disse que tinha que encaminhar ao psiquiatra e aí acabou que não tinha psiquiatra. Aí a médica se

informou com o psiquiatra para ver qual o medicamento que essa gestante podia tomar (ACS 11).

Ainda é possível perceber a necessidade de um acompanhamento especializado na DPP, dado o uso de medicamentos, em alguns casos. Este acompanhamento por profissional especializado é fundamental, pois é ele que possui conhecimento apropriado para prescrever medicações específicas, para não trazer danos à criança, ou ainda acarretar dependência.¹²

Estudo comprova que é importante a psicoterapia individual como estratégia adaptativa de enfrentamento da DPP vivenciada pela puérpera, pois ela favorece sua reorganização intrapsíquica.¹⁰ Não obstante, entende-se que em alguns casos é necessário o uso da medicação, associado ou não, à psicoterapia.¹²

A fragilidade na escolha da medicação está no uso abusivo desta e na falta de controle para se fazer o desmame. Estudos comprovam que o medicamento associado a terapias proporcionam maior benefício, tanto para a mãe quanto para o bebê e a família, por integrarem ambas as partes no tratamento.¹²⁻¹³

Além dos entraves nos mecanismos de assistência encontrados pelos profissionais, há o medo e a vergonha das mulheres com DPP em procurar assistência médica, resultado do estigma e do preconceito que permeiam o processo saúde-doença mental.

Quando foi oferecer o atendimento [...] a gente tá

dando conselho, tal, e tal [...] é só para ela conversar com o psicólogo, a assistente social do CRAS. Não é para taxá-la como doida não (Conversa com familiares). Mas, não teve diálogo. Quando morreu (a criança), aí tiraram a culpa da mãe, dizendo que foi porque Deus quis (ACS 12).

A fala anterior revela que a puérpera se encontrava em DPP e, devido à falta de tratamento adequado, a mesma cometeu o infanticídio. Essa experiência mostra que há casos onde não é possível intervir nas consequências do adoecimento mental devido ao preconceito existente na população. Preconceito este que deve ser desfeito aos poucos pelos profissionais da saúde, não apenas da atenção básica, mas em toda a rede de atendimento à saúde.

É indispensável o apoio familiar frente à mulher acometida pela DPP, pois muitas vezes o diagnóstico é negligenciado pela própria puérpera, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, ocasionados pelo acúmulo de tarefas domésticas e cuidados com o bebê. O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para o planejamento e para a execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera.

Alguns participantes ainda relataram que o poder aquisitivo das famílias parece interferir no tratamento e busca por ajuda. Isto se

dá pela falta de apoio do parceiro e familiares, bem como a sobrecarga de trabalho, pois as mulheres com menor poder aquisitivo não têm condições de pagar alguém para ajudá-las nos afazeres domésticos e cuidados com a criança.¹⁴

[...] graças a Deus ela tem uma família muito bem estruturada também psicologicamente, vamos dizer assim. É uma família pobre em termos financeiros, mas rica em união (ACS 26).

[...] se a gente for dizer a uma pessoa mais humilde, ela vai dizer: 'Não! Eu não sou louca. Pra que eu vou precisar de psicólogo?' E elas não! Elas já são altamente esclarecidas pra dizer que não precisa (mulheres de classe média) (ACS 13).

Fatores como o baixo nível de escolaridade, situação econômica, gravidez indesejada ou não-planejada e uma relação familiar conturbada, concorrem fortemente para o aparecimento da depressão pós-parto e na adesão ao tratamento.¹⁵

A falta de entendimento da população acerca dos riscos da DPP e a associação das doenças mentais aos “castigos divinos ou desígnios de Deus”, ainda presentes na sociedade contemporânea, geram um risco para a mãe e para a criança, podendo induzir ao óbito de um dos dois ou de ambos. A atenção dos profissionais de saúde na primeira semana pós-parto reflete positivamente na saúde da mulher, por desmistificar certos conceitos e crenças inerentes a esta fase.

Durante o puerpério, o tipo e a natureza do suporte recebido são fatores possíveis de contribuir para melhor adaptação e alcance do papel materno. Nessa perspectiva, é importante que a equipe da ESF acompanhe todo o puerpério, pois ao conhecer a situação vivenciada, pode-se auxiliar a puerpera a superá-la e a se readaptar melhor às suas dificuldades, tentando integrar a família nesse processo por meio de iniciativas educativas, contribuindo para a redução dos níveis de ansiedade e diminuição do impacto de fatores de risco psicossociais para a DPP.¹⁶

Os discursos trazidos ainda demonstram dificuldades profissionais no desempenho de suas atividades, pelo mau funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Neste caso, a Rede Cegonha, inoperante na realidade pesquisada, ou ainda, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representada, entre outros serviços, pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. Juntamente com as equipes da ESF, estes serviços podem realizar matriciamento de casos no território, a exemplos de mulheres com DPP.

O matriciamento consiste no apoio técnico pedagógico e especializado às equipes de atenção em saúde, servindo de aproximação entre a saúde mental e a ESF. Caracteriza-se como uma proposta que facilita o direcionamento dos fluxos da rede, com a finalidade de implementação da clínica ampliada devido à corresponsabilização entre os serviços e atores envolvidos no cuidar.^{13,17}

Estudo realizado no cenário pesquisado demonstrou que o matriciamento é entendido por profissionais da ESF como uma transferência de responsabilidades, devido ao despreparo destes profissionais em lidar com a demanda em saúde mental. Esta atitude evidencia uma assistência em saúde mental fragmentada, com encaminhamento do usuário a diversos serviços sem a devida avaliação clínica, dada a deficiência no funcionamento da RAPS.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a detecção precoce dos fatores de risco, associados ao desenvolvimento da depressão puerperal, é um fator importante para a prevenção do sofrimento psíquico e das repercussões no binômio mãe-filho e na interação com a família.

O atendimento e tratamento da puérpera acometida por DPP na realidade pesquisada parece fragmentado e não resolutivo. Os profissionais identificam o que pode interferir no tratamento das puérperas, a fragilidade das Redes de Atenção à Saúde e a centralidade do tratamento no profissional médico. Desconhecem outras estratégias que fujam da medicalização, como grupo de mulheres ou de familiares, inserção da família no processo de tratamento, corresponsabilização e matriciamento de casos com a RAPS.

Por ser um estudo eminentemente local, este apresenta algumas limitações relacionadas a generalizações de seus resultados a outras realidades. O fato de não ter

todos os profissionais da equipe da ESF como participantes da pesquisa, certamente amplia esta limitação. Entretanto, acredita-se que o objeto de estudo em si traz à tona um fenômeno de pesquisa importante e negligenciado no cenário da atenção básica e da saúde mental.

É evidente a necessidade de investimentos em atividades de saúde mental na atenção básica, confirmada pela ausência de acompanhamento integral de casos de DPP deste estudo. A DPP é somente um transtorno mental em meio a tantos, a exemplo da epidemia do uso e abuso de álcool e outras drogas, necessidades de saúde semelhantes a qualquer outra demanda clínica, possível de ser acolhida na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev bras saude mater infant* [Internet]. 2011 out/dez[acesso em 2015 nov 17];11(4):369-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a03.pdf>
2. Brito CNO, Alves SV, Ludermi AB, Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Rev saude publica* [Internet]. 2015 out[acesso em 2015 nov 17];49(1):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005257.pdf
3. Menta OV, Souza MGG. Depressão pós-parto: sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. *Arq cienc saude*

- [Internet]. 2010 abr/jun[acesso em 2015 nov 17];17(2):67-72. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/re source/pt/lil-617451>
4. Lavall E, Olschowsky A. Dimensão psicossocial do cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio. *J nurs health* [Internet]. 2013 jul/dez[acesso em 2015 out 13];3(2):233-45. Disponível em:
<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3716>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2013.
6. Oliveira CP, Mielke FB, Olschowsky A. Intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *J nurs health* [Internet]. 2011 jul/dez[acesso em 2015 out 13];1(2):346-58. Disponível em:
<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3441>
7. Esperidião E, Silva NS, Caixetal CC, Rodrigues J. Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios. *Rev bras enferm* [Internet]. 2013 set[acesso em 2015 out 13];66(n.esp):171-6. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea22.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
9. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
10. Ibiapina FLP, Alves GAJ, Busgaib SPR, Costa SF. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *Femina* [Internet]. 2010 mar[acesso em 2015 out 13];38(3):163-4. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a0.8.pdf>
11. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 jul/set[acesso em 2015 nov 17];15(3):622-8. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a26v15n3.pdf>
12. Padilha CS, Oliveira WF. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface comun saude educ*. [Internet]. 2012 out/dez[acesso em 2015 out 13];16(43):1069-83. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4912.pdf>
13. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev eletr enf* [Internet]. 2013 abr/jun[acesso em 2013 nov 01];15(2):516-22. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>
14. Servilha B, Bussab VSR. Interação mãe-criança e desenvolvimento da

linguagem: a influência da depressão pós-parto. *Psico* [Internet]. 2015 jan/mar[acesso em 2015 jun 20];46(1):101-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17119/12951>

15. Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós parto: considerações teóricas. *Estud pesqui psicol* [Internet]. 2008 dez[acesso em 2015 set 30];8(3):760-73. Disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a14.pdf>

16. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JÁ. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta paul enferm* [Internet]. 2010 maio/jun[acesso em 2015 set 30];23(3):411-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf>

17. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cienc saude colet* [Internet]. 2013 jul[acesso em 2015 jun 20];18(7):2157-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/31.pdf>

18. Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2013 jan/mar[acesso em 2015 jun 20];5(1):3311-22. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>

Data da submissão: 2015-07-13

Aceito: 2015-11-01

Publicação: 2016-04-30