

Avaliação da assistência em saúde mental à puérpera em Cuidados de Saúde Primários: estudo avaliativo

Evaluation of mental health care for postpartum women in primary care: an evaluative study

Milena Oliveira de Almeida¹

<https://orcid.org/0000-0003-1234-4356>

Tatiane Baratieri²

<https://orcid.org/0000-0002-0270-6395>

Iria Barbara de Oliveira Krulikowski³

<https://orcid.org/0000-0002-4783-3523>

Sonia Natal⁴

<https://orcid.org/0000-0001-6155-4785>

Marília Daniella Machado Araújo⁵

<https://orcid.org/0000-0002-7685-6679>

Tatiana da Silva Melo Malaquias⁶

<https://orcid.org/0000-0001-5541-441X>

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

⁶ Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Brasil.

Autor de correspondência

Milena Oliveira de Almeida

E-mail: themmoliveira@gmail.com

Recebido: 28.06.2023

Aceite: 24.11.2023

Resumo

Introdução

A gravidez é um fenômeno carregado de emoções na vida de uma mulher, pois traz consigo, inúmeras alterações hormonais, físicas e psicológicas, culminando em uma série de transformações em seu organismo.

Objetivo

Avaliar a assistência em saúde mental prestada por profissionais de Cuidados Primários em Saúde, a mulheres no puerpério.

Métodos

Estudo avaliativo do tipo análise de implantação com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida por meio de um estudo de casos múltiplos. A coleta foi por meio da análise de registros clínicos e entrevistas semiestruturadas com 31 puérperas e 24 profissionais da saúde. Na análise quantitativa avaliou-se o grau de implantação (classificação: satisfatório, parcial, incipiente e crítico) determinado pela Matriz de Análise e Julgamento composta pelas dimensões gestão e execução, e respectivas subdimensões, e a qualitativa ocorreu por meio da análise de conteúdo.

Resultados

Constatou-se mediante os dados quantitativos, grau incipiente nos casos 1 e 3, e no caso 2, grau de implantação crítica. No critério de aplicação da escala para diagnóstico de depressão pós-parto, todos os casos obtiveram pontuação zero. A partir do conteúdo das falas, pode-se agrupá-las em duas categorias: a presença de sentimentos de abandono e tristeza nas puérperas e a falta de assistência dos profissionais da saúde às puérperas após o parto.

Conclusão

Conclui-se que as mulheres apresentam necessidades de saúde no pós-parto, relacionadas à saúde mental, entretanto há uma falta de assistência por parte dos profissionais da atenção primária.

Palavras-chave

Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde Mental; Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária; Depressão Pós-Parto.

Abstract

Introduction

Pregnancy is a phenomenon laden with emotions in a woman's life, bringing with it numerous hormonal, physical, and psychological changes, culminating in a series of transformations in her body.

Objective

To evaluate the mental health care provided by primary care professionals to women in the postpartum period.

Como citar este artigo: Almeida OM, Baratieri T, Krulikowski IBO, Natal S, Cavalcante MDMA, Malaquias TSM. Avaliação da assistência em saúde mental à puérpera em Cuidados de Saúde Primários: estudo avaliativo. Pensar Enf [Internet]. 2024 Fev; 28(1): 28-35. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.285>



Methods

An evaluative study of implementation analysis with a quantitative and qualitative approach, conducted through a multiple case study. Data collection involved the analysis of medical records and semi-structured interviews with 31 postpartum women and 24 healthcare professionals. In the quantitative analysis, the degree of implementation was assessed (classification: satisfactory, partial, incipient, and critical) determined by the Analysis and Judgment Matrix composed of the dimensions “management” and “execution”, and their respective sub-dimensions. Qualitative analysis occurred through content analysis.

Results

Through quantitative data, an incipient degree was observed in cases 1 and 3, and a critical implementation degree in case 2. In the application criterion of the scale for postpartum depression diagnosis, all cases scored zero. Considering the content of the statements, they can be grouped into two categories: the presence of feelings of abandonment and sadness in postpartum women, and the lack of assistance from healthcare professionals to postpartum women.

Conclusion

It is concluded that women have postpartum health needs related to mental health; however, there is a lack of assistance from primary care professionals.

Keywords

Primary Health Care; Mental Health Care; Primary Care Evaluation of Mental Disorders; Postpartum Depression.

Introdução

A gravidez é uma fase carregada de emoções na vida de uma mulher, pois traz consigo, inúmeras alterações hormonais, físicas e psicológicas, culminando em uma série de transformações em seu organismo, fazendo com que comece a criar expectativas em relação a sua gestação.¹

No puerpério (período após o parto), há modificações nesse cenário, e essas expectativas vão dando lugar às sensações de medo, angústia e receio, pois as novas mães começarão a temer que seus desejos não sejam correspondidos, gerando frustrações e inseguranças.¹

Dentre os agravos comuns no período pós-parto, destacam-se as alterações emocionais, sendo a depressão pós-parto (DPP), uma condição relativamente comum, no primeiro mês após o parto, podendo estender-se por períodos mais longos³ e sua prevalência é maior em mães adolescentes, variando de 14 a 53%, e de 6,9 a 16,7% em mulheres adultas.^{1,4}

Todas as mudanças ocorridas na fase puerperal, carecem de atenção especial, pois podem ser ainda mais recorrentes nos casos de gravidez não desejada, não planejada, repudiada por familiares, carência social ou outros fatores capazes de

desestruturar emocionalmente a mulher, juntamente com fatores hormonais.¹

Desse modo, torna-se fundamental o apoio às puérperas, de seus familiares e da própria comunidade, onde os serviços de saúde garantam uma assistência de qualidade para que possam superar seus obstáculos, pois caso contrário, poderá culminar em agravos, que trarão consequências temporárias e/ou permanentes, podendo em alguns casos, levar à morte.²

Logo, a maternidade e suas nuances devem ser reconhecidas como fatores que incidem diretamente na saúde mental de mulheres.⁵ Assim, necessitam de cuidados, especialmente no âmbito dos Cuidados Primários em Saúde por ser o ponto de atenção mais próximo dessa população e a ordenadora dos cuidados, no qual a assistência prestada impacta positivamente em sua saúde, como a redução da morbimortalidade, a contribuição para com o cuidado e o direito a autonomia, faz com que a assistência pós-parto se torne necessária, desde que ocorra de maneira organizada, coerente e aplicável.²

Portanto, é de suma importância, que todas as puérperas recebam apoio dos profissionais da APS para além de seu bem-estar físico e biológico momentâneo, mas para a prevenção de futuros agravos. Outro aspecto que dá relevância a esse estudo é o fato de haver poucas abordagens voltadas ao olhar do profissional para a mulher no puerpério durante os atendimentos. Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar as ações de assistência à saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da APS às mulheres no pós-parto.

Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo análise de implantação,⁶ com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida por meio de um estudo de casos múltiplos⁷ norteada pelos preceitos do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0).

Os casos selecionados foram três municípios, um de cada estado da Região Sul do Brasil, denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3, conforme os seguintes critérios de inclusão: mais de 100.000 habitantes por, em sua maioria, apresentarem características favoráveis para a gestão em saúde;⁸ cobertura de APS maior do que 80%; mais de 80% das equipes de saúde inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); mais de 80% das equipes com avaliação “ótimo”, “muito bom” e “bom” no PMAQ. Quando mais de um município atingiu os critérios de inclusão, solicitou-se aos profissionais da área técnica de APS e saúde das mulheres, das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, para escolha do melhor caso. Foi investigada uma equipe de saúde da família de cada município com avaliação “ótimo” ou “muito bom” no PMAQ. Os informantes foram profissionais das equipes de APS e puérperas atendidas por essas equipes. Selecionaram-se profissionais da equipe mínima de saúde da família

(médico, enfermeiro, técnico/auxiliar em enfermagem e agente comunitário de saúde), com mais de um ano de atuação no mesmo local de trabalho. Excluíram-se profissionais de férias ou licença. Sobre as puérperas, selecionaram-se mulheres que realizaram pelo menos uma consulta puerperal até 42 dias, e que estivessem com no máximo seis meses de pós-parto, para reduzir o viés de memória sobre a assistência recebida. Como critérios de exclusão foram aquelas que não foi possível contato, ou por alguma condição de saúde não poderiam participar do estudo. Realizou-se o levantamento das mulheres elegíveis, e posterior sorteio aleatório, sendo entrevistadas até a saturação dos dados. Participaram do estudo 4 enfermeiros (um do Caso 1; um do Caso 2; dois do Caso 3), dois técnicos em enfermagem (um do Caso 1, um do Caso 2), 18 agentes comunitários de saúde (seis do Caso 1; nove do Caso 2; três do Caso 3) e 31 puérperas (dez do Caso 1, onze do Caso 2 e dez do Caso 3). Foi excluído um técnico em enfermagem do Caso 3 que estava de férias, seis puérperas se recusaram a participar e três puérperas não foi possível contato.

A coleta dos dados se deu em duas etapas: na primeira etapa foram realizadas entrevistas com os profissionais e puérperas, com roteiro semiestruturado específico, com adaptação de linguagem, para cada categoria de participante. Os roteiros abordaram questões direcionadas ao levantamento da investigação pelos profissionais sobre história de agravo/doença mental, estado emocional, suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto, orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto (direcionadas a profissionais e puérperas) e sobre o uso de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta (para profissionais). As entrevistas foram agendadas junto aos profissionais em seus respectivos ambientes de trabalho e as mulheres, após contato via telefone ou via visita domiciliar pelos ACSs, escolheram a unidade de saúde ou o domicílio para a realização de entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Na segunda etapa os dados foram coletados por meio de análise de registros clínicos das puérperas selecionadas. Para o instrumento de captação elaborou-se a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), orientada pela Teoria do Programa 2 e validada pela técnica de conferência de consenso⁹ junto a especialistas da área e *stakeholders* (interessados na avaliação) sendo: quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e três profissionais com experiência na assistência em Cuidados Primários à Saúde. A MAJ foi utilizada para avaliar e determinar o grau de implantação da assistência prestada no pós-parto, a qual foi composta por sete subdimensões (longitudinalidade; acesso; saúde física; saúde mental; violência doméstica; aleitamento materno; e planejamento reprodutivo), sendo que no presente estudo foi analisada a subdimensão saúde mental.

Realizou-se o julgamento de valor de cada critério/indicador da MAJ por meio da triangulação das diferentes fontes de evidências, atribuindo-se uma pontuação. A proporção do somatório dos pontos observados (PO) nas subdimensões em relação à pontuação esperada (PE), determinou o julgamento de valor para o grau de implantação: GI (grau de implantação) = $(\sum PO / \sum PE) \times 100$. As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do Grau de Implantação, a saber: implantação satisfatória (76% a 100%); implantação parcial (51% a 75%); implantação incipiente (26% a 50%); e implantação crítica (abaixo de 26%).¹⁰ Realizou-se um estudo de Caso piloto junto a um município que não fez parte do estudo.

Após a análise de implantação, realizou-se a análise de conteúdo categorial, para compreender em profundidade os resultados da análise de implantação encontrados. Posteriormente foi realizada leituras dos dados obtidos para que dessa forma houvesse a possibilidade de identificar e interpretar as necessidades, fragilidades e potencialidade da assistência em saúde. Seguiu-se a leitura do material, sua codificação, enumeração, classificação e agregação. Para que por fim chegasse a possibilidade de compreensão e proceder à interpretação e categorização dos resultados obtidos, diante da identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas e das inferências.¹¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer n° 3.036.173/2018, CAAE: 02774918.80000.0121).

Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando o comprometimento quanto à preservação dos dados coletados e da identidade dos participantes. Deste modo, os participantes serão representados por acrônimos.

Para preservar a identidade dos participantes, estes foram codificados conforme o Caso (Caso) e a letra referente ao grupo participante (P = profissional; M = mulher) seguido do número referente a sequência da entrevista.

Resultados

Os resultados demonstram que a assistência à saúde mental no pós-parto, no período avaliado, apresentou-se com implantação incipiente para os Casos 1 e 3, sendo que o Caso 2 apresentou grau de implantação crítica, ao obter pontuação abaixo de 26%. No critério/indicador “investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto” o Caso 1 teve a maior pontuação. No critério/indicador “orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto” o Caso 1 e Caso 2 obtiveram pontuação zero. E em relação ao critério/indicador “aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta” todos os casos obtiveram pontuação zero, ou seja, não atenderam aos parâmetros. Conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Matriz de Análise de Julgamento da assistência à saúde mental de puérperas na APS. Região Sul, Brasil, 2019.

Critério ou indicador*	Rationale	PE* *	PO** Caso 1	PO** Caso 2	PO** Caso 3
Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	Conhecer e envolver os membros da rede de apoio de uma mulher em seu cuidado, desde o início da gestação, oferece oportunidades para todos os envolvidos obterem uma compreensão do impacto da maternidade na saúde emocional e no bem-estar das mulheres, e os fatores psicossociais que afetam relacionamentos familiares. Em cada contato pós-parto essa rede deve ser investigada. ¹²	1	0,4	0,2	0,7
Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	Todas as mulheres grávidas devem ser perguntadas sobre história familiar de transtorno bipolar ou psicose pós-parto, se a mulher tem ou teve alguma doença mental, e existência de tratamentos prévios para problemas mentais. ¹²	1	0,8	0,4	0,6
Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	O profissional deve fazer perguntas breves focadas e com resposta simples (“sim” ou “não”) abordando o humor das mulheres, para detectar sinais de DPP: “Durante o último mês, você se incomodou com frequência por se sentir deprimida ou sem esperança?” e “Durante o último mês, você se incomodou por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?”. Se sim, perguntar: "Isso é algo com o qual você gostaria de ajuda?". ¹³	1	0,2	0,2	0,5
Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	Entre 10 e 14 dias após o parto o profissional de saúde deve perguntar sobre a resolução de sintomas de depressão pós-parto transitória (maternal blues). Nas primeiras duas semanas deve orientar sobre as principais alterações emocionais (fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade), indicando que são sintomas transitórios e decorrentes das alterações físicas, emocionais e sociais próprias do período. ¹³	1	0	0	0,5
Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	Os sintomas de DPP podem ser identificados por profissional não especialista da APS por meio da aplicação de instrumentos validados. A Escala de Edinburgh é a mais utilizada. ¹²⁻¹³	1	0	0	0
		5	1,4	0,6	2,3
GI = (ΣPO/ΣPE*100)		100%	28%	16%	46%

*Fonte de evidências: Entrevistas (profissionais e usuárias); registros clínicos.

*Parâmetro: Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0).

**PE: Pontuação esperada; PO: Pontuação observada.

Posterior a análise de implantação realizou-se a análise das entrevistas em profundidade, de modo que as categorias de análise que emergiram se referem aos aspetos que mais chamaram a atenção das pesquisadoras no que se refere à assistência em saúde mental no pós-parto, o qual possibilitou identificar as principais lacunas assistenciais.

Sentimentos de abandono e tristeza no pós-parto e o desconhecimento sobre alterações emocionais

Os sentimentos relacionados ao abandono e à tristeza, são temas que se destacam nas entrevistas, pelo grande número de vezes em que aparecem nas falas das puérperas. Nos três Casos, das 31 entrevistadas, 13 relataram sentir tristeza pelo menos uma vez após o parto, onde sentiram muita vontade de chorar, ou choraram ao menos uma vez durante o período.

Eu me senti triste, assim que ele veio para casa, não sei por que, mas era toda hora querendo chorar, sim. (C1M4)

Já tive sintomas sim. É uma coisa no peito né, aí eu tenho que mudar meu pensamento, começar a fazer alguma coisa, vontade de chorar. (C1M1)

Ao passo que tais sentimentos estão presentes no pós-parto, as puérperas possuem um déficit no conhecimento sobre o tema, fazendo com que não procurem ajuda para esse momento de suas vidas.

Eu não sei se é a depressão pós-parto, mas eu acho que era, porque dá vontade de chorar, dor no peito, angústia e eu não podia fazer nada por causa dos pontos, e dava mais angústia porque minha mãe fazia as coisas e eu não podia fazer, no caso dar banho nela, querendo ou não primeira filha a gente quer fazer tudo. E eu fiquei meio assim, pra baixo, triste, chorona. (C1M10)

Eu segurei sozinha isso, não conversei com ninguém, nem com meu marido. Foi doloroso não ter conseguido conversar, nem com a médica não conversei. Não falei porque eu achei que era uma coisa minha, achei que era uma frescura, tem gente que não vai entender, então tem que deixar guardado. (C1M4)

Observa-se a ausência de uma rede de apoio para as mulheres durante a fase de alterações emocionais, especialmente pela falta de conhecimento sobre os processos vivenciados no pós-parto. Há a necessidade de envolvimento de familiares, amigos e profissionais de saúde para que as mulheres se sintam acolhidas e consigam superar esse período, podendo diferenciar o que são alterações comuns do período e quando há sinais de alerta.

Desassistência de profissionais da saúde às puérperas após o parto

A primeira categoria identificou que as mulheres apresentaram alterações emocionais no pós-parto e, em geral, desconhecem sobre o assunto. Apesar disso, das 31 puérperas entrevistadas, 21 nem sequer foram perguntadas sobre saúde mental, nem explicadas sobre o que seria a DPP. Dessas, oito relataram que foram questionadas sobre seus sentimentos quando apresentaram algum histórico de alteração emocional, como óbito recente de familiar, ou diagnóstico prévio de transtorno mental.

Nunca ninguém falou que era normal. (C1M4)

Não. Dor no peito não, mas chorei. Ah eu acho que uns três dias que a gente tinha chegado em casa. Nem no hospital não me orientaram sobre isso. (C1M1)

De vez em quando fico triste. Em geral as pessoas não perguntam muito de você, mais é nenê. (C1M10)

A partir dessa análise, evidencia-se que as alterações emocionais não foram percebidas pelos profissionais de saúde entrevistados de acordo com o relato das puérperas, mas que, ao serem questionados, relataram que há sim o fornecimento de tais informações, havendo contradições entre relatos.

Mulheres no pós-parto depende da necessidade, aí eu vou ver se ela está bem, recebe orientação, fica com poucas dúvidas ou nenhuma, não vê necessidade de nada, eu não encaminho. Agora aquela que eu sinto que tem uma coisa a mais eu mesma proponho. (C2P5)

Costumo orientar. Eu tenho uma tendência de ver o que vem de demanda dela, até para não induzir a um comportamento. Mas esse cuidado da parte emocional eu costumo ter, desde o início da gestação. E reforçar a questão da culpa, de não se sentir culpada. Tentar explicar a diferença dessa angústia, que é normal certa melancolia no pós-parto, que é normal, pode ficar mais chorosa, mas tentar diferenciar da depressão pós-parto. (C3P4)

Os profissionais da saúde utilizam nos atendimentos, uma maneira não verbalizada, ou seja, não realizam perguntas diretamente relacionadas aos sentimentos de tristeza e abandono. E isso fez com que as puérperas, nem mesmo soubessem que estavam sendo avaliadas, já que não houve questionamentos sobre esses assuntos. Relatando fazer uma análise prévia, onde é avaliado visualmente o estado da puérpera, ou seja, se ela aparentemente demonstra tristeza, desânimo ou choro, para que apenas, se notarem esses sinais, às questionarem sobre seus sentimentos e fornecerem orientações, fazendo com que não haja uma abertura de espaço para todas falarem, independente da situação.

Ressalta-se, que essa forma de análise utilizada, conforme os relatos acima apresentados, faz com que muitas mulheres com alterações emocionais não recebam olhar integral do profissional, pois informações importantes acabam sendo negligenciadas.

Para auxiliar nessa avaliação, os profissionais de saúde foram questionados sobre seus conhecimentos prévios e/ou uso de algum tipo de instrumento para identificar a DPP. Ao analisar as entrevistas fica explícito que o uso de escalas não é aplicado em nenhum dos três Casos da pesquisa.

Infelizmente não uso escala. Eu acho que eu nem sabia que tinha. Confesso a você que nunca nem me perguntei. Hoje em dia estratifica tudo, para essa eu não me perguntei se tinha. (C1P5)

Não. A gente vai mais na questão da conversa mesmo. (C2P3)

Já ouvi falar da escala, mas não uso nenhuma escala. (C2P4)

Mesmo sendo indispensável o uso desse instrumento, para haver a estratificação de risco, e para o exercício de um cuidado de qualidade, notou-se que os profissionais entrevistados, não apresentavam conhecimento sobre. Relatando que as conduções das consultas ocorrem com base na observação do estado emocional da puérpera, onde se observa em seus relatos. Expondo que são as puérperas quem acabam mediando as consultas.

A falta de informações, ocasionada pela falta de assistência, gera frustrações, por não se ter conhecimento sobre o que fazer em momentos em que há milhares de dúvidas e não se tem respostas a respeito.

Outro aspecto importante, identificado nas entrevistas, foi que dentre as puérperas entrevistadas que não receberam informações sobre o que fazer em relação aos seus sentimentos, teve aquelas que relataram que uma das maneiras encontradas para obtenção de informações, foi através de pesquisas pela internet ou junto a familiares.

Aqui ninguém me orientou. Acho que aqui em uma das reuniões acho que foi falado isso. Quando aconteceu isso comigo eu não sabia, aí comecei a pesquisar na internet, sintomas de depressão pós-parto, e eu estava com todos. Aí eu liguei e falei para a minha mãe, aí ela falou que era normal, que ela também teve e tal. Foi minha mãe que me ajudou. Na consulta eu não cheguei a comentar sobre isso. (C2M10)

Como sabe-se, é preciso filtrar a vasta gama de informações encontradas, pois nem tudo que está na internet é embasado cientificamente - argumentos válidos, com eficácia comprovada -, ou seja, pode-se encontrar as famosas "fake news", informações falsas que percorrem os meios de comunicação e que podem levar influências negativas aos usuários.

Discussão

Com o nascimento do bebê, a mulher e a sua família começam uma nova rotina diária, que pode ser frustrante devido aos desafios da relação entre a mãe e seu filho, reorganização do núcleo familiar, ansiedade e a amamentação, que pode exigir muitas readaptações a esse novo momento de sua vida.¹⁴

Nesse aspecto, o presente estudo identificou que as mulheres passam por sentimentos de abandono e tristeza durante o pós-parto, e muitas vezes, por não ter conhecimento sobre o assunto, não compartilham seu sofrimento e não recebem apoio familiar e profissional.

Estudo aponta que apresentar tristeza no último trimestre de gestação e a história de depressão na família são associados a maior prevalência de DPP¹⁵ o que reforça as recomendações do presente estudo sobre investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto.

A literatura aponta que o apoio emocional, instrumental e informativo do(a) companheiro(a) é fundamental, encontrando que quanto mais apoio menor a prevalência de DPP¹⁶ (Ramos, 2022). Do mesmo modo, o suporte pela equipe de saúde à mulher durante o pré-natal, reduz em até 23% a prevalência de DPP¹⁵.

Existe a necessidade de preparação e organização acerca desses problemas, pois isso possibilita que portas se abram para um cuidado integral que atenda às necessidades de saúde dessas mulheres.¹⁷ O acesso aos serviços de saúde colabora para reduzir a mortalidade materna, bem como, para a garantia da atenção integral à saúde da mulher.¹⁷

Nesse processo, é essencial conhecer as fragilidades que existam na atenção pré-natal, e apontar possíveis estratégias para a efetividade do cuidado que é oferecido até o puerpério.¹⁷

Uma estratégia que poderia ser utilizada para uma avaliação mais ampla sobre o assunto, é a aplicação de perguntas simples que identifiquem possíveis alterações emocionais, a saber: Durante o último mês, você se sentiu deprimida ou sem esperança com frequência? Isso te incomodou? Durante o último mês, você teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Isso te incomodou?¹³

Juntos a isso, vale ressaltar a escala de Edimburg, um dos principais instrumentos para identificar DPP no âmbito da APS, visto que é de aplicação rápida, simples e de fácil entendimento, podendo ser auto aplicada ou aplicada por terceiros (profissionais de saúde), associado ao valor na identificação de fatores de risco para a DPP, afinal, o fator psicossocial é relevante.¹⁴ O tempo da realização é de aproximadamente cinco minutos, sendo ela categorizada com 10 itens, divididos em fatores de depressão e ansiedade, medindo a presença e intensidade dos sintomas nos últimos sete dias. Há, ainda, diferenças relacionadas ao ponto de corte mais indicado para identificação da DPP, podendo ser explicadas por variações metodológicas e inter-regionais.¹⁴

Desse modo torna-se indispensável identificar esses sinais na própria fala da paciente, por meio da anamnese, e frente a resposta positiva, pode-se aplicar a escala de Edimburg, utilizada para identificar a DPP.¹⁸

É fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que estão mais próximo da mulher durante todo período gestacional e pós-parto, tenham conhecimento sobre a DPP e saibam identificar fatores ou condições que possam agravar a saúde das mesmas, e assim ajudá-las no início dos sintomas e encaminhá-las para um atendimento especializado, quando necessário.

A literatura aponta que certo despreparo dos profissionais da saúde, que não tem uma definição formada sobre a DPP, nem sobre outros transtornos mentais que possam aflorar no puerpério, o qual dificulta relacioná-la com fatores que possam gerar maiores agravos à puérpera.¹⁹

Em relação às pesquisas pela internet para sanar suas dúvidas, considerando que, embora existam inúmeros sites que contêm informações relacionadas à saúde, a capacidade dos usuários de encontrar intervenções de saúde cientificamente robustas não é totalmente conhecida.²⁰

Por isso, é importante que os profissionais reconheçam essa realidade e auxiliem as mulheres nas melhores escolhas na busca de informações, além de incorporar ferramentas digitais de comunicação na assistência, como teleconsulta, e-mails, aplicativos, entre outros.²¹

Conclusões

O estudo teve como principais contribuições demonstrar que assistência em saúde mental é frágil, sendo necessário o aprimoramento e fortalecimento dos profissionais da APS, já que esta é a principal prestadora de cuidados pós-parto, especialmente o enfermeiro, profissional apto a prestar uma consulta pós-parto de qualidade e em tempo

oportuno. Existe a necessidade de investimento na educação permanente dos profissionais para que estes promovam práticas de educação em saúde voltada ao tema.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta como limitação o fato de não ser possível uma análise totalitária que abranja todos os municípios e estados do país como um todo, ou seja, não permite generalização dos dados para além da realidade investigada.

Contribuições autorais

Almeida, O. M: Conceção e desenho do estudo, recolha de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística e redação do manuscrito.

Baratieri, T: Conceção e desenho do estudo, recolha de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, obtenção de financiamento e redação do manuscrito.

Natal, S: Conceção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, análise estatística e revisão crítica do manuscrito.

Krulikowski, I. B. O: Análise e interpretação dos dados, análise estatística e redação do manuscrito.

Cavalcante, M. D. M. A: Análise e interpretação dos dados, análise estatística e revisão crítica do manuscrito.

Malaquias, T.S.M: Análise e interpretação dos dados, análise estatística e revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Agradecimentos

À Fundação Araucária pelo apoio financeiro, possibilitando um aporte durante todo o desenvolvimento.

Fontes de apoio / Financiamento

A primeira autora recebeu bolsa de Iniciação Científica concedida pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA).

Referências

1. Biti V, Reis L, Trindade W, Emerick L, Pereira W. Atuação dos enfermeiros na prevenção e acompanhamento da depressão puerperal. EnciBio [Internet]. 20 Julho de 2018; 15(27). Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/612>
2. Baratieri T, Natal S, Hartz ZMA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. Cad Saúde Pública [Internet]. 30 de Dezembro de 2020; 36(7):e00087319. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7206>. doi: 10.1590/0102-311x00087319

3. Silva NL, Caixeta CR, Caetano FA, Rocha GAMM, Khaoule IC, Batista JMGM, et al. Depressão pós-parto: características, fatores de risco, prevenção e tratamento. REAS [Internet]. 27 de Agosto de 2021:e8658. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/86584>.

4. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2 de Junho de 2018; 39(3):168–175. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2017.1334051> doi:10.1080/0167482X.2017.1334051

5. Maués A, Rocha MCM, Tavoglieri SM, Sordi BA. Dispositivo materno e parto: Uma análise da interface de gênero e saúde mental nos relatos de mulheres do documentário "O renascimento do parto I". Res, Soc Dev [Internet]. 10 de Outubro de 2021; 10(10): e28310101757. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17577/28966/383717> doi:10.33448/rsd-v10i10.17577

6. Champagne F, Denis J L; A Análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação em saúde: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. p. 217–238.

7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 320 p.

8. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 14 de Dezembro de 2016; 25(4): 767-776. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000400767&lng=es . <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010> .

9. Baratieri T, Natal S. Programa de atenção pós-parto na atenção primária: elaboração e validação de uma matriz de análise e julgamento. In: Felizberto E, editor. Zulmira Hartz: Inovação, humanidade e dinamismo na pesquisa, no ensino, na gestão e na avaliação em saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021.p. 186-209

10. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKAA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felizberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65–78.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2020.

13. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015.

14. Monteiro BR, Souza NL, Silva PP, Pinto ES, França DF, Andrade AC, et al. Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 24 de Junho de 2020; 73(4):e20190222. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>
15. Soccoll KLS, Marchiori MRC, Santos NO, Rocha BD. Rede de atenção à saúde de gestantes e puérperas: percepções de trabalhadores da saúde. *Saud Coletiv* [Internet]. 17 de Janeiro de 2022; 12(72):9382-93. Disponível em: <https://revistasaudefcoletiva.com.br/index.php/saudefcoletiva/article/view/2171>
16. Santos IS, Matijasevicha A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. [Internet]. 14 de Fevereiro de 2007; 23(11):2577-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
17. Leal CPRM, Pinto ECC, Tavoraro PL, Ramos LGA. Atuação do enfermeiro durante o pós-parto de pacientes com transtornos mentais puerperais. *Res, Soc Dev* [Internet]. 04 de Novembro de 2021; 10 (11): e387101119876. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/19876/17643/242069> Doi 10.33448/rsd-v10i11 .
18. Rogers MA, Lemmens VL, Kramer J. Internet-delivered health interventions that work: Systematic review of meta-analyses and evaluation of website availability. *J Med Internet Res*. 2017.
19. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, arnheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020