

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA CAROLINE MOURÃO SILVA**

**CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL ÀS PUÉRPERAS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO**

**GOIÂNIA, 2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### 2. Nome completo do autor

Ana Caroline Mourão Silva

#### 3. Título do trabalho

Cuidados em Saúde mental às puérperas na atenção primária à saúde: revisão de escopo

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Camila Cardoso Caixeta, Professora do Magistério Superior**, em 12/03/2024, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Caroline Mourão Silva, Discente**, em 01/04/2024, às 18:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4409764** e o código CRC **3A3C433C**.

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### 2. Nome completo do autor

Ana Caroline Mourão Silva

#### 3. Título do trabalho

Cuidados em Saúde mental às puérperas na atenção primária à saúde: revisão de escopo

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
  - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Ana Caroline Mourão Silva, Discente**, em 29/04/2025, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Cardoso Caixeta, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2025, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5340137** e o código CRC **B2A6DFE9**.

Referência: Processo nº 23070.008405/2024-43

SEI nº 5340137

**ANA CAROLINE MOURÃO SILVA**

**CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL ÀS PUÉRPERAS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO**

*Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.*

**Área de concentração:** A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

**Linha de pesquisa:** Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para cuidar em saúde e enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Cardoso Caixeta.

**GOIÂNIA, 2024**

# FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Ana Caroline Mourão

Cuidados em Saúde Mental às Puérperas na Atenção Primária à Saúde: Revisão de Escopo [manuscrito] / Ana Caroline Mourão Silva.  
- 2024.

LXXXIX, 89 f.

Orientador: Profa. Dra. Camila Cardoso Caixeta.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,  
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Goiânia, 2024.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista  
de tabelas.

1. Período Pós-Parto.. 2. Atenção Primária à Saúde.. 3. Saúde  
Mental.. I. Caixeta, Camila Cardoso, orient. II. Título.

CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**ATA NÚMERO 08 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ANA CAROLINE MOURÃO SILVA**. Aos onze dias do mês de março de dois mil e vinte e quatro (11/03/2024), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Camila Cardoso Caixeta** (PPGENF/FEN/UFG - Orientadora), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Adrielle Cristina Silva Souza** (FEN/UFG) e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Janaina Valadares Guimarães** (PPGENF/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada presencialmente no mini-auditório da Faculdade de Enfermagem da UFG, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: “*Cuidados em Saúde mental às puérperas na atenção primária à saúde: revisão de escopo*”, de autoria de ANA CAROLINE MOURÃO SILVA discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Camila Cardoso Caixeta**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 31 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1847/2023) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Dissertação foi:

**APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 60 dias.

A comissão examinadora teceu as seguintes considerações: estudo correspondeu ao objetivo, com metodologia robusta e consistente, apresentou discussão clara e coerente com a proposta da pesquisa.

Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Camila Cardoso Caixeta**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

**TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA**

*Cuidados em Saúde mental às puérperas na atenção primária à saúde: revisão de escopo*



Documento assinado eletronicamente por **Camila Cardoso Caixeta**, Professora do Magistério Superior, em 11/03/2024, às 16:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Valadares Guimaraes**, Professora do Magistério Superior, em 11/03/2024, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adrielle Cristina Silva Souza, Professora do Magistério Superior**, em 11/03/2024, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4409743** e o código CRC **5B2D0DD8**.

Referência: Processo nº 23070.008405/2024-43

SEI nº 4409743

*Dedico esta conquista às minhas avós Jeanine e Valdete e ao meu avô José Ribamar. Obrigada por todo apoio e por acreditarem em mim.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus, que em sua infinita misericórdia, me iluminou, protegeu, deu forças e amparo, permitindo a realização de um sonho. Se eu conquistei mais essa vitória, foi pela fé inabalável que carrego em meu coração. Que sua bondade continue a iluminar meu caminho. Assim seja!*

*Agradeço profundamente à minha orientadora Profa. Dra. Camila Cardoso Caixeta, que me acolheu com entusiasmo e me apresentou possibilidades das quais serei eternamente grata. Sua experiência, conhecimento e dedicação foram fundamentais para orientar meu trabalho acadêmico e para o meu crescimento como pesquisadora. Agradeço profundamente pela paciência, pelo incentivo e pelo feedback construtivo que recebi em todas as etapas deste projeto. Sou imensamente grata por ter tido a oportunidade de aprender com você e por todo o apoio oferecido.*

*Com todo o meu coração, agradeço aos meus avós Jeanine, Valdete e José Ribamar, por seu apoio inabalável e amor incondicional ao longo da minha jornada acadêmica. Em momentos de dificuldade, foram eles que me incentivaram e me deram o suporte necessário para continuar os meus estudos. Sem o apoio e encorajamento deles, eu não teria alcançado este importante marco em minha vida. Sou eternamente grata por todo o amor, apoio e sacrifícios que fizeram por mim. Seu legado de bondade e generosidade continuará a inspirar-me em todos os aspectos da minha vida. Muito obrigada por serem os pilares da minha jornada e por sempre acreditarem em mim.*

*Dedico este trabalho à memória da minha amada mãe, Rosileia. Embora não esteja mais fisicamente presente, seu amor, apoio e inspiração continuam a guiar-me em cada passo desta jornada. Sinto sua presença em meu coração todos os dias e carregarei esse amor incondicional para sempre comigo. Tudo o que conquistei e tudo o que sou é uma pequena parcela de todo o orgulho que ainda vou te dar. Mãe, saiba que cada conquista é dedicada a você, e que seu amor continua a ser minha força motriz. Eu sinto sua falta imensamente. Obrigada por tudo, mãezinha. Você estará para sempre presente em meu coração.*

*Minha profunda gratidão ao meu companheiro Marcelo, por ser um dos maiores incentivadores durante os momentos em que eu duvidava de mim mesma e considerava desistir. Seu apoio e suas palavras de encorajamento foram fundamentais para me manter focada e determinada a seguir em frente. Nos*

*momentos de incerteza, foi ele quem me lembrou do meu potencial, inspirando-me a perseverar e acreditar em mim mesma. Sou infinitamente grata por tê-lo ao meu lado, apoiando-me em cada passo do caminho. Obrigada por ser meu apoio, meu parceiro e meu maior incentivador.*

*Gostaria de expressar minha sincera gratidão aos meus queridos amigos Kaique, Gabriel, Fabiana e Rodrigo. Durante esta jornada acadêmica, vocês foram mais do que simples companheiros; vocês foram meu apoio constante, meus confidentes e minhas fontes de inspiração. Nos momentos de estudos intensos, ensaios e ansiedade, vocês estiveram ao meu lado, compartilhando não apenas o peso das responsabilidades, mas também momentos de risos e descontração que tornaram esta jornada mais leve e significativa. Suas palavras de encorajamento, apoio mútuo e camaradagem foram inestimáveis para mim. Não há palavras suficientes para expressar o quanto valorizo a amizade e o apoio que recebi de cada um de vocês. Este trabalho não seria o mesmo sem a presença e o suporte que vocês ofereceram. Obrigada por serem parte essencial desta jornada e por tornarem cada desafio mais fácil de enfrentar juntos. Que nossa amizade continue a florescer e a nos fortalecer em nossos futuros.*

*Agradeço profundamente às professoras da minha banca de qualificação, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Pagotto e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante, e da banca de defesa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaina Valadares Guimarães, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adrielle Cristina Silva Souza, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Natália Del' Angelo Aredes e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nathália dos Santos Silva pela disponibilidade e contribuições essenciais. Agradeço sinceramente por dedicarem seu tempo e expertise para avaliar minha pesquisa, e por seu comprometimento em minha formação acadêmica.*

*Por fim, minha eterna gratidão à CAPES, à Universidade Federal de Goiás, à Faculdade de Enfermagem e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem por me acolherem e proporcionarem uma experiência acadêmica tão enriquecedora. Foi e sempre será um privilégio ter sido parte desta instituição e ter a oportunidade de crescer intelectualmente e me envolver com a pesquisa científica. Agradeço sinceramente por todo o apoio, recursos e oportunidades que me foram concedidos ao longo deste período, contribuindo significativamente para meu desenvolvimento pessoal e profissional.*

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	12
<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS</b> .....	13
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	22
<b>2.1. Objetivos Gerais</b> .....	22
<b>2.2. Objetivos Específicos</b> .....	22
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
<b>3.1. Da exclusão à inclusão: a trajetória da Atenção Primária em Saúde e a valorização da Saúde da Mulher</b> .....	23
<b>3.2. Os desafios e vulnerabilidades do período puerperal</b> .....	25
<b>3.2.1. O corpo em transição: entendendo as mudanças fisiológicas durante o período puerperal</b> .....	25
<b>3.2.2. A montanha-russa emocional do puerpério: compreendendo as oscilações no período pós-parto</b> .....	27
<b>3.2.2.1. Baby blues</b> .....	28
<b>3.2.2.2. Depressão Pós Parto</b> .....	29
<b>3.2.2.3. Psicose Puerperal</b> .....	30
<b>3.3. Saúde mental da puérpera na atenção primária em saúde: a importância do cuidado no pós parto</b> .....	32
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	36
<b>4.1. Revisão de Escopo</b> .....	36
<b>4.2. Questão norteadora</b> .....	36
<b>4.3. Critérios de elegibilidade</b> .....	37
<b>4.4. Estratégias de buscas</b> .....	38
<b>4.5. Seleção dos estudos</b> .....	41
<b>4.6. Consulta</b> .....	42
<b>4.7. Extração dos dados</b> .....	42
<b>4.8. Análise dos Dados e Síntese dos Resultados</b> .....	42

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>74</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>90</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Fluxograma PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2019) para inclusão de estudos na revisão – Goiânia, Goiás, Brasil, 2023 .....	44
<b>Figura 2:</b> País de origem de publicação dos estudos. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023. ....	58
<b>Figura 3:</b> Ano de publicação dos estudos. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023.....	59
<b>Figura 4:</b> Área de cuidado. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023. ....	60
<b>Figura 5:</b> Profissionais que ofertam os cuidados. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023. ....	60

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos conforme as bases de dados, Goiânia, Goiás, 2023. .... 45

**Quadro 1:** Estratégias de buscas utilizadas nas bases de dados. Goiânia. Goiás. 2023..... 39

**Quadro 2:** Principais características dos estudos selecionados. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023  
..... 45

**Quadro 3:** Principais características dos estudos selecionados quanto ao objetivo, área de cuidado, tipo de cuidado e profissional que realiza o cuidado. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023 49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**BSCAN** - Biblioteca Seccional Campus Colemar Natal e Silva

**CAFe** - Comunidade Acadêmica Federada

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CID-10** - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**COVID-19** - Coronavírus disease 2019 (doença por coronavírus 2019)

**DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde

**DPP** - Depressão pós-parto

**DSM-5** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**DASS** - *Depression, Anxiety and Stress Scale*

**EPDS** - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

**GAD-7** - *Generalized Anxiety Disorder 7-item*

**JBI**- *Joanna Briggs Institute*

**MeSH** - *Medical Subject Headings*

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PHQ-2** - *Patient Health Questionnaire-2*

**PHQ-9** - *Patient Health Questionnaire-9*

**PRISMA-ScR** - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review*

**PRIME-MD** - *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

**RAS**- Rede de Atenção à Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCC** - Terapia Cognitivo Comportamental

**UFG** - Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Estudos apontam que os principais transtornos mentais que acometem puérperas são *baby blues*, depressão pós-parto e a psicose puerperal. A oferta de serviços de saúde direcionados às puérperas na Atenção Primária à Saúde (APS) perpassa todo o período gravídico até depois do parto, considerando os aspectos biopsicossociais da mulher. Este nível de atenção em saúde é responsável pela realização da consulta e acompanhamento puerperal, uma das principais estratégias de promoção da saúde materno-infantil e a não realização desta etapa pode levar a um subdiagnóstico ou ao atraso na detecção de transtornos mentais. A falta de atenção à saúde mental de puérperas é uma problemática que pode trazer consequências graves para a saúde das mulheres. Diante disso, o presente estudo pretende examinar na produção científica o que tem sido realizado quanto aos cuidados em saúde mental de puérperas na APS. **OBJETIVO:** Mapear a literatura científica acerca dos cuidados prestados à saúde mental de puérperas na Atenção Primária à Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de escopo, que tem como objetivo sintetizar evidências e, com isso, determinar os principais conceitos, estudos e lacunas sobre determinada área de conhecimento. A busca foi realizada nas bases de dados Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Pubmed, Medline (via PUBMED), LILACS (via BVS), Elsevier, além das bases que indexam literatura cinzenta, que foram Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e Google Acadêmico. Os termos utilizados foram “Postpartum Period”, “Mental Health”, “Primary Health Care”, “Mental Health Assistance” “Mental hygiene” e seus respectivos correspondentes nos idiomas português e espanhol. As pesquisas nas bases geraram um total de 1482 resultados, sendo que 34 foram considerados elegíveis por tratarem, de forma articulada, os três temas centrais desta revisão, ou seja, puérperas, cuidados em saúde mental e Atenção Primária à Saúde. **RESULTADOS:** Os resultados quantitativos foram analisados por meio de análises descritivas quantitativas e organizados em gráficos e tabelas. Já os dados qualitativos foram analisados por meio da análise descritiva de conteúdo qualitativo. Entre os achados, os países prevalentes nos estudos foram Estados Unidos, Austrália e Canadá, e os anos que apresentaram maiores números de publicações sobre a temática foram 2015 e 2018. Dentre a vasta gama e profissionais que ofertam cuidados de saúde mental no contexto da APS, os estudos apresentaram a prevalência dos enfermeiros, seguidos de médicos e psicólogos. Quanto aos cuidados de saúde mental ofertados às puérperas que foram relatados nos estudos, 32% tinham como propósito o rastreamento de transtornos mentais, seguidos do tratamento, com 24%. Os encaminhamentos somaram 18% das ações relatadas pelos profissionais, ao passo que os diagnósticos dos acometimentos somaram 15% dentre os cuidados elencados. Cuidados com o intuito de promover a saúde mental das puérperas somaram apenas 11% das estratégias relatadas nos estudos. **CONCLUSÃO:** A identificação de déficits na oferta e cuidados em saúde mental limitados podem resultar em baixa adesão ou tratamentos inadequados, ocasionando desfechos negativos. A reversão desta situação é fundamental garantir o seguimento adequado para atenção integral à saúde das puérperas.

**Palavras-chave:** Período Pós-Parto; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Studies show that the main mental disorders affecting puerperal women are baby blues, postpartum depression and puerperal psychosis. The provision of health services for puerperal women in Primary Health Care (PHC) should cover the entire pregnancy period until after childbirth, taking into account the woman's biopsychosocial aspects. This level of health care is responsible for carrying out the puerperal consultation and follow-up, one of the main strategies for promoting maternal and child health, and failure to do so can lead to underdiagnosis or a delay in detecting mental disorders. The lack of mental health care for puerperal women is a problem that can have serious consequences for women's health. In view of this, this study aims to examine what has been done in terms of mental health care for puerperal women in PHC. **OBJECTIVE:** To map the scientific literature on the mental health care provided to puerperal women in Primary Health Care. **METHODOLOGY:** This is a scoping review, which aims to synthesize evidence and thus determine the main concepts, studies and gaps in a given area of knowledge. The search was carried out in the databases Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Pubmed, Medline (via PUBMED), LILACS (via BVS), Elsevier, in addition to the databases that index gray literature, which were Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) and Google Scholar. The terms used were "Postpartum Period", "Mental Health", "Primary Health Care", "Mental Health Assistance", "Mental hygiene" and their respective correspondents in Portuguese and Spanish. The searches in the databases generated a total of 1,482 results, 34 of which were considered eligible because they dealt with the three central themes of this review: puerperal women, mental health care and Primary Health Care. **RESULTS:** The quantitative results were analyzed using quantitative descriptive analysis and organized into graphs and tables. The qualitative data was analyzed using descriptive qualitative content analysis. Among the findings, the most prevalent countries in the studies were the United States, Australia and Canada, and the years with the highest number of publications on the subject were 2015 and 2018. Among the wide range of professionals who provide mental health care in the context of PHC, the studies showed a prevalence of nurses, followed by doctors and psychologists. As for the mental health care offered to puerperal women reported in the studies, 32% was aimed at screening for mental disorders, followed by treatment, with 24%. Referrals accounted for 18% of the actions reported by the professionals, while diagnoses of the disorders accounted for 15% of the care listed. Care aimed at promoting the mental health of puerperal women accounted for only 11% of the strategies reported in the studies. **CONCLUSION:** The identification of supply deficits and limited mental health care can result in low adherence or inadequate treatments, leading to negative outcomes. To reverse this situation, it is essential to ensure adequate follow-up for comprehensive health care for postpartum women.

**Keywords:** Postpartum Period; Primary Health Care; Mental Health.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los estudios indican que los principales trastornos mentales que afectan a las mujeres posparto son la tristeza posparto, la depresión posparto y la psicosis puerperal. La prestación de servicios de salud dirigidos a puérperas en la Atención Primaria de Salud (APS) debe cubrir todo el período del embarazo hasta después del nacimiento, considerando los aspectos biopsicosociales de la mujer. Este nivel de atención en salud es el responsable de realizar la consulta y el seguimiento posparto, una de las principales estrategias para promover la salud maternoinfantil, y el incumplimiento de este paso puede conducir a un subdiagnóstico o retraso en la detección de los trastornos mentales. La falta de atención a la salud mental de las mujeres en posparto es un problema que puede tener graves consecuencias para la salud de la mujer. Ante esto, el presente estudio pretende examinar en la producción científica lo que se ha hecho en relación a la atención de la salud mental de las puérperas en la APS. **OBJETIVO:** Mapear la literatura científica sobre la atención brindada a la salud mental de las puérperas en la Atención Primaria de Salud. **METODOLOGÍA:** Se trata de una revisión de alcance, que tiene como objetivo sintetizar evidencia y, por tanto, determinar los principales conceptos, estudios y vacíos en una área de conocimiento dada. La búsqueda se realizó en las bases de datos Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Pubmed, Medline (vía PUBMED), LILACS (vía VHL), Elsevier, además de las bases de datos que indexan gris. literatura, que fueron Catálogo de Tesis y Disertaciones (CAPES) y Google Scholar. Los términos utilizados fueron “Periodo Posparto”, “Salud Mental”, “Atención Primaria de Salud”, “Asistencia en Salud Mental”, “Higiene Mental” y sus respectivos corresponsales en portugués y español. Las búsquedas en las bases de datos generaron un total de 1482 resultados, 34 se consideraron elegibles porque abordaron, de manera articulada, los tres temas centrales de esta revisión, es decir, la mujer en el posparto, la atención de salud mental y la Atención Primaria de Salud. **RESULTADOS:** Los resultados cuantitativos se analizaron mediante análisis descriptivos cuantitativos y se organizaron en gráficos y mesas. Los datos cualitativos se analizaron mediante análisis de contenido cualitativo descriptivo. Entre los hallazgos, los países predominantes en los estudios fueron Estados Unidos, Australia y Canadá, y los años que presentaron mayor número de publicaciones sobre el tema fueron 2015 y 2018. Entre la amplia gama de profesionales que ofrecen atención en salud mental en el En el contexto de la APS, los estudios mostraron la prevalencia de enfermeros, seguidos por médicos y psicólogos. En cuanto a la atención de salud mental ofrecida a las puérperas reportada en los estudios, el 32% tenía como objetivo la detección de trastornos mentales, seguido del tratamiento, con el 24%. Las derivaciones representaron el 18% de las acciones reportadas por los profesionales, mientras que los diagnósticos de trastornos representaron el 15% de las atenciones enumeradas. La atención dirigida a promover la salud mental de las mujeres en el posparto representó solo el 11% de las estrategias informadas en los estudios. **CONCLUSIÓN:** La identificación de déficits de suministro y atención de salud mental limitada puede resultar en una baja adherencia o tratamientos inadecuados, lo que lleva a resultados negativos. Para revertir esta situación, es fundamental garantizar un seguimiento adecuado para la atención integral de la salud de las mujeres en el posparto.

**Palabras clave:** Periodo Posparto; Atención Primaria de Salud; Salud Mental.

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um marco ímpar na vida da mulher que sonha em ser mãe e, até mesmo, em realidades na qual a mesma não a desejava. Este processo, de forma natural, ocasiona diversas modificações anatômicas, fisiológicas e emocionais (Frias; Ferreira; Sousa, 2021). Após o parto, todo o organismo da mulher tende a retornar à sua forma pré-gestacional, o que leva à reorganização não só de sua estrutura física como também de seus níveis hormonais (Rezende; Montenegro, 2018), podendo afetar gravemente a sua saúde mental (Teixeira et al., 2019).

Durante o puerpério, período posterior ao nascimento e a expulsão da placenta, devido a diversas modificações físicas e hormonais ocorridas desde a gravidez, a mulher tende a estar emocionalmente sensibilizada. Com a chegada do bebê, cria-se uma nova configuração familiar, e, dependendo de sua condição social e psicológica, este fator pode ser positivo ou negativo na vida da puérpera. Sem um núcleo de apoio, familiar e social, e acompanhamento na rede de saúde, tal cenário pode ser danoso a sua condição emocional (Maciel et al., 2019). Diversos acometimentos podem afetar a saúde mental da puérpera nesse período, como baby blues, depressão pós parto e psicose puerperal (Ministério da Saúde, 2006).

O *baby blues*, apresenta uma prevalência de 50% a 80% (Barros et al., 2023) e caracteriza-se com sintomas como: tristeza, choro, irritabilidade, ansiedade, insônia e fadiga. Sem o cuidado necessário, pode agravar-se e evoluir para a depressão pós-parto (Tosto et al., 2023). Esta, por sua vez, possui uma prevalência que varia de 74% em países em desenvolvimento, até 82,1% em países desenvolvidos (Santana et al., 2022). Nesses casos, destacam-se sintomas como: tristeza extrema, perda de peso, sentimento de inutilidade e ideação suicida, que podem prejudicar o vínculo entre mãe e filho, impedir o aleitamento materno e resultar em déficits no desenvolvimento físico e psicológico da criança (Mughal; Azhar; Siddiqui, 2022)

A psicose puerperal, embora apresente a menor prevalência, consiste na forma mais grave de sofrimento mental, acometendo cerca de 2 mulheres a cada 1000 partos (Kalra et al., 2022). Além das alterações de humor, seus sintomas incluem pensamento desorganizado, delírios e alucinações, que podem acarretar

ideações suicidas e atos criminosos, como o infanticídio (Friedman; Reed; Ross, 2023).

A oferta de serviços de saúde direcionados às puérperas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) deve perpassar todo o período gravídico até depois do parto (Garcia et al., 2021). Este nível de atenção em saúde é responsável pela realização da consulta puerperal, que consiste em uma consulta de seguimento que ocorre após o parto para avaliar a saúde da mulher e do recém-nascido. É neste momento em que o profissional os cuidados em saúde mental ofertarão os cuidados em saúde mental de acordo com a demanda de sua paciente (Santos et al., 2022b).

No âmbito da saúde mental, a assistência durante e após a gravidez, principalmente a ofertada pelos profissionais da APS, possui grande importância no rastreamento e identificação de sintomas iniciais de sofrimento mental; configura-se, portanto, uma estratégia que viabiliza a prevenção de quadros graves, e consequentemente, evitar riscos à puérpera e ao bebê (Santos et al., 2022a).

De acordo com relatório “*Integrating mental health into primary care: a global perspective*” (WHO; World Organization Of National Colleges, 2008), a integração dos cuidados em saúde mental com os cuidados primários é de extrema relevância, sendo que os cuidados em saúde mental no âmbito da APS incluem a identificação precoce de transtornos mentais, diagnósticos e tratamento dos mesmos, gestão dos pacientes estáveis encaminhamento para outros níveis quando necessário, bem como a promoção da saúde mental.

A consulta puerperal é uma das principais estratégias de promoção da saúde materno-infantil e deve ser realizada mínimo três consultas, sendo uma no terceiro dia após o parto, outra entre sete e 14 dias após o parto e a terceira, seis semanas depois, além de uma visita domiciliar na primeira semana após o parto (World Health Organization, 2022). Além disso, a consulta deve ser realizada por um profissional de saúde capacitado e que tenha conhecimento do histórico gestacional da puérpera, devendo abordar não só complicações comuns desse período, como hemorragias e infecções, muitas vezes causa do óbito materno, como também questões relacionadas à saúde mental (Pinto et al., 2021).

A não realização desta etapa crucial da atenção à saúde da mulher pode levar a um subdiagnóstico ou ao atraso na detecção de transtornos mentais, gerar sentimento de desamparo e aumentar o risco de abandono dos cuidados ofertados. Tal fato representa uma lacuna na assistência e configura-se no não cumprimento

de seus direitos em receber atendimento integral e humanizado (Costa; Caporal, 2022).

A falta de atenção à saúde mental de puérperas durante as consultas puerperais é uma problemática que pode trazer consequências graves para a saúde física e emocional das mulheres e de seus bebês, afetando o vínculo mãe-filho e da mesma com os seus familiares, causando complicações no desenvolvimento físico e cognitivo do bebê, interação e cuidados prejudicados com o filho e consigo mesma, padrões de sono e alimentação desregulados, e até condições mais graves como ideação de autoextermínio e infanticídio. Tais fatores podem prejudicar o desenvolvimento da criança, podendo postergar-se até sua fase adulta (Carvalho et al., 2019)

Além disso, em seu estudo, Silva et al. (2020), apresenta que a investigação sobre o estado emocional da mulher e suas vulnerabilidades sociais, estão entre as ações menos desenvolvidas pelos profissionais de saúde na assistência em saúde, o que é alarmante para a saúde pública mundial, visto que, segundo o relatório “*World Population Prospects*”, das 7,7 bilhões de pessoas no mundo até a data de publicação do documento, 3,82 bilhões eram mulheres (United Nations; Department Of Economic; Social Affairs, 2019).

Outro desafio é a ausência de orientações claras para os profissionais de saúde por meio dos órgãos de saúde que pode levar a práticas desiguais e não padronizadas de cuidado, podendo variar de acordo com o local de atendimento e a experiência do profissional (Passos; Arrais; Firmino, 2020).

Os resultados de uma revisão de escopo sobre os cuidados em saúde mental para puérperas podem ser utilizados para orientar a prática clínica e as políticas de saúde. Adicionalmente, podem fornecer informações padronizadas para os profissionais de saúde que atendem essas mulheres na APS, estabelecer protocolos claros para o atendimento, de modo que eles possam identificar adequadamente sinais precoces de acometimentos mentais e encaminhar, se necessário, para os serviços especializados.

Esta revisão traz como pergunta norteadora: “Quais são os cuidados em saúde mental ofertados às puérperas na Atenção Primária à Saúde de acordo com a literatura?” visando rastrear e mapear os principais estudos acerca da temática com o objetivo de identificar lacunas e, assim, incentivar a realização de mais

investigações que auxiliem no desenvolvimento do cuidado em saúde mental no contexto da APS às puérperas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos Gerais**

- Mapear a literatura científica acerca dos cuidados prestados à saúde mental de puérperas na Atenção Primária à Saúde.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar quais são os cuidados relacionados ao atendimento à saúde mental de puérperas que estão sendo realizadas no contexto da APS;
- Apresentar a relação estabelecida entre saúde mental de puérperas e os cuidados prestados no contexto da APS.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. Da exclusão à inclusão: a trajetória da Atenção Primária em Saúde e a valorização da Saúde da Mulher**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem, em sua trajetória, marcos importantes de reconstruções até consolidar-se como uma forte política de reforma dos sistemas de saúde vigentes (Bitton et al., 2019). A discussão acerca deste nível de atenção à saúde inicia-se no começo do século XX como uma forma de oferecer cuidados básicos de saúde para a população, principalmente em países em desenvolvimento (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), promoveram a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata na República do Cazaquistão, reunindo importantes entidades de todo o mundo com o objetivo de discutir estratégias para promover a saúde para todos até o ano 2000 (Sadeghi Bazargani et al., 2020).

Como principal produto deste evento, sintetizou-se a Declaração de Alma-Ata que teve grande impacto em políticas de saúde de vários países pelo mundo e direcionou o foco para a promoção da saúde e a APS. No entanto, muitos dos objetivos estabelecidos na Declaração de Alma Ata não foram alcançados até o ano 2000, e a APS continua sendo um desafio em muitos países (Hone; Macinko; Millett, 2018).

No Brasil, a APS emergiu como um pilar estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, em 1988. Cuidados primários passaram então a serem entendidos como um conjunto de medidas que abrangem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de doenças crônicas não transmissíveis, atendimento de emergência e reabilitação (Presidência da República, 1990).

Esses cuidados são oferecidos de maneira abrangente e integrada à população por meio de uma equipe multiprofissional interdisciplinar. Essa equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, além de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, a equipe pode contar com o auxílio de Agentes de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal,

como cirurgiões-dentistas e auxiliares ou técnicos em saúde bucal. Cabe a gestão municipal organizar as equipes de acordo com as características e necessidades do município (Ministério Da Saúde, 2011a).

No que se refere aos cuidados voltados à saúde da mulher, as primeiras políticas de saúde no Brasil foram focadas principalmente na gestação e parto, e refletiam uma visão limitada deste grupo, baseada em sua biologia e papel social na família. Esses programas, apesar de importantes para a redução da mortalidade materna e infantil, não contemplavam outras questões relevantes relacionadas à saúde feminina, como o controle de doenças ginecológicas, a prevenção de violência sexual, a saúde sexual e reprodutiva, entre outras (Gonçalves; Costa, 2019).

Os movimentos feministas criticavam a perspectiva reducionista desses serviços, visto que não atendiam às suas necessidades, pois eram ofertados somente em situações específicas, como o ciclo gravídico-puerperal. As manifestantes passaram a reivindicar por melhorias no serviço de saúde, solicitando que desempenhasse um papel central no apoio às mulheres desde antes da menarca até a menopausa e além, alcançando um cuidado holístico que relacionasse o bem estar fisiológico com as suas condições sociais, emocionais e econômicas (Frazão et al., 2022).

Como produto desta luta, houve a fundação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de garantir a saúde e o bem-estar das mulheres brasileiras, principalmente as mais vulneráveis e que tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, as ações de assistência pré-natal, parto e pós-parto (Souto; Moreira, 2021).

Para consolidar estes avanços, em 1984, criou-se a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que além dos objetivos citados acima, apresenta o compromisso do Estado em oferecer um atendimento holístico e qualificado às mulheres, integrando ações de saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento de doenças, saúde mental, além do estímulo à autonomia e participação ativa das mulheres nas decisões sobre sua saúde, reforçando a importância do cuidado contínuo e multidimensional, considerando as necessidades específicas e os contextos sociais das mulheres ao longo de suas vidas (Ministério da Saúde, 2004).

Com o tempo, a APS se tornou um importante instrumento de promoção da equidade de gênero, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres à saúde e à cidadania. As políticas públicas e os programas de saúde voltados para a mulher foram sendo ampliados e aprimorados ao longo das últimas décadas, sempre com o objetivo de garantir uma atenção integral e humanizada (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Na APS é onde são ofertadas as principais etapas do acompanhamento de toda a gestação (Garcia et al., 2021), tendo o pré-natal como principal vínculo da mulher com a equipe de saúde, que tem como papel acompanhar todas as fases da gravidez, avaliando e prevenir possíveis complicações maternas e fetais em gestantes de baixo risco, oferecer todas as orientações relacionadas à gestação, parto, puerpério, amamentação e cuidados com o bebê (Sousa; Andrade, 2022).

Além disso, a APS também é um espaço importante para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, incluindo os relacionados ao ciclo reprodutivo, como a síndrome pré-menstrual e a depressão pós-parto. Essas ações facilitam a prevenção de agravos, o encaminhamento para serviços especializados de atendimento e a intervenção adequada (Dixon et al., 2021).

### **3.2. Os desafios e vulnerabilidades do período puerperal**

#### **3.2.1. O corpo em transição: entendendo as mudanças fisiológicas durante o período puerperal**

Para Silva e Krebs (2021), o puerpério trata-se de um período sem definição concreta, haja vista que o mesmo tem seu término indefinido devido a amamentação que mantém a cascata de processos hormonais, tornando-se cronologicamente variável. De acordo com o MS, todavia, o período pós-parto refere-se à fase posterior ao nascimento e dequitação da placenta, e pode durar de seis meses a um ano. Diante de sua complexidade, este período pode ser dividido em até três fases: imediato, do 1º ao 10º dia após o nascimento; tardio, do 11º ao 45º dia; e o remoto, que se estende após o 45º dia (Ministério da Saúde, 2006).

Quanto às modificações fisiológicas do corpo da puérpera, ocorre a involução e reorganização anatômica de diversas estruturas que, durante o ciclo gravídico, estiveram circundando o espaço ocupado pelo útero. O útero, por sua vez, é o principal órgão que sofre o processo de involução, que inicia imediatamente após a dequitação da placenta e este se encontra acima da cicatriz umbilical. O órgão

apresenta-se na altura da cicatriz umbilical, cerca de 24 horas após o parto; em uma semana, o mesmo instala-se entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica e, então, com duas semanas, espera-se que não seja mais possível a sua palpação. Entre seis e oito semanas, o útero retorna a sua forma e tamanho do período pré-gravídico (Rezende; Montenegro, 2018).

Durante esse processo de redução do tamanho do útero, temos o retorno dos demais órgãos que o circundam aos seus lugares de origem. Com isto, ocorre a descompressão da bexiga; do diafragma, restabelecendo a respiração habitual; e de toda a porção gástrica (Rezende; Montenegro, 2018).

Outro fator importante quanto ao processo de involução do útero é a descamação da porção externa do endométrio, denominada lóquios, que sofre necrose já nos primeiros dias e é eliminado em forma de transudatos e exsudatos, durando cerca de quatro semanas. Durante esse período de expulsão dos lóquios, os mesmos sofrem alteração em sua cor e odor, passando de profuso e avermelhado para hialino e escasso (Silva; Krebs, 2021).

Quanto a região da vulva e vagina, em casos de lacerações, apesar do incômodo, tem-se a rápida cicatrização, porém, devido a alterações hormonais, a mucosa da vagina tende a sofrer uma descamação, tornando o ambiente atrófico, processo conhecido como crise vaginal e que dura de três a quatro dias (Rezende; Montenegro, 2018).

A regressão aos níveis normais do sistema cardiovascular leva até duas semanas para acontecer, visto que o débito cardíaco se eleva durante a gestação, o que auxilia na redução da pressão arterial venosa (Alves; Bezerra, 2020).

Enquanto todo o corpo se reorganiza em seu padrão normal, algumas estruturas, como as glândulas mamárias, continuam agindo no puerpério. Diante do processo fisiológico natural, no qual o hipotálamo, por meio da dopamina, inibe a produção de prolactina advinda da adeno-hipófise, o organismo da puérpera necessita de outros estímulos para auxiliar na produção da mesma. Este estímulo vem da sucção do leite e do aumento de estrógeno e progesterona. Com isso, tem-se o processo de lactogênese, produção de leite, e a mamogênese, processo de desenvolvimento das glândulas mamárias que se inicia na puberdade e se completa na gravidez (Guyton; Hall, 2017).

### **3.2.2. A montanha-russa emocional do puerpério: compreendendo as oscilações no período pós-parto**

Diante de todas essas alterações e reformulações que o corpo da mulher sofre no período pós-parto, há a necessidade de atentar-se quanto à sensibilidade ocasionada, sobretudo, pela queda abrupta dos hormônios que podem ter um impacto significativo na saúde mental das mesmas. Os principais hormônios envolvidos nesse processo são estrogênio, progesterona, que tendem a cair abruptamente causando sintomas de tristeza, irritabilidade e depressão pós-parto; e a prolactina, que por ser responsável pela produção do leite, aumentam substancialmente podendo contribuir para sintomas de ansiedade e depressão (Zinga; Phillips; Born, 2005).

Essas flutuações hormonais, combinadas com outros fatores psicossociais, genéticos e ambientais, proporcionam riscos, em diferentes níveis, à sua saúde mental e emocional. Neste momento, a puérpera está adequando sua vida para a presença de um novo integrante e isso necessita de adaptação individual, familiar e social (Campos; Féres-Carneiro, 2021)

Diversos são os sofrimentos mentais que podem acometer a mulher nesse período de sensibilidade emocional, ora pela forma que diferentes organismos reagem a fatores estressantes, ora por passarem despercebidos, devido ao processo de transformação do corpo (Pontes et al., 2023).

Quanto a classificação desses transtornos puerperais, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) publicado pelo MS, apresenta a categoria F53, denominada “Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte”, que engloba as alterações mentais e comportamentais específicas que ocorrem durante o período pós-parto. Já a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), apresenta os acometimentos do período puerperal, iniciados até quatro semanas após o parto, como especificadores e não como um transtorno específico (American Psychiatric Association (APA), 2014; Wells et al., 2011).

Dentre os transtornos mentais que acometem a puérpera, temos que os principais são disforia puerperal, também conhecida como *baby blues*, depressão pós parto (DPP) e psicose pós-parto (Ministério da Saúde, 2013).

### 3.2.2.1. Baby blues

Disforia puerperal, ou *baby blues*, caracteriza-se por um período de oscilações emocionais que acomete a mulher logo após o parto, podendo permanecer apenas durante o pós-parto imediato mas que, sem o cuidado necessário, prolonga-se ao tardio. Os sintomas do *baby blues* incluem sentimentos de tristeza, choro fácil, irritabilidade, ansiedade, insônia, fadiga, mudanças de humor e dificuldade de concentração (Andrade; Catelan-Mainardes, 2022).

Embora seja comum, o processo fisiopatológico exato do *baby blues* ainda não é completamente compreendido, mesmo que alguns autores relacionam a ocorrência deste acometimento com as alterações significativas nos níveis de cortisol, que ocorre após o parto e a dequitação da placenta (Garcia-Leal et al., 2017).

Em seus resultados, Andrade e Catelan-Mainardes (2022) apresentam os fatores de riscos para *baby blues* indicando que mulheres primíparas apresentam maior suscetibilidade em experienciar este quadro quando comparado a mulheres múltiparas, que parecem estar mais protegidas da desestabilização emocional que ocorre nos primeiros dias após o nascimento do bebê.

Já em revisão sistemática da literatura sobre a prevalência do *baby blues* que considerou estudos observacionais realizados nos Estados Unidos e países da Ásia e Europa, identificou uma taxa de prevalência de 39% (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). No Brasil, Faisal-Cury e Menezes (2006) investigaram a prevalência e fatores associados ao *baby blues* em mulheres de São Paulo e encontraram que 53,3% das mulheres apresentaram sintomas de *baby blues*. O estudo também identificou associação a fatores como falta de apoio social e presença de sintomas depressivos prévios ao parto.

Especialistas discordam sobre as abordagens para o diagnóstico do *baby blues*, sendo uma barreira importante para o manejo abrangente do acometimento. Isso pode ser atribuído à falta de uma definição específica de *baby blues* com base em padrões internacionais (Barros et al., 2023). Existem algumas escalas de avaliação de sintomas emocionais após o parto que podem ajudar a identificar a presença do *baby blues*, como a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) que avalia os sintomas de depressão pós-parto, mas também pode ser usada para avaliar os sintomas do *baby blues* (Ntaouti et al., 2020).

Para o tratamento, Vitale et al. (2016) descobriu que o uso de drogas que afetam o humor e antidepressivos, juntamente com as precauções apropriadas, como apoio familiar, podem auxiliar no manejo dos sintomas do *baby blues*.

### **3.2.2.2. Depressão Pós Parto**

A DPP, classificada como um subtipo de transtorno depressivo maior no DSM-5, é uma condição neurológica que acomete a mulher logo após o parto e que, semelhante a depressão profunda, causa extrema tristeza, irritabilidade, desespero e falta de esperança. Contudo, a apresentação clínica da DPP pode variar bastante e é comum que os sintomas de ansiedade sejam mais frequentes nesse período do que em outras fases da vida (Pedrosa; Silva; Miranda, 2020).

Quanto aos fatores de risco, Nascimento et al. (2022) apresenta como resultado de sua revisão sistemática que os mesmos têm relação entre si e podem ser agrupados em cinco categorias, sendo elas: sociodemográficos, na qual a idade é o principal fator; psicológicos, onde a história prévia de sofrimentos mentais da puérpera e dos familiares são relevantes; sociais, enfatizando os apoios emocionais e financeiros; físicos/hormonais, associado à síndrome pré-menstrual; e físicos/obstétricos, onde o número de partos é significativo na ocorrência de DPP.

Em revisão integrativa, Santana et al. (2022), apresenta que a ocorrência da DPP varia de acordo com o desenvolvimento do país, sendo que em países desenvolvidos a taxa está em torno de 10% a 15% e em países subdesenvolvidos pode alcançar a margem dos 60%.

Ainda nesta revisão, no contexto do Brasil, o autor apresenta estudos realizados em populações específicas em que há variação de porcentagem na taxa de DPP. Isto acontece devido ao tipo de instrumento utilizado, e sua especificidade em depressão; ao serviço de saúde disponibilizado, sua qualidade, bem como o seu acesso; e a fatores socioeconômicos e culturais das populações estudadas. Esses números variaram entre 16,5% a 39,4% e apenas cerca de 50% dos casos são diagnosticados (Monteiro et al., 2020; Santana et al., 2022).

Em outro estudo realizado por Shuman et al. (2022) no contexto da pandemia de COVID-19, utilizando o instrumento EPDS em 670 pacientes no período de pós-parto, teve em seu resultado que 1 em cada 3 participantes

apresentou resultado positivo para depressão pós-parto e 1 em cada 5 apresentou sintomas depressivos maiores.

O diagnóstico da DPP geralmente envolve uma avaliação clínica por um profissional de saúde mental qualificado, como o psiquiatra e psicólogo. Esse é baseado na avaliação dos sintomas e do histórico médico da mãe. Os critérios necessários para que o diagnóstico seja concretizado incluem presença de sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto, sendo que esses não estão relacionados a outras condições médicas ou interações medicamentosas, e que interferem no cuidado e segurança da mãe e do bebê (Bomfim et al., 2022).

Além do rastreio clínico, os profissionais de saúde podem utilizar ferramentas, como instrumentos validados e padronizados, que auxiliarão na avaliação dos pacientes para definir a gravidade dos sintomas e monitorar a progressão do tratamento (Aquino et al., 2022).

O EPDS é um dos questionários mais comumente usados para avaliar a depressão pós-parto. O instrumento contém 10 questões auto aplicáveis que avaliam a presença e a intensidade dos sintomas nos últimos sete dias, sendo muito conveniente para profissionais não médicos que desejam realizar uma avaliação rápida e simples (Moraes et al., 2017).

O tratamento para a depressão pós-parto pode variar dependendo da gravidade dos sintomas e das necessidades individuais da paciente. Geralmente, o tratamento inclui uma combinação de terapia e medicamentos, podendo ser acrescidos de atividades físicas e até eletroconvulsoterapia (Silva et al., 2020).

### **3.2.2.3. Psicose Puerperal**

A psicose puerperal, considerada uma condição psiquiátrica grave, caracteriza-se por sintomas psicóticos, como alucinações, delírios, pensamento desorganizado, alterações de humor e de comportamento e ideias suicidas ou homicidas. Estes sintomas podem iniciar logo nos primeiros dias após o parto, embora o período médio até o início seja de 2 a 3 semanas. Devido a sua relação com os quadros de transtornos de humor, sobretudo bipolar e depressivo, a psicose puerperal foi classificada no DSM-5 como subtipo do transtorno bipolar (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A maior preocupação quanto a este quadro refere-se aos sintomas mais graves, na qual a paciente apresenta risco para si e para o bebê. Estes sintomas podem variar entre alucinações a ideações criminosas na qual a mulher pode cometer atos graves como, por exemplo, o infanticídio que, segundo o Código Penal Brasileiro (Presidência da República, 1940), em seu artigo 123, caracteriza-se quando a mulher, sob a influência do estado puerperal, atenta contra a vida de seu filho, podendo sofrer reclusão de 2 a 6 anos. Sadock, Sadock e Ruiz (2017), apresenta números de estudos referentes a psicose puerperal onde 4% cometeram infanticídio e outros 5% das pacientes cometeram suicídio.

Diante de todos estes possíveis acometimentos à saúde mental da puérpera bem como a gravidade dos mesmos, Peres et al. (2020), em uma revisão de literatura, ressalta que estes interferem diretamente no desenvolvimento da criança, como na atividade cerebral, motricidade, alimentação, qualidade do sono, podendo ser prejudicial ao emocional do mesmo até sua fase adulta.

A condição afeta cerca de 1 a 2 em cada mil mulheres após o parto e mesmo com a taxa de prevalência considerada baixa, os fatores de risco que podem levar ao quadro de psicose estão relacionados com transtornos psiquiátricos prévios, seja da própria puérpera ou em seu histórico familiar (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

O diagnóstico é feito por um profissional de saúde mental, como um psiquiatra ou psicólogo clínico, que avalia a paciente para determinar se ela está experimentando sintomas psicóticos. Spinelli (2021) propôs em seu artigo que a psicose pós parto deveria ser incluída no DSM-5 como um diagnóstico separado das outras psicoses, visto que ao ser assemelhada com outras desta classe, sintomas graves deixam de ser reconhecidos e tratados.

Ainda neste estudo, Spinelli (2021) ressalta que o diagnóstico de psicose puerperal deveria ser realizado levando em consideração os sintomas incomuns aparentes neste tipo de condição. Outros fatores a serem considerados seriam o histórico psiquiátrico, sociodemográficos e sociais; ambientais, bem como desregulação do sistema biológico.

O uso de medicamentos durante o período de transtornos do humor é abordado nas Diretrizes Australianas de Prática Clínica para Transtornos do Humor (Malhi; Gessler; Outhred, 2017) e no estudo de Tinkelman; Hill e Deligiannidis (2017), com recomendações que ao tomar decisões clínicas, é importante considerar os riscos associados ao tratamento, bem como a falta do mesmo. Embora a

segurança dos medicamentos deva ser considerada, o conhecimento sobre medicamentos que foram eficazes no tratamento anterior do paciente pode ser extremamente útil.

A combinação de lítio, antipsicóticos e benzodiazepínicos pode ser eficaz como tratamento farmacológico, e a terapia eletroconvulsiva pode ser necessária em alguns casos. O tratamento de longo prazo e a prevenção de episódios futuros devem ser personalizados com base no histórico psiquiátrico da paciente, suas preferências, histórico de resposta e os riscos potenciais do tratamento, bem como o desejo de amamentar (Tinkelman; Hill; Deligiannidis, 2017).

É importante destacar que os transtornos do humor em muitas pacientes não são eventos isolados, mas sim um episódio inicial ou recorrente de uma doença episódica ou crônica, exigindo um monitoramento de longo prazo. Além disso, é fundamental lembrar que a psicose puerperal é uma emergência médica e deve ser tratada imediatamente (Tinkelman; Hill; Deligiannidis, 2017).

### **3.3. Saúde mental da puérpera na atenção primária em saúde: a importância do cuidado no pós parto.**

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se no final da década de 1970, durante o processo de democratização do país e a reformulação do sistema de saúde. Essa reforma questionou os saberes e práticas tradicionais da psiquiatria, sendo um marco importante sobre os cuidados em saúde mental no Brasil, tendo como objetivo principal a desinstitucionalização e a humanização do tratamento para pessoas com transtornos mentais (Andrade; Maluf, 2017).

No contexto dos cuidados primários em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças relevantes no tipo de assistência prestada. Pessoas que apresentavam transtornos mentais, independente do gênero, eram internadas em manicômios. Com essa transformação, houve uma mudança no modelo de atenção à saúde mental, onde os pacientes passaram a ser atendidos em serviços comunitários e interdisciplinares (Degner et al., 2021).

O estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, objetivou a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade e a articulação dos pontos de atenção das redes de saúde no território, incluindo a APS, que se configura como o ponto de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Logo, é fundamental que a APS esteja

capacitada para identificar, acolher e atender as mulheres em sofrimento mental (Ministério da Saúde, 2011b).

Em 2000, o MS criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, e garantindo o acesso, a melhoria da cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal (Ministério da Saúde, 2000). No entanto, é importante ressaltar que o programa não dá a devida ênfase à importância da consulta puerperal e da avaliação da saúde mental da puérpera, mesmo que estas sejam questões cruciais para a garantia da saúde integral da mulher no pós-parto. Tal fato, é novamente afirmado na PNAISM, quando relata a falta de consolidação do cuidado no puerpério visto que este momento é utilizado pelos profissionais para prover a assistência apenas ao recém-nascido (Ministério da Saúde, 2004).

Durante o acompanhamento no pré-natal, é de suma importância que, além do cuidado clínico gestacional, a equipe de saúde atente-se aos fatores que podem comprometer a saúde mental da gestante. É neste momento que os profissionais podem avaliar ocorrência de transtornos ou sofrimentos mentais anteriores à gestação e a presença de algum deles durante a gravidez, a fim de prevenir futuros agravos na saúde mental da puérpera, visto que, tais complicações, podem implicar em danos permanentes à mãe e ao bebê (Maciel et al., 2019).

A consulta puerperal deve ser realizada no mínimo três vezes, sendo uma no terceiro dia após o parto, outra entre sete e 14 dias após o parto e a terceira, seis semanas após o parto. Além dessas consultas, também é recomendada uma visita domiciliar na primeira semana após o parto (WHO, 2022). Estes encontros, têm como objetivo fornecer cuidados contínuos que atendam às reais necessidades de saúde no período pós-parto (Pinto et al., 2021).

No contexto brasileiro, as investigações sobre o período pós-parto se concentram principalmente no puerpério imediato e tardio, com ênfase no aleitamento materno e foco na saúde da criança. Em estudos internacionais, o puerpério remoto tem sido investigado por um intervalo de até dois anos e meio após o parto, com maior atenção dada à DPP, enquanto as outras possibilidades de acometimentos mentais do puerpério não são abordadas (Baratieri; Natal, 2019).

Segundo Lima *et al.* (2017), a presença de sintomas depressivos durante a gestação tende a ser pouco valorizados pelas gestantes, ora por falta de

conhecimento acerca das complicações que os mesmos acarretam, ora por acreditarem que fazem parte do processo gestacional. Com essa situação, surge uma barreira que dificulta o rastreamento dessas alterações emocionais pelos profissionais de saúde, já que os mesmos não têm conhecimento acerca de instrumentos ideais para utilizar na sistematização da saúde mental da mulher (Sousa; Andrade, 2022).

Para mudar tal realidade, programas de rastreamento de transtornos mentais típicos do puerpério podem contribuir para a melhoria nos cuidados primários das mulheres neste período, mesmo em áreas de baixa renda e com tecnologias de baixo custo (Baratieri; Natal, 2019).

O EPDS é um exemplo de tecnologia de baixo custo que pode ser utilizada por enfermeiros da APS na consulta puerperal. Em seu estudo realizado em Hong Kong, Leung *et al.* (2011) apresentou que as mães que passaram por um programa de triagem de DPP utilizando o instrumento, apresentaram melhores resultados em relação à saúde mental quando comparadas àquelas que não foram triadas. Portanto, em um ambiente de APS, a utilização de uma ferramenta simples como o EPDS pode aprimorar a identificação de sofrimentos mentais.

Diversos são os acometimentos que podem comprometer a saúde mental das mulheres, portanto, não se pode discutir sobre este assunto baseando-se exclusivamente em aspectos biológicos, tais como o metabolismo, ciclos reprodutivos e hormônios. É essencial incluir a perspectiva de gênero e compreender como ela afeta as relações sociais e as condições de saúde da população feminina (Sousa; Andrade, 2022).

Outras variáveis da vida da mulher também impactam a sua saúde mental e devem ser consideradas pelos serviços de APS, como: idade, escolaridade, estado civil, hábitos alimentares e de sono, e se a mesma está inserida em um contexto violento (Senicato; Azevedo; Barros, 2018).

Outros fatores de risco para a ocorrência de transtornos mentais no público feminino são referentes à desvalorização profissional, além da dupla jornada de trabalho e da responsabilidade de cuidar da família. Esses fatores contribuem para a diminuição da autoestima, juntamente com as mudanças corporais esperadas no processo de envelhecimento, que impactam a autoimagem feminina e aumentam o sofrimento psicológico (Cavalcante; Silva, 2011).

Diante deste cenário e da importância do pré-natal, presente no contexto da APS, cabem aos profissionais destas unidades capacitar-se acerca dos possíveis transtornos mentais que podem acometer a gestante durante e após a gravidez, para que os mesmos possam fornecer o cuidado integral tanto nos fatores clínicos quanto emocionais.

A identificação dos sintomas desses transtornos ainda no pré-natal é de suma importância no rastreio e prevenção de futuros agravos que possam comprometer a saúde mental da puérpera, bem como o desenvolvimento do RN. Cabe, portanto, às equipes estabelecerem práticas preventivas e de promoção da saúde mental, como rodas de conversa e planejamento familiar, criando, assim, o laço de confiança para que a mulher expresse suas preocupações e sentimentos.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Revisão de Escopo

Trata-se de uma revisão de escopo, que tem como objetivo sintetizar evidências e, com isso, determinar os principais conceitos, estudos e lacunas sobre determinada área de conhecimento. Logo, este tipo de revisão não tende a avaliar a qualidade dos estudos realizados, mas sim fornecer uma visão geral das evidências encontradas (Tricco *et al.*, 2018).

A estrutura de uma revisão de escopo foi originalmente proposta por Arksey e O'Malley (2005) e tem sido influente na condução desse tipo de revisão. Sua estrutura foi aprimorada ainda mais pelo trabalho de Levac *et al.*, (2010), na qual o mesmo fornece detalhes sobre o que ocorre em cada etapa do processo de revisão, tornando mais claro e rigoroso este passo a passo. Ambas as estruturas sustentaram o desenvolvimento da abordagem *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a realização de revisões de escopo (Peters *et al.*, 2020).

Para este estudo foram adotados os passos do protocolo proposto pelo Manual de Síntese de Evidências do *JBI* para revisões de escopo, são eles: definição do título e da questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos/fontes de evidência, extração dos dados, análise e apresentação dos resultados, descrição das conclusões e recomendações de pesquisas futuras (Peters *et al.*, 2020), que serão descritos a seguir.

Com o objetivo de assegurar a reprodutibilidade, transparência e consistência dos métodos empregados na revisão de escopo, a estrutura, o instrumento e o formulário elaborados para esta revisão foram fundamentados nas normas de desenvolvimento do protocolo de revisão de escopo do *JBI Institute* (Peters *et al.*, 2020). O protocolo referente ao presente estudo está registrado no Open Science Framework (OSF) sob o doi: DOI 10.17605/OSF.IO/43GX9 (apêndice 01).

### 4.2. Questão norteadora

A estratégia mnemônica PCC, é uma técnica que auxilia na construção da pergunta de pesquisa, na qual temos como significado P- população, C- conceito e C- Contexto. A mesma foi utilizada na construção da pergunta de pesquisa, definida como: “Quais são os cuidados em saúde mental ofertados às puérperas na Atenção

Primária à Saúde de acordo com a literatura?”. Logo, a população confere as puérperas, mulheres no período pós-parto, fase posterior ao nascimento e dequitação da placenta, e pode durar de seis meses a um ano (Ministério da Saúde, 2020); o conceito, cuidado em saúde mental; e, o contexto, a Atenção Primária em Saúde.

### **4.3. Critérios de elegibilidade**

Os critérios de inclusão desta revisão de escopo foram:

- Artigos qualitativos e quantitativos;
- Estudos publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola;
- Estudos que abordam os cuidados em saúde mental de puérperas na APS, considerando cuidados em saúde mental como identificação precoce de transtornos mentais, diagnósticos e tratamento dos mesmos, gestão dos pacientes estáveis encaminhamento para outros níveis quando necessário, bem como a promoção da saúde mental e prevenção de agravos;
- Estudos publicados a partir do ano de 1978, ano de promulgação da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, quando iniciaram as discussões acerca da APS, até agosto de 2023.
- Literatura cinzenta, na qual selecionamos teses e dissertações, por conter discussão significativa sobre os princípios, abordagens e conceitos relacionados aos cuidados em saúde mental de puérperas na atenção primária.

Os critérios de exclusão foram:

- Cartas aos editores, pontos de vista, anais de conferências, boletins informativos, relatórios, documentos governamentais e parlamentares, comunicações informais, traduções, dados de censo, relatórios de pesquisa, relatórios técnicos, padrões, patentes, vídeos, ensaios clínicos e diretrizes práticas, e-prints, preprints, artigos wiki, e-mails, blogs, arquivos de dados de pesquisa e dados científicos, conteúdo de repositórios; uma vez que o presente estudo focalizou a literatura acadêmica que apresentassem discussão significativa sobre os princípios, abordagens e conceitos

relacionados aos cuidados em saúde mental de puérperas na atenção primária.

- Revisões de literatura de quaisquer tipos, pois pode levar a um viés na síntese de evidências.

#### **4.4. Estratégias de buscas**

De acordo com as normas do JBI, a estratégia de busca para uma revisão de escopo deve abarcar o maior número de dados possíveis, considerando as limitações de tempo e recursos disponíveis. Além disso, qualquer restrição em relação à extensão e abrangência da busca deve ser minuciosamente descrita e justificada (Peters *et al.*, 2020).

Como etapa fundamental de definição da estratégia de busca, em março e abril de 2023, foi realizado um treinamento na Biblioteca Seccional Campus Colemar Natal e Silva (BSCAN) da Universidade Federal de Goiás (UFG) a fim de capacitar a equipe na utilização das ferramentas de busca disponíveis nas plataformas de acesso à informação científica. Durante o treinamento, foram apresentadas as estratégias de como realizar a seleção dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), *Medical Subject Headings* (MeSH) e palavras-chave, como selecionar as bases de dados apropriadas para o presente estudo, bem como a demonstração de como realizar buscas nas mesmas.

Foram selecionadas as bases que abarcam produções científicas mundiais e de caráter multidisciplinar, além de estudos nacionais e da América Latina. São elas: Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Pubmed*, *Medline* (via PUBMED), LILACS (via BVS), Elsevier, além das bases que indexam literatura cinzenta, que foram Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e Google Acadêmico.

Para a seleção dos descritores/palavras-chaves utilizadas nas buscas, foram realizadas consultas nos sites dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs)(<https://decs.bvsalud.org/>) e *Medical Subject Headings* (MeSH) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) dos termos apresentados na estratégia PCC, sendo eles puérpera, saúde mental e atenção primária à saúde, que foram elencados nas línguas português, inglês e espanhol. Após essa busca, foram realizadas leituras de artigos relacionados aos temas abordados na estratégia PCC

para que fossem selecionados termos livres/palavras-chave utilizados na indexação dos estudos.

Foram utilizadas, portanto, as seguintes palavras-chave em inglês “Postpartum Period”, “Mental Health”, “Primary Health Care”, “Mental Health Assistance” “Mental hygiene”; em espanhol “Periodo Posparto”, “Salud Mental”, “Atención Primaria de Salud”, “Atención a la Salud Mental” e em português “Período Pós-Parto”, “Saúde mental”, “Atenção Primária à Saúde” e “Assistência à Saúde Mental” nas bases de dados incluídas.

Destaca-se que os estudos foram recuperados por meio do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) nas bases de dados disponíveis no Portal de Periódicos da CAPES, da Universidade Federal de Goiás. Este acesso envolve a aquisição, por parte da universidade, de materiais científicos que não estão disponíveis em acesso aberto.

**Quadro 1:** Estratégias de buscas utilizadas nas bases de dados. Goiânia. Goiás. 2023

Bases de dados	Estratégias de buscas
Pubmed	(((Postpartum Period) OR (puerperium) OR (postpartum) OR (postpartum women) AND ((booksdocs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1978:2023[pdat]))) AND ((Primary Health Care) OR (Primary healthcare) OR (Primary care) AND ((booksdocs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1978:2023[pdat]))) AND ((Mental Health) OR (Mental hygiene) OR (Mental Health Assistance) AND ((booksdocs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1978:2023[pdat]))))
CINAHL (EBSCO)	(postpartum period or postnatal care or postpartum or puerperium or postnatal) OR postpartum OR puerperium OR postpartum women) AND "Primary Health Care" OR "Primary healthcare" OR "Primary care" AND "Mental Health" OR "Mental hygiene" OR "Mental Health Assistance")
LILACS (via BVS)	(("Postpartum Period" ) OR ("Período Pós-Parto") OR ("Periodo Posparto") OR ("Puerpério") OR (puerperium) OR (postpartum) OR (postpartum women) AND ( db:("LILACS") AND la:("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[1978 TO 2023])) AND (("Atenção primária à saúde") OR ("Primary Health Care") OR ("Atención Primaria de

	Salud") OR ("Primary healthcare") OR ("Primary care") AND ( db:("LILACS") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[1978 TO 2023])) AND (("Saúde mental") OR ("Mental Health") OR ("Salud Mental") OR ("Mental hygiene") OR ("Transtornos Puerperais") OR ("Puerperal Disorders") OR ("Trastornos Puerperales") AND ( db:("LILACS") AND la:("en" OR "pt" OR "es"))) AND (year_cluster:[1978 TO 2023]))
Scopus (Elsevier)	( ( TITLE-ABS-KEY ( "Período Pós-Parto" ) OR TITLE-ABS-KEY ( puerpério ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Postpartum Period" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Periodo Posparto" ) OR TITLE-ABS-KEY ( puerperium ) OR TITLE-ABS-KEY ( postpartum ) OR TITLE-ABS-KEY ( "postpartum women" ) ) AND PUBYEAR > 1977 AND PUBYEAR < 2024 ) AND ( ( TITLE-ABS-KEY ( "Atenção primária à saúde" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Primary Health Care" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Atención Primaria de Salud" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Primary healthcare" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Primary care" ) ) AND PUBYEAR > 1977 AND PUBYEAR < 2024 ) AND ( ( TITLE-ABS-KEY ( "Saúde mental" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Mental Health" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Salud Mental" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Mental hygiene" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Mental Health Assistance" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Atención a la Salud Mental" ) ) ) AND PUBYEAR > 1977 AND PUBYEAR < 2024 ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Portuguese" ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) OR LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ch" ) OR LIMIT-TO ( DOCTYPE , "bk" ) )
Web of Science	ALL=("Postpartum period") OR (Puerperium) OR (Postpartum) OR ("Postpartum women") ) and Artigo or Capítulos de livros (Tipos de documento) and 2024 or 2023 or 2022 or 2021 or 2020 or 2019 or 2018 or 2017 or 2016 or 2015 or 2014 or 1997 or 1996 or 1995 or 1994 or 1993 or 1992 or 1991 or 1990 or 1989 or 1988 or 1987 or 1986 or 1979 or 1980 or 1981 or 1982 or 1983 or 1984 or 1985 or 1978 or 2013 or 2012 or 2011 or 2010 or 2009 or 2008 or 2007 or 2006 or 2005 or 2004 or 2003 or 2002 or 2001 or 2000 or 1999 or 1998 (Anos da publicação) and English or Spanish or Portuguese (Idiomas) AND ((ALL=(Primary Health Care)) OR ALL=(Primary healthcare)) OR ALL=(Primary care) and Artigo or Capítulos de livros (Tipos de documento) and 2024 or 2023 or 2022 or 2021 or 2020 or 2019 or 2018 or 2017 or 2016 or 2015 or 2014 or 2003 or 2002 or 2001 or 2000 or 1999 or 1998 or 1997 or 1996 or 1995 or 1994 or 1993 or 1992 or 1991 or 1990 or 1989 or 1988 or 1987 or 1986 or 1985 or 1984 or 1983 or 1978 or 1979 or 1980 or 1981 or 1982 or 2013 or 2012 or 2011 or 2010 or 2009 or 2008 or 2007 or 2006 or 2005 or 2004 (Anos da publicação) and English or Portuguese or Spanish (Idiomas) AND ((ALL=(Mental Health)) OR ALL=(Mental hygiene)) OR ALL=(Mental Health Assistance) and Artigo or Capítulos de livros (Tipos de documento) and English or Spanish or Portuguese (Idiomas) and 2024 or 2023 or 2022 or 2021 or 2020 or 2019 or 2018

	or 2017 or 2016 or 2015 or 2014 or 2013 or 2012 or 2011 or 2010 or 2009 or 2008 or 2007 or 2006 or 2005 or 2004 or 2003 or 2002 or 2001 or 1999 or 2000 or 1998 or 1997 or 1996 or 1995 or 1994 or 1993 or 1992 or 1991 or 1990 or 1989 or 1988 or 1987 or 1986 or 1985 or 1984 or 1983 or 1982 or 1981 or 1980 or 1979 or 1978 (Anos da publicação)
EMBASE (Elsevier)	('puerperium' OR 'postpartum' OR 'postpartum women') AND ('primary health care' OR 'primary health access') AND ('mental health' OR 'mental hygiene' OR 'mental health care') AND 'article'/it AND [embase]/lim
Catálogo de teses e dissertações - CAPES	“Período Pós-Parto” OR Puerpério AND “Atenção primária à saúde” AND “saúde mental” AND “Assistência à Saúde Mental”
Google Acadêmico	“Período Pós-Parto” OR Puerpério AND “Atenção primária à saúde” AND “saúde mental” AND “Assistência à Saúde Mental”

#### 4.5. Seleção dos estudos

As normas da JBI preconizam que a etapa de seleção deve ser descrita de forma que todo o processo de triagem esteja fidedigno e claro a fim de que os procedimentos utilizados possam dissolver divergências entre os revisores (Peters *et al.*, 2020).

Após a busca nas bases de dados, todos os registros identificados foram transferidos para o *software Rayyan* QCRI 0.1.0. para a exclusão das referências duplicadas e auxílio no processo de triagem inicial dos manuscritos pelo sistema de automação. O *software* permite que esse processo seja realizado com cegamento pelos revisores, dando maior confiabilidade no processo de seleção dos estudos na análise dos mesmos (Ouzzani *et al.*, 2016). O recurso utilizado para o gerenciamento das referências foi o *software online Zotero* 6.0.

Nesta revisão, a seleção dos estudos foi realizada em duas fases, como preconizado pela JBI (Peters *et al.*, 2020). Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados nas bases de dados e aqueles que não abordarem o tema cuidado em saúde mental de puérperas na APS, foram excluídos. Em um segundo momento, os textos completos, selecionados com a leitura de título e resumo na etapa anterior, foram lidos na íntegra, sendo excluídos aqueles que não responderem à questão de pesquisa.

Todas estas etapas foram realizadas com a estratégia de revisão por pares, na qual dois integrantes realizaram igualmente cada etapa de forma independente e cegada, a fim de garantir confiabilidade e consistência dos dados extraídos. Não foi

necessária a análise de um terceiro revisor, etapa preconizada para casos de discordância. Ademais, as diretrizes do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher *et al.*, 2009) foram adotadas para a sistematização da inclusão dos estudos que integram a presente revisão, cujo fluxo apresenta-se na Figura 1, na seção de resultados.

#### **4.6. Consulta**

Arksey e O'Malley (2005) apresentam a etapa de consulta como opcional, apesar de acreditarem ser um componente essencial para o rigor metodológico de uma revisão de escopo. Esta etapa consiste em buscar informações, bem como perspectivas e significados complementares, além das encontradas na busca de dados. Caso necessário, o autor poderá consultar listas de referências, experts e as referências dos artigos selecionados para o cumprimento desta etapa.

#### **4.7. Extração dos dados**

Para a extração dos dados, todos os estudos foram anexados no *software Rayyan* e, por meio da revisão por pares de revisores, foi utilizado um formulário de mapeamento proposto pelo *JBI Manual for Evidence Synthesis*, adaptado de acordo com os objetivos desta revisão (Peters *et al.*, 2020) (apêndice 02). Os dados extraídos dos estudos selecionados para compor a revisão, foram adicionados em uma planilha do Excel 2108. O formulário contempla as seguintes informações:

- Título;
- Autor(es) do estudo;
- País de realização do estudo;
- Ano de realização do estudo;
- Metodologia;
- Objetivo do estudo;
- Área de cuidado;
- Tipo de cuidado de saúde mental;
- Profissional que realiza o cuidado.

#### **4.8. Análise dos Dados e Síntese dos Resultados**

De acordo com a abordagem JBI, existem diversas formas de analisar os dados em uma revisão de escopo. É imprescindível que a análise seja transparente

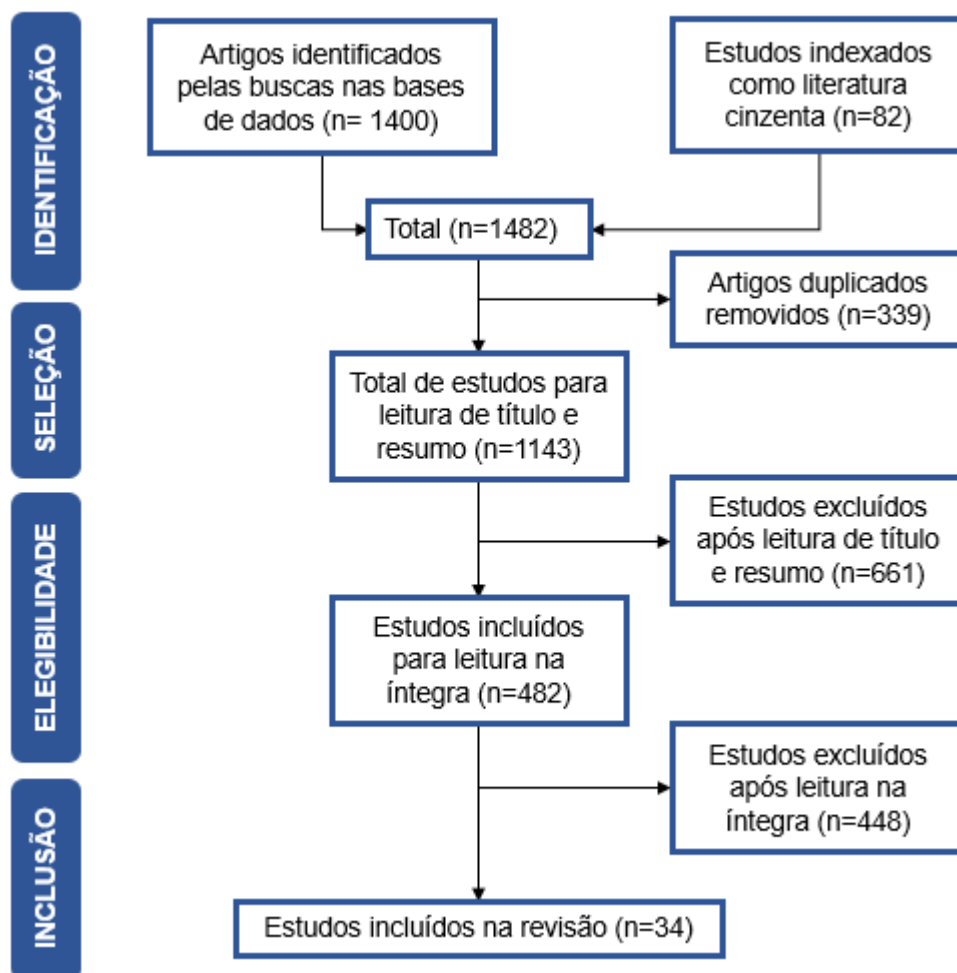
e justificada. Embora seja possível realizar análises mais detalhadas, como a análise de conteúdo qualitativa descritiva, as revisões de escopo geralmente se limitam a análises descritivas, pois a avaliação das evidências é mais adequada para revisões sistemáticas (Peters *et al.*, 2020).

Os seguintes dados: distribuição dos artigos conforme base de dados, países na qual os estudos foram realizados, ano de publicação, área de cuidado e profissionais que ofertam o cuidado foram analisados quantitativamente a partir de gráficos e tabelas. Já os dados qualitativos, coletados após leitura aprofundada, foram analisados por meio da análise descritiva de conteúdo qualitativo, método proposto pelo JBI e que consiste em oferecer uma síntese dos dados codificados relacionados a uma categoria específica, ou seja, a codificação e categorização dos cuidados em saúde mental identificados nos estudos analisados (Peters *et al.*, 2020).

## 5. RESULTADOS

As buscas dos artigos em todas as bases de dados foram conduzidas nos dias 15, 16 e 17 de agosto de 2023. Seguindo os parâmetros estabelecidos na estratégia de buscas, foram elencados 1482 artigos para serem analisados de acordo com os critérios metodológicos. A figura a seguir apresenta o diagrama de seleção dos estudos que compõe esta revisão:

**Figura 1:** Fluxograma PRISMA-ScR (Tricco *et al.*, 2019) para inclusão de estudos na revisão – Goiânia, Goiás, Brasil, 2023



**Fonte:** adaptado de Moher, *et al.*, 2009

Do total de artigos compilados das bases de dados, foram removidos 399 artigos duplicados. Em seguida, realizou-se a leitura de título e resumo de 1143 artigos por dois revisores, R1 e R2, na qual excluíram 661 estudos, pois os mesmos não abordaram o tema cuidado em saúde mental de puérperas na APS. Finalmente, foram selecionados 482 artigos para leitura na íntegra e, ao final desta etapa, foram

excluídos 448 estudos que, apesar de abordarem a temática de saúde mental de puérperas na APS, não apresentaram em seu conteúdo os cuidados em saúde mental ofertados pelas unidades onde os mesmos foram realizados, não cumprindo, portanto, os critérios de inclusão desta revisão. Foram selecionados 34 estudos elegíveis para compor esta revisão.

A tabela abaixo, demonstra a quantidade total de estudos resgatados de cada base de dados, bem como o quantitativo dos selecionados em cada uma delas para compor esta revisão.

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos conforme as bases de dados, Goiânia, Goiás, 2023.

Bases de dados	Número de artigos	Número de artigos selecionados
PubMed	115	1
CINAHL (EBSCO)	94	7
LILACS (BVS)	1	0
Scopus (Elsevier)	219	4
Web of Science	904	17
EMBASE (Elsevier)	67	3
Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES)	4	0
Google Acadêmico	78	2
<b>Total</b>	1482	34

Fonte: própria

No Quadro 2, demonstrado a seguir, apresentam-se as principais características dos artigos selecionados para compor este estudo no que se refere a:

**Quadro 2:** Principais características dos estudos selecionados. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023

AUTOR	TITULO	ANO	PAÍS DE REALIZAÇÃO DOS ESTUDOS	METODOLOGIA
Davies; Howells; Jenkins;	<b>Early detection and treatment of postnatal depression in primary care.</b>	2003	Reino Unido	Descritivo
Boyd; Zayas; Mckee;	<b>Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban</b>	2006	EUA	Longitudinal

	<b>minority women in primary care.</b>			
Bowen, <i>et al.</i>	<b>Optimizing maternal mental health within a primary health care centre: a model program</b>	2008	Canadá	Descritivo
Mccarthy, <i>et al.</i>	<b>Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting</b>	2008	Nova Zelândia	Qualitativo
Glavin; Ellefsen; Erdal.	<b>Norwegian Public Health Nurses' Experience Using a Screening Protocol for Postpartum Depression</b>	2010	Noruega	Qualitativo descritivo
Kuosmanen <i>et al.</i>	<b>Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics</b>	2010	Finlândia	Projeto de desenvolvimento prático
Wood; Middleton; Leonard;	<b>"When it's more than the blues": a collaborative response to postpartum depression</b>	2010	Canadá	Descritivo
Harvey; Fisher; Green.	<b>Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health</b>	2012	Austrália	Implementação de modelo de saúde
Glavin.	<b>Preventing and treating postpartum depression in women - a municipality model</b>	2012	Noruega	Pós-teste experimental
Rollans <i>et al.</i>	<b>Digging over that old ground: An Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth</b>	2013	Austrália	Etnográfico
Agapidaki, <i>et al.</i>	<b>Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: a qualitative study</b>	2014	Grécia	Qualitativo

Grote, <i>et al.</i>	<b>Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: the design of the MOMCare study</b>	2014	EUA	Ensaio clínico randomizado
Munk-Olsen, <i>et al.</i>	<b>Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode</b>	2015	Dinamarca	Estudo comparativo pareado de base populacional (estudo de coorte pareado)
Li <i>et al.</i>	<b>Maternal mental health: a shared care approach</b>	2015	Canadá	Transversal pré e pós
Rojas, <i>et al.</i>	<b>Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo (Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile)</b>	2015	Chile	Qualitativo
Borglin, <i>et al.</i>	<b>Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study</b>	2015	Suécia	Descritivo qualitativo
Baron, <i>et al.</i>	<b>Maternal mental health in primary care in five low- and middle-income countries: a situational analysis</b>	2016	Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda	Análise transversal
Schmied, <i>et al.</i>	<b>Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: a prospective study</b>	2016	Austrália	Longitudinal prospectivo
Peres.	<b>Assistência de enfermagem à saúde mental de gestantes e puérperas na atenção básica</b>	2017	Brasil	Transversal e descritivo
Clavenna, <i>et al.</i>	<b>Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy</b>	2017	Itália	Prospectivo observacional

Rowe, <i>et al.</i>	<b>A complex postnatal mental health intervention: Australian translational formative evaluation.</b>	2017	Austrália	Avaliação formativa translacional
Lomonaco-Haycraft, <i>et al.</i>	<b>Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations</b>	2019	EUA	Descritivo
Olson, <i>et al.</i>	<b>Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers.</b>	2018	Canadá	Descritivo
Elkhodr, <i>et al.</i>	<b>The role of community pharmacists in the identification and ongoing management of women at risk for perinatal depression: A qualitative study</b>	2018	Austrália	Qualitativo
Ayinde, <i>et al.</i>	<b>Quality of perinatal depression care in primary care setting in Nigeria</b>	2018	Nigéria	Estudo formativo de método misto
Young, <i>et al.</i>	<b>Embedded Maternal Mental Health Care in a Pediatric Primary Care Clinic: A Qualitative Exploration of Mothers' Experiences</b>	2019	EUA	Qualitativo
Hadfield, <i>et al.</i>	<b>Psychological Therapy for Postnatal Depression in UK Primary Care Mental Health Services: A Qualitative Investigation Using Framework Analysis</b>	2019	Reino Unido	Exploratório qualitativo
Rodriguez, <i>et al.</i>	<b>Improving access to perinatal mental health services: the value of on-site resources</b>	2021	EUA	Coorte retrospectivo
Perez, <i>et al.</i>	<b>Online intervention to prevent postnatal depression and anxiety in Chilean new mothers: Protocol for a feasibility trial</b>	2022	Chile	Desenho de métodos mistos
Navarrete, <i>et al.</i>	<b>Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers</b>	2022	México	Exploratório com abordagem qualitativa
Silva, <i>et al.</i>	<b>Percepção de enfermeiros de estratégias saúde da família quanto</b>	2022	Brasil	Estudo exploratório de

	<b>à assistência às puérperas com indicativo de depressão pós-parto</b>			abordagem qualitativa
Durgun; Ulaş.	<b>Knowledge and Practices of Primary Health Care Professionals on Maternal Blues</b>	2023	Turquia	Descritiva e transversal
Sim, <i>et al.</i>	<b>Primary health level screening for postpartum depression during well-child visits: Prevalence, associated risk factors, and breastfeeding</b>	2023	Singapura	Estudo transversal

Fonte: própria

**Quadro 3:** Principais características dos estudos selecionados quanto ao objetivo, área de cuidado, tipo de cuidado e profissional que realiza o cuidado. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023

AUTOR	OBJETIVO	TIPO DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL	ÁREA DO CUIDADO	PROFISSIONAL
Davies; Howells; Jenkins;	Melhorar a detecção precoce e o tratamento da depressão pós-parto na população da clínica geral a que estavam vinculados.	Realizar avaliação, monitorizar medicação e/ou realizar intervenções de base psicológica, encaminhar para psiquiatria ou psicologia da equipe de saúde mental comunitária local, se necessário. Utilizar rotineiramente o EPDS a cada 3 meses após o parto e caso identificar a probabilidade de depressão pós-parto, oferecer visitas adicionais a estas mulheres.	Rastreio Diagnóstico Tratamento	- Visitantes de saúde; - Enfermeira comunitária de saúde mental; - Médicos.
Boyd; Zayas; Mckee;	Examinar as relações entre as interações mãe-bebê, sintomas depressivos, eventos de vida e amamentação de mulheres urbanas afro-americanas e hispânicas de baixa renda em ambientes de atenção primária.	Estudo de casos, defesa de direitos e terapia de suporte.	Tratamento	- Auxiliares de caso; - Assistentes sociais com mestrado; - Estudantes de pós-graduação ou psicólogos com nível de doutoramento.
Bowen, <i>et al.</i>	Descreve o Programa de Saúde Mental Materna, um	Consultas em grupo; terapia em grupo e individual; serviços clínicos; ligações com	Promoção Diagnóstico Tratamento	Equipe multidisciplinar: - Psiquiatra; - Médico da

	programa de cuidados partilhados e inovador que reúne serviços anteriormente fragmentados e coloca médicos multidisciplinares num ambiente de cuidados primários	outros programas; troca de conhecimentos e avaliação.		família; - Enfermeiros; - Enfermeiro terapeuta; - Assistente social; - Farmacêutico.
Mccarthy, <i>et al.</i>	Identificar fatores que influenciam a decisão de procurar e aceitar tratamento para DPP e descrever as experiências de tratamento das mulheres, a fim de compreender os fatores que influenciam o envolvimento contínuo no tratamento.	Diagnóstico por entrevista clínica; Visitas domiciliares regulares realizadas pela enfermeira de saúde mental comunitária, bem como ajuda prática em casa. A medicação pode fazer parte do plano de tratamento nos serviços de saúde mental e é avaliada individualmente. Todas as mulheres neste estudo tomaram medicação antidepressiva. Um pequeno número de mulheres também recebeu aconselhamento individual ou tratamento em grupo no serviço comunitário de saúde mental.	Diagnóstico Tratamento	- Enfermeira de saúde mental comunitária.
Glavin; Ellefsen; Erdal.	Explora a utilização de um procedimento de rastreio da DPP por enfermeiros de saúde pública num município norueguês.	Triagem utilizando o instrumento EPDS seguidos de visita domiciliar em 2 semanas após o parto.	Rastreio	- Enfermeiros de saúde pública
Kuosmanen <i>et al.</i>	Integrar uma sessão de enfermagem de saúde mental nas rotinas cotidianas das clínicas de saúde materna e infantil, a fim de melhorar o reconhecimento e os programas de cuidados de DPP nos cuidados em saúde primários	Rastreio de DPP usando EPDS; aquelas que obtiveram 13 pontos ou mais foram convidadas a participar de uma sessão de terapia cognitivo-comportamental (TCC) com uma enfermeira de saúde mental; reuniões em grupo; prescrição de medicações;	Rastreio Tratamento Promoção	- Enfermeira de saúde pública; - Enfermeiros de saúde mental - Psiquiatra.
Wood; Middleton; Leonard;	Descreve um serviço inovador de consulta e ligação entre uma clínica	Rastreio utilizando o EPDS. Caso possível depressão, a mulher pode participar de	Rastreio Promoção	- Enfermeiro psiquiátrico; - Psicólogo.

	comunitária de saúde mental e uma clínica pública centros de saúde especializados na detecção precoce e tratamento da DPP.	um grupo de trabalho em rede de “novas mães”, consultar seu médico de família ou consultar um terapeuta de saúde mental na saúde pública.		
Harvey; Fisher; Green.	Delinear o modelo de serviço e a avaliação da efetividade clínica, medida pela EPDS e pela <i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i> (DASS).	Telefonema inicial e uma a três consultas presenciais que incluíam: avaliação de saúde mental, estratégias de intervenção breve, ligação comunitária e encaminhamento. A promoção da saúde consistia em informações sobre fatores de melhoria e proteção da saúde. As intervenções psicológicas incluíam psicoeducação, aconselhamento não diretivo e estratégias baseadas na TCC. Caso a avaliação clínica identificasse doença mental perinatal, a mulher recebia uma intervenção composta por estratégias psicológicas e intervenções sociais. Para mulheres com doenças moderadas a graves, foram incluídas intervenções adicionais de educação sobre os riscos e benefícios da medicação e colaboração com o médico de família responsável pelo tratamento sobre opções de medicação para tratamento.	Rastreio Promoção Diagnóstico Tratamento Encaminhamento	- Médico; - Enfermeiro.
Glavin.	Descrever e discutir um modelo municipal de prevenção, identificação e tratamento da DPP.	Sessões de aconselhamento e de apoio; rastreio utilizando a EPDS, avaliação clínica, visita domiciliar, duas semanas após o parto e consultas de acompanhamento na clínica.	Promoção Rastreio Diagnóstico Tratamento	- Médico; - Psicólogos; - Parteira.
Rollans <i>et al.</i>	Descreve a experiência das mulheres na avaliação psicossocial e no rastreio da depressão, examinando o	Triagem de sintomas depressivos usando a EPDS, triagem de violência doméstica e perguntas sobre uso de drogas e problemas de saúde mental anteriores ou existentes. Avaliação, no	Rastreio	- Enfermeira de saúde infantil e familiar.

	significado que atribuem à avaliação e como isso influencia a sua resposta.	mínimo, em dois momentos: pré-natal na consulta hospitalar e novamente com duas a quatro semanas após o nascimento, no momento da visita domiciliar de rotina ou na avaliação do bebê de seis a oito semanas na clínica.		
Agapidaki, <i>et al.</i>	Investigar, identificar e interpretar as opiniões dos prestadores de cuidados em saúde primários pediátricos sobre o reconhecimento e gestão da depressão materna no contexto de um sistema de cuidados em saúde primários fraco.	Procura de sintomas observáveis, investigação da gravidade do problema e, se seria necessário, encaminhar. Ligações para saber para paciente afim de conferir a continuidade dos cuidados psiquiátricos.	Rastreio	- Pediatras; - Visitantes de saúde.
Grote, <i>et al.</i>	Descrever o design, metodologia, melhorias culturalmente relevantes e a implementação de um ensaio clínico randomizado de gerenciamento do tratamento da depressão em comparação com os Serviços de Apoio à Maternidade de saúde pública.	Rastreio de depressão usando o <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9); O assistente social ou enfermeiro presta serviços de apoio habituais, mas não presta cuidados de depressão e encaminha para um prestador comunitário de saúde mental ou obstetria.	Rastreio Encaminhamento	-Assistentes sociais de saúde pública; - Enfermeiros; - Nutricionistas.
Munk-Olsen, <i>et al.</i>	Descrever o uso de cuidados primários de saúde e o cumprimento de programas de cuidados pré-natais antes e durante a gravidez em mulheres que posteriormente desenvolveram um transtorno psiquiátrico pós-parto, em comparação com mães que não o	Consultas com clínico geral, testes psicométricos e terapias de conversação.	Diagnóstico Tratamento	- Médico

	fizeram.			
Li, <i>et al.</i>	Avaliar o impacto de uma abordagem de cuidado compartilhado sobre os sintomas de ansiedade e depressão materna dos participantes, a satisfação das mulheres e dos médicos solicitantes e se o programa atendeu às intenções da abordagem de cuidado compartilhado.	Consulta inicial com psiquiatra especializado em saúde mental materna; realiza o diagnóstico e prescreve medicamentos, além de orientar sobre os mesmos; discute suas preocupações e encaminha para um psicólogo clínico de saúde e/ou enfermeira terapeuta; Sessões de terapia com psicólogo ou enfermeira terapeuta; Apoio psicológico através de consultas e telefonemas. Grupo semanal de apoio educacional e de pares no local, consultas aprofundadas, planos de tratamento detalhados e apoio ao prestador de cuidados de referência; Educação continuada.	Rastreio Diagnóstico Tratamento Promoção	- Psiquiatra; - Psicólogo; - Enfermeiro terapeuta de saúde mental.
Rojas, <i>et al.</i>	Descrever e discutir as barreiras de acesso ao tratamento da DPP na APS na perspectiva das mulheres com DPP e dos profissionais.	Rastreio com EPDS; encaminhamento para um médico ou psicólogo do mesmo consultório; realizam-se exames de sangue, medicamentos tranquilizantes e indutores do sono e Florais de Bach.	Rastreio Encaminhamento Tratamento	- Parteira; - Enfermeira; - Médico; - Psicólogo; - Assistente social.
Borglin, <i>et al.</i>	Busca investigar as percepções e experiências dos enfermeiros de saúde pública sobre saúde mental e prevenção de problemas de saúde mental entre mulheres no pós-parto na APS.	Triagem com EPDS; dependendo da pontuação, há encaminhamento para o psicólogo; visita domiciliar.	Rastreio Encaminhamento	- Enfermeiro
Baron, <i>et al.</i>	Relata os resultados de saúde mental materna e os serviços disponíveis em cinco países, para informar o desenvolvimento de serviços integrados de saúde mental materna integrados nos cuidados de	Nenhum dos distritos tinha serviços de saúde mental dedicados às mulheres perinatais, nem tinha estratégias em vigor nas unidades de saúde primárias para detectar perturbações mentais maternas. No entanto, existiam mecanismos de encaminhamento para serviços especializados de saúde mental, incluindo unidades psiquiátricas em	Encaminhamento	- Médicos; - Agentes de saúde; - Enfermeiros; - Parteias.

	saúde primários.	hospitais distritais ou para cuidados de internamento a nível terciário, em todos os cinco distritos PRIME.		
Schmied, <i>et al.</i>	Relatar os serviços de saúde utilizados pelas mulheres para as suas necessidades de saúde física e mental desde a gravidez até aos 12 meses após o nascimento e comparar a utilização dos serviços por mulheres que foram identificadas durante a gravidez como tendo “risco psicossocial”.	Linha de apoio telefónico; avaliações psicossociais; rastreios de depressão, prescrição de medicamentos e serviço de apoio.	Rastreio Diagnóstico Tratamento	- Médico da família; - Enfermeira de saúde infantil e familiar; - Parteiras.
Peres.	Avaliar as ações e as percepções em saúde mental durante a gestação e pós-parto por parte dos profissionais de enfermagem que atendem gestantes e puérperas em unidades básicas de saúde de uma região administrativa do Distrito Federal.	Triagem e encaminhamento para psiquiatras, psicólogos, outros profissionais do SUS, serviços particulares e serviços gratuitos ofertados por faculdades, assistência social, médico obstetra ou para o clínico da equipe de ESF. Intervenções de acolhimento e estratégias junto à equipe de ESF e a família da gestante.	Rastreio Encaminhamento	- Enfermeiros; - Técnicos de enfermagem.
Clavenna, <i>et al.</i>	Avaliar a viabilidade da triagem de rotina com EPDS por pediatras de família, para estimar a prevalência de sintomas de DPP em mães e pais e para avaliar a influência das características maternas e paternas no risco de DPP.	Triagem utilizando a EPDS no momento da segunda consulta de puericultura.	Rastreio	- Pediatra da família.
Rowe, <i>et al.</i>	Analisar contextos ambientais e situacionais e processos de mudança; construir um modelo para	Realização de um exame para avaliar a saúde materna na quarta semana após o nascimento, que inclui avaliação psicossocial utilizando um	Rastreio	- Enfermeiras

	avaliar potenciais custos e resultados da intervenção.	instrumento de rastreio da depressão e inquérito específico sobre violência praticada pelo parceiro íntimo.		
Lomonaco-Haycraft, <i>et al.</i>	Apresentar o Programa Integrado de Saúde Mental Perinatal que rastreia e trata transtornos de humor e ansiedade perinatais.	Triagem na consulta com obstetra utilizando o EPDS; se positivo, encaminhar ao profissional de saúde comportamental para avaliação biopsicossocial detalhada e, acompanhamento de saúde comportamental em conjunto com futuras consultas de cuidados pré-natais/pós-natais. Oferecem TCC, psicoterapia interpessoal, terapia cognitiva baseada em <i>mindfulness</i> , terapia de aceitação e compromisso, terapia focada em soluções e terapia de ativação comportamental.	Rastreio Diagnóstico Encaminhamento Tratamento	- Psicólogos; - Assistentes sociais; - Médicos; - Conselheiros de dependências certificados; - Psiquiatras prestadores de saúde comportamental; - Enfermeiros.
Olson, <i>et al.</i>	Descreve o programa <i>Healthy &amp; Home</i> e sua evolução.	Avaliações de admissão com triagem utilizando o EPDS; oferta de terapia individual e grupal; encaminhamentos para outros serviços (por exemplo, serviços de saúde mental, psiquiatria e médico de família) conforme necessário. Em caso de violência familiar, trauma, abuso ou dependência, são sugeridos aconselhamento individual e apoio médico, juntamente com as informações para apoio em abrigos locais.	Rastreio Encaminhamento Tratamento	- Profissional de saúde mental; - Enfermeira.
Elkhodr, <i>et al.</i>	Explorar as perspectivas dos farmacêuticos comunitários sobre os seus potenciais papéis na promoção da saúde mental perinatal (reconhecimento e educação para a saúde) e os fatores que afetam esses papéis.	Distribuição de medicamentos e prestação de aconselhamento personalizado sobre os mesmos; encaminhamento de casos suspeitos de DPP para profissionais especializados, embora relatassem não estar familiarizados com as vias de encaminhamento locais para pacientes que apresentavam com essa condição.	Tratamento Encaminhamento	- Farmacêutico
Ayinde, <i>et al.</i>	Visa examinar as estruturas	Acolhimento e oferecimento de	Rastreio Tratamento	- Parteiras; - Agentes

	organizacionais existentes nas instalações selecionadas, bem como o nível atual de cuidados prestados às mulheres com depressão perinatal vivendo em condições sociais e econômicas precárias.	medicação e aconselhamento. O artigo enfatiza que nenhuma das mulheres recebeu intervenção psicossocial estruturada ou acompanhamento específico para tratar sua depressão.		comunitários de saúde.
Young, <i>et al.</i>	Avaliar as percepções e experiências das mulheres ao receber serviços de saúde mental de psiquiatras inseridos em uma clínica pediátrica de cuidados primários com rede de segurança.	Triagem com EPDS; consultas com psiquiatra Prescrição de medicamentos psicotrópicos, se indicado, e terapia de suporte por tempo limitado. Encaminhamento para serviços ou parceiros comunitários para a realização da terapia especializada ou intensiva.	Rastreio Diagnóstico Tratamento	- Psicólogo especializado em saúde mental infantil; - Assistentes sociais; - Conselheiro de violência doméstica; - Psiquiatras especializados em saúde mental feminina.
Hadfield, <i>et al.</i>	Explorar as experiências das mães em relação a intervenções psicológicas para DPP em ambientes de saúde mental de cuidados primários do Reino Unido.	Realização da TCC, podendo ser individual ou em grupo.	Tratamento	- Psicólogos clínicos; - Terapeutas cognitivo-comportamentais.
Rodriguez, <i>et al.</i>	Relatar a utilização de encaminhamentos de saúde mental após a implementação desses serviços deslocalizados e compará-los com uma coorte histórica.	Avaliação formal do paciente, incluindo avaliação de estressores sociais atuais, sintomatologia de humor e história psiquiátrica. Avaliação adicional com PHQ-9 e o <i>Generalized Anxiety Disorder</i> 7-item (GAD-7). As mulheres encaminhadas recebem um diagnóstico usando o DSM-5. Sessões de aconselhamento. Encaminhamento para psiquiatra especializado em transtornos de humor perinatais em casos que necessitam de medicação.	Rastreio Diagnóstico Tratamento Encaminhamento	- Conselheiros de saúde mental; - Psicólogos; - Psiquiatra.
Perez, <i>et al.</i>	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar do m-WWWT, uma	Triagem de sintomas depressivos utilizando a EPDS. As mulheres que obtiverem pontuação acima de 10 serão	Rastreio Encaminhamento	- Enfermeiros

	intervenção psicoeducacional - realizada remotamente por meio de tecnologias de comunicação	consideradas em risco e serão encaminhadas para avaliação e cuidados em saúde mental.		
Navarrete, et al.	Busca explorar as percepções e o conhecimento sobre a depressão perinatal em profissionais de saúde e analisar as barreiras ao seu atendimento em centros de atenção primária na Cidade do México.	Oferta de orientações e, se necessário, prescrevem antidepressivos. Quando consideram que o problema é grave, encaminham os pacientes para o departamento de psicologia ou psiquiatria do centro de saúde. Se esse serviço estiver sobrecarregado, os pacientes serão encaminhados ao serviço de assistência social para encontrar outro centro que ofereça atendimento de baixo custo. A equipe de enfermagem acredita que as puérperas devem tratar os problemas sozinhas. Já os assistentes sociais, dialogam, aconselham e orientam a buscar o psicólogo no centro de saúde, contudo, não seguem o acompanhamento.	Rastreo Tratamento Encaminhamento	- Médicos; - Enfermeiras; - Assistentes sociais.
Silva, et al.	Analisar a percepção de enfermeiros de Estratégias Saúde da Família (ESF) quanto à assistência às puérperas com indicativo de DPP na APS.	Acolhimento, escuta ativa e, se necessário, encaminhamento para outros profissionais.	Rastreo Encaminhamento	- Enfermeiras
Durgun; Ulaş.	Determinar os conhecimentos e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a tristeza da maternidade.	Diálogo sobre enfrentamento e escuta ativa; oferta de apoio ao cônjuge e à família; orientação psicológica; e apoio à amamentação.	Rastreo Promoção	- Médicos; - Parteiras; - Enfermeiros; - Técnicos de emergência.
Sim, et al.	Estimar a prevalência de DPP aos 2 ou 3 meses pós-parto na população de cuidados primários; examinar as taxas	Rastreo com uma versão modificada do <i>Patient Health Questionnaire-2</i> (PHQ-2). Resultados positivos recebem intervenção que incluiu apoio, orientação básica e	Rastreo Promoção Encaminhamento	- Enfermeiras

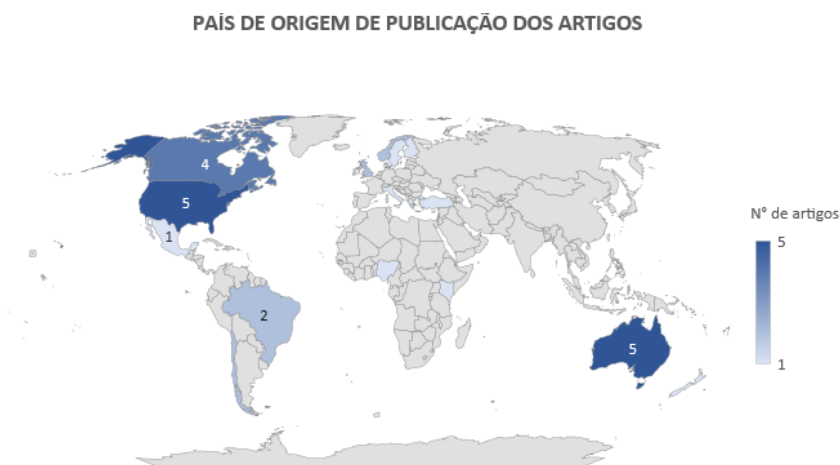
	de aceitação e frequência da intervenção oferecida às mulheres que tiveram resultado positivo para DPP; investigar dados sociodemográficos e fatores maternos associados à DPP, e examinar o impacto da DPP na amamentação.	uso de um folheto educativo sobre cuidados em saúde mental pós-natal, bem como encaminhamento para a psicologia para avaliação e manejo adicionais. As mães que recusaram o encaminhamento para cuidados terciários receberam encaminhamento para um serviço comunitário de saúde mental que oferece aconselhamento e apoio psicológico.		
--	---	--	--	--

**Fonte:** própria

Em relação à distribuição geopolítica das publicações, representada na Figura 2, os estudos estão concentrados nos países do hemisfério norte, bem como na Oceania. Destaca-se que os países Estados Unidos e Austrália são os que mais apresentaram pesquisas sobre a temática, com cinco artigos cada, além do Canadá, com 4 estudos. Nota-se que, apesar do baixo número de publicações de alguns países, foram encontrados estudos sobre a temática em todos os continentes.

Importante ressaltar que um dos estudos encontrados teve sua pesquisa realizada em cinco países diferentes, Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda, devido aos objetivos estabelecidos no estudo. Portanto, além da figura a seguir, elencamos todos os países abordados nos estudos na tabela 2, para melhor identificação dos mesmos.

**Figura 2:** Países na qual os estudos foram realizados. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023.



Da plataforma Bing  
© Australian Bureau of Statistics, GeoNames, Geospatial Data Edit, Microsoft, Navinfo, Open Places, OpenStreetMap, TomTom, Wikipedia, Zenrin

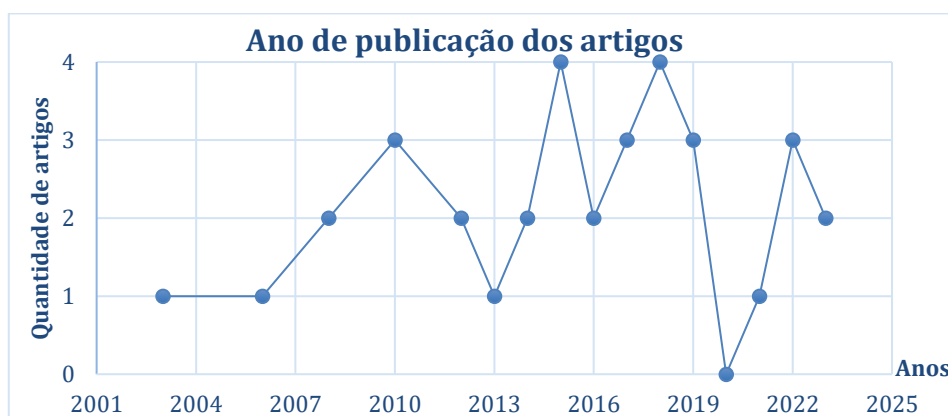
**Fonte:** Excel (elaborado pela autora)

**Tabela 2:** Países na qual os estudos foram realizados. Goiânia, Goiás, 2023.

País	Nº de artigos
EUA	5
Austrália	5
Canadá	4
Brasil	2
Noruega	2
Chile	2
Reino Unido	2
Dinamarca	1
África	1
Grécia	1
Turquia	1
Itália	1
Finlândia	1
Nigéria	1
México	1
Suécia	1
Singapura	1
Nova Zelândia	1
Etiópia	1
Índia	1
Nepal	1
Uganda	1

**Fonte:** Excel (elaborado pela autora)

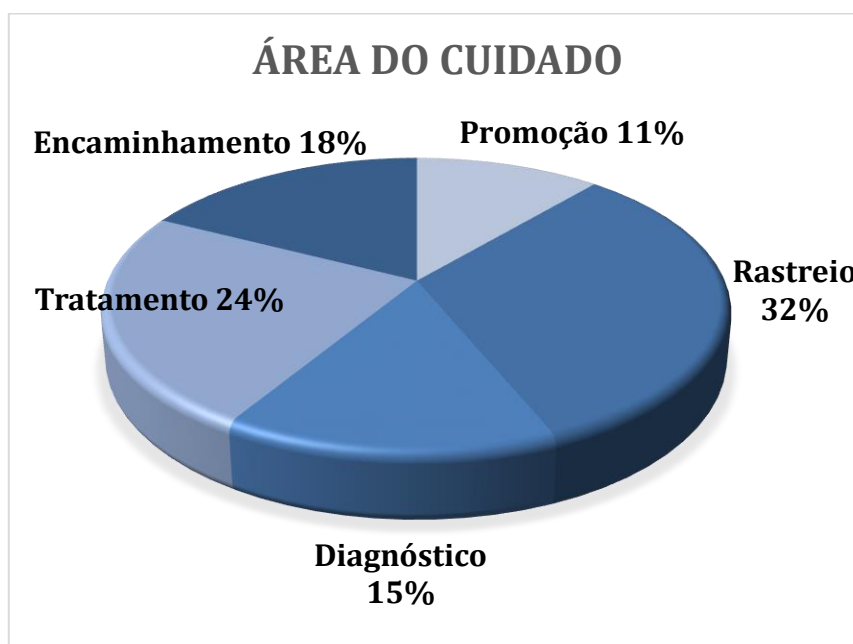
No que se refere ao ano de publicação dos estudos, observa-se que a maioria dos estudos encontrados foram publicados nos últimos 10 anos, sendo os anos de 2015 e 2018 os com maior número de produções. Apenas um dos artigos encontrados foi publicado em 2003, a publicação mais antiga dentre todos, e dois artigos são do ano de 2023.

**Figura 3:** Ano de publicação dos estudos. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023.

**Fonte:** Excel (elaborado pela autora)

Para compreender melhor acerca de quais são os cuidados em saúde mental ofertados na APS, torna-se necessário apresentar que tipo de cuidado foram encontrados nos estudos analisados. O rastreio é uma área proeminente, representando 32% dos cuidados apresentados nos estudos, indicando uma ênfase substancial na identificação precoce de condições de saúde. Em seguida, temos o tratamento sendo a abordagem citada em 24% dos cuidados realizados, seguidos do diagnóstico dos casos, que concentra 15% dessas intervenções e encaminhamentos, com 18%. Cuidados relacionados à promoção da saúde foram citados em apenas 11% dos estudos e, por outro lado, medidas preventivas não foram abordadas pelos mesmos.

**Figura 4:** Área de cuidado. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023.

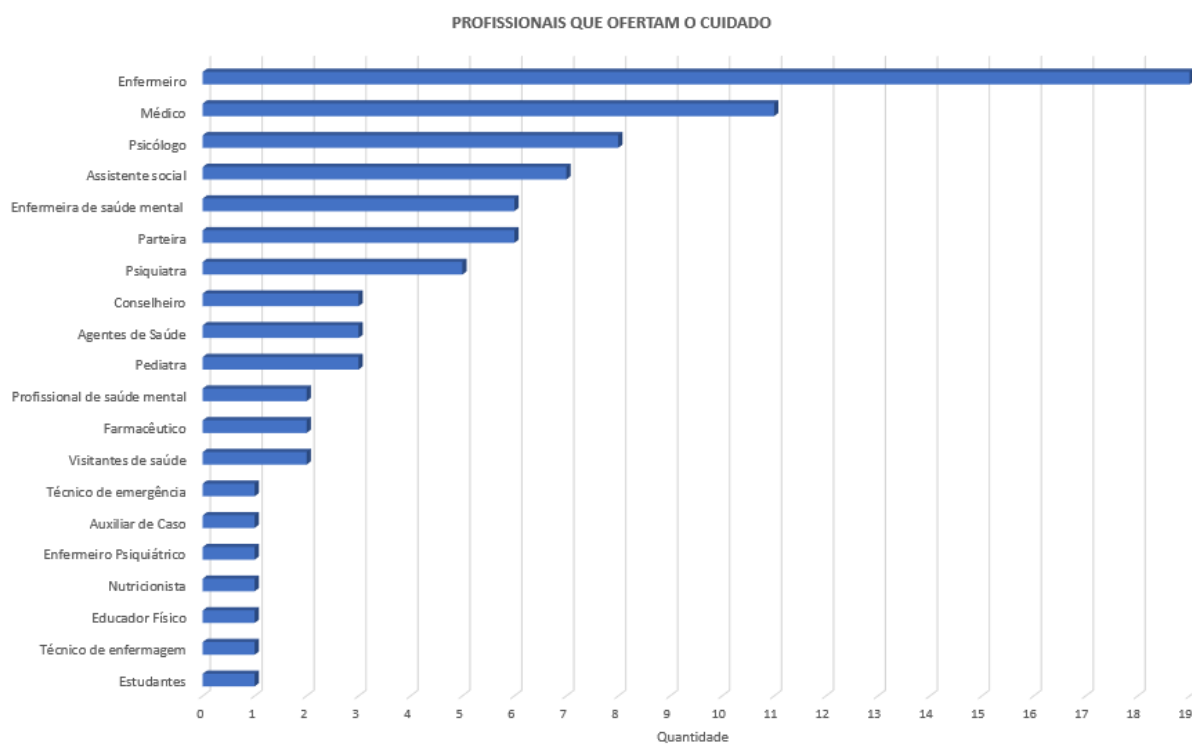


**Fonte:** Excel (elaborado pela autora)

Quanto aos profissionais que ofertam os cuidados em saúde mental, os estudos revelam uma distribuição variada e, ao mesmo tempo, representativa. Os enfermeiros são notavelmente preponderantes, contabilizando um total de 20 estudos, citando os cuidados ofertados por esses profissionais, indicando sua significativa participação na linha de frente da assistência. Em seguida, 11 estudos apresentam as intervenções médicas. Nota-se a pequena quantidade de profissionais especializados em saúde mental, visto que apenas 8 estudos apontam os cuidados de psiquiatras e 7 de enfermeiras de saúde mental e psicólogos.

A diversidade dos cuidados em saúde mental é notada pela presença de profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, educador físico e outros, que reflete a complexidade dos desafios enfrentados pelos indivíduos atendidos, mas também destaca a importância de uma equipe diversificada na oferta de cuidados holísticos e abrangentes.

**Figura 5:** Profissionais que ofertam os cuidados. Goiânia, Goiás, Brasil. 2023.



**Fonte:** Excel (elaborado pela autora)

## 6. DISCUSSÃO

A revisão de escopo realizada possibilitou a identificação e o mapeamento dos cuidados em saúde mental ofertados na APS ao nível mundial. Em virtude da aplicação dessa abordagem metodológica, os estudos incorporados não foram submetidos a uma análise crítica, resultando assim na ausência de intenção em avaliar a eficácia das intervenções.

No mundo, a APS apresenta-se de vários formatos, refletindo as divergências nos sistemas de saúde, nas políticas de saúde e nas necessidades da população. Essas disparidades podem ser atribuídas a uma série de fatores, incluindo diferenças no desenvolvimento econômico, estrutura política, cultura, histórico de saúde pública e prioridades de políticas de saúde (Giovanella, 2018). Foi possível encontrar cuidados em saúde mental ofertados nos mais diversos modelos de APS em todos os continentes. Os países com maior prevalência de estudos foram Estados Unidos (Rodriguez *et al.*, 2021; Young *et al.*, 2019; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2014; Boyd; Zayas; Mckee, 2006), Austrália (Elkhodr *et al.*, 2018; Rowe *et al.*, 2017; Schmied *et al.*, 2016; Harvey; Fisher; Rollans *et al.*, 2013; Green, 2012) e Canadá (Olson *et al.*, 2018; Li *et al.*, 2016; Wood; Middleton; Leonard, 2010; Bowen *et al.*, 2008).

A predominância de estudos sobre cuidados em saúde mental em puérperas realizados nesses países pode ser atribuída ao fato de os mesmos possuírem sistemas de saúde robustos e bem desenvolvidos, com um histórico de investimento significativo em pesquisa e infraestrutura de saúde. O financiamento substancial destinado à pesquisa em saúde nesses países cria um ambiente propício para a realização de estudos abrangentes sobre diversos aspectos neste âmbito, incluindo a saúde mental (Fófano *et al.*, 2021).

A maioria dos cuidados em saúde mental apresentados nos estudos referiam-se a etapa de rastreamento de transtornos mentais (Durgun; Ulaş, 2023; Sim *et al.*, 2023; Pérez *et al.*, 2022; Navarrete *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022a; Rodriguez *et al.*, 2021; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Young *et al.*, 2019; Ayinde *et al.*, 2018; Olson *et al.*, 2018; Peres, 2017; Clavenna *et al.*, 2017; Rowe *et al.*, 2017; Schmied *et al.*, 2016; LI *et al.*, 2016; Borglin; Hentzel; Bohman, 2015; Rojas *et al.*, 2015; Agapidaki *et al.*, 2014; Grote *et al.*, 2014; Rollans *et al.*, 2013; Glavin, 2012; Harvey; Fisher; Green, 2012; Glavin; Ellefsen; Erdal, 2010; Kuosmanen *et al.*, 2010;

Wood; Middleton; Leonard, 2010; Davies; Howells; Jenkins, 2003). Nesta etapa, os profissionais de saúde utilizaram tanto da escuta ativa, abordando os estressores sociais, sintomatologia de humor, histórico psiquiátrico e possíveis casos de violência, quanto de instrumentos para a realização da avaliação da saúde mental da paciente.

O instrumento mais utilizado para o rastreio de possíveis acometimentos mentais em puérperas apresentados nos estudos é a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Pérez *et al.*, 2022; Young *et al.*, 2019; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Olson *et al.*, 2018; Borglin; Hentzel; Bohman, 2015; Clavenna *et al.*, 2017; Rojas *et al.*, 2015; Rollans *et al.*, 2013; Glavin, 2012; Harvey; Fisher; Green, 2012; Davies; Glavin; Ellefsen; Erdal, 2010; Kuosmanen *et al.*, 2010; Wood; Middleton; Leonard, 2010; Howells; Jenkins, 2003)

Recomendada pela *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a EPDS contém dez questões que se dividem em graduações que vão de 0 a 3, com o intuito de medir a presença e intensidade dos sintomas da depressão nos últimos sete dias (Figueira *et al.*, 2009a). O instrumento visa uma avaliação rápida e facilitada da DPP, o que o torna uma ferramenta de fácil utilização no contexto dos cuidados primários, que pode ser autoaplicada ou aplicada por um profissional da saúde (Monteiro *et al.*, 2020).

A EPDS, por ser amplamente utilizada, possui adaptação e validação em diversos países, incluindo o Brasil (Figueira *et al.*, 2009b). Este fator pode apresentar divergências relevantes nos critérios de avaliação da DPP, visto que os pontos de corte podem ser diferentes conforme as características socioculturais dos países, interferindo diretamente na compreensão de cada caso (De Campos *et al.*, 2021).

Além desta escala, foram utilizados também a *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Rodriguez *et al.*, 2021; Grote *et al.*, 2014), que é derivado do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) que foi originalmente desenvolvido para identificar depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação na APS e o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) (Sim *et al.*, 2023), que utiliza de duas questões do PHQ-9 para medir o humor deprimido e a anedonia com o intuito de rastrear a depressão.

Além desses, utilizaram também o instrumento *Generalized Anxiety Disorder 7-item* (GAD-7) (Rodriguez *et al.*, 2021), escala de sete itens criada com o objetivo medir brevemente, por meio de autorrelato, os casos prováveis de

Transtorno de Ansiedade Generalizada e a *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)* (Harvey; Fisher; Green, 2012), um teste que mensura e distingue simultaneamente a depressão, a ansiedade e o estresse a partir de comportamentos e sensações experimentados referidas nos últimos sete dias.

A predominância de estudos que apresentam o rastreo de transtornos mentais em puérperas na APS sem proporcionar uma atenção igualmente intensiva ao seguimento pós-deteção, é um fenômeno multifacetado. Em primeiro lugar, este nível de atenção à saúde, muitas vezes, concentra seus esforços na prevenção e identificação precoce de problemas de saúde, e o rastreo representa uma ferramenta eficaz para esse propósito, permitindo a deteção agilizada das queixas dos pacientes (Ministério da Saúde, 2017).

Entretanto, a ausência de uma ênfase proporcional no acompanhamento pós-deteção pode ser atribuída às limitações de recursos encontradas nos sistemas da APS. Barreiras como baixo número de profissionais, grande demanda de pacientes com as mais diversas condições de saúde, consultas com tempo limitado e sobrecarga de trabalho podem direcionar os esforços da identificação inicial para uma orientação mais ágil do caso em detrimento de um acompanhamento criterioso (Cardoso *et al.*, 2022).

Além desses desafios, os profissionais apresentam outro obstáculo que torna o cuidado em saúde mental uma das maiores dificuldades no cenário da APS: a falta de conhecimentos acerca da temática e, concomitantemente, a incapacidade de agir perante os casos abordados. Um dos principais fatores para tal complicação é a ausência de uma estratégia de cuidados em saúde mental para o ambiente da APS por meio de diretrizes e políticas públicas, sobretudo quando este cuidado é direcionado a grupos específicos como as puérperas (Martins *et al.*, 2022).

Os estudos elencados que apresentaram tal problemática, enfatizam que a falta de conhecimentos é a principal barreira na implementação de práticas de deteção e gestão em casos de transtornos mentais em puérperas (Durgun; Ulaş, 2023; Navarrete *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022a; Hadfield *et al.*, 2019; Agapidaki *et al.*, 2014; Rollans *et al.*, 2013; Glavin; Ellefsen; Erdal, 2010). Em resultado, observam-se profissionais que apresentam conhecimento limitado quanto ao rastreo metodológico, intervenções centradas na necessidade dos pacientes, continuidade inadequada dos cuidados e encaminhamentos que ofuscam a capacidade da APS em ofertar um cuidado em saúde mental de qualidade.

A ausência da continuidade do cuidado ressalta que uma coordenação insuficiente entre os níveis de cuidado pode criar desafios significativos para o seguimento pós-deteção na APS, já que o acesso a serviços especializados muitas vezes é dificultado por uma longa espera por atendimento ou até mesmo ausência de vagas. Este fator colabora com o distanciamento dos serviços que, junto à APS, coordenariam o cuidado em saúde mental (Rotoli *et al.*, 2019).

No Brasil, a Portaria de Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destaca a necessidade de uma atenção primária fortalecida e articulada com os demais pontos da rede. Para isso, é necessário que os profissionais da APS estejam orientados quanto à assistência em saúde mental, para que possam prestar uma intervenção mais efetiva e integrada nos casos que necessitem de encaminhamento para pontos especializados da RAPS, tal como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2011b).

Globalmente, iniciativas como a Agenda 2030, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a construção e implementação de políticas públicas que visam guiar a humanidade até 2030, apresenta o terceiro objetivo, Saúde e Bem-Estar, que destaca a importância de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo a promoção da saúde mental (World Health Organization, 2015). Capacitar os profissionais da APS nesse contexto contribui diretamente para a consecução desse objetivo, garantindo o acesso aos cuidados em saúde mental de qualidade, que garante um diagnóstico preciso e o tratamento objetivo (Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

Após a etapa de rastreio, espera-se que um diagnóstico preciso seja o próximo passo na trajetória de um cuidado em saúde mental resolutivo, contudo, os estudos apresentaram serviços de APS que se atentavam à prestação de diagnósticos antes de iniciar as intervenções necessárias, e estes totalizaram 15% dentre os cuidados citados (Rodriguez *et al.*, 2021; Young *et al.*, 2019; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2016; Schmied *et al.*, 2016; Munk-Olsen *et al.*, 2015; Glavin, 2012; Harvey; Fisher; Green, 2012; Bowen *et al.*, 2008; Mccarthy; McMahon, 2008; Davies; Howells; Jenkins, 2003).

Sobressaindo a essa porcentagem, as medidas de tratamento somaram 24% dos cuidados ofertados, sendo o próximo passo utilizado pelos profissionais para dar continuidade ao atendimento da puérpera em sofrimento mental (Navarrete

*et al.*, 2022; Rodriguez *et al.*, 2021; Hadfield *et al.*, 2019; Young *et al.*, 2019; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Ayinde *et al.*, 2018; Elkhodr *et al.*, 2018; Olson *et al.*, 2018; Schmied *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2016; Munk-Olsen *et al.*, 2015; Rojas *et al.*, 2015; Glavin, 2012; Green, 2012; Kuosmanen *et al.*, 2010; Bowen *et al.*, 2008; Harvey; Fisher; Mccarthy; Mcmahon, 2008; Boyd; Zayas; Mckee, 2006; Davies; Howells; Jenkins, 2003)

Os estudos apresentaram uma ampla gama de práticas de tratamento relacionadas aos transtornos mentais em puérperas. No entanto, é relevante notar a predominância da apresentação dessas práticas de tratamento após o rastreio, frequentemente sem um diagnóstico específico. Essa abordagem levanta questões significativas sobre a eficácia e a precisão das intervenções terapêuticas, uma vez que são implementadas sem um entendimento claro e definido do quadro clínico individual.

Ao se concentrar nas práticas de tratamento pós-rastreio, muitas intervenções são realizadas assumindo um caráter de assistência universal, aplicando cuidados terapêuticos antes de um diagnóstico específico ser estabelecido. Isso pode resultar em quadros agravados por falta de uma abordagem específica, uma vez que as necessidades e complexidades individuais das puérperas podem variar consideravelmente (Lopes; Ribeiro; Porto, 2020).

A prática de realizar tratamentos sem uma confirmação diagnóstica por especialistas, em sua maioria, baseia-se na utilização de escalas como, por exemplo, a EPDS, como instrumentos de diagnóstico, inicialmente concebidos para o rastreio. Este fator traz a luz questões como a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais da APS, quanto a dependência excessiva dessas ferramentas na tomada de decisões ou, até mesmo, a ausência dela, deixando de lado o uso do raciocínio clínico e crítico na elaboração de uma assistência efetiva e segura ao paciente, além de desconsiderar a história e a dinâmica de vida de cada mulher (Ayala *et al.*, 2023).

Uma ferramenta de grande valia, que pode ser essencial para a implementação de um cuidado centrado no paciente e que considera não apenas os sintomas relatados, mas também o contexto pessoal, social e cultural, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instituído no Brasil pela Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014 (Brasil, 2014). Este instrumento, uma das principais ferramentas do trabalho interdisciplinar em saúde mental, é construído a partir da avaliação multiprofissional

e de um diagnóstico biopsicossocial, que permite a elaboração de um conjunto de condutas terapêuticas que atuam de forma integral e resolutiva (Antonio *et al.*, 2023).

Além de centralizar o paciente nas ações de cuidado, tornando-o protagonista nas tomadas de decisões em relação ao seu tratamento, o PTS permite o atendimento de forma individual ou grupal, a inclusão das famílias com orientações sobre o diagnóstico e o programa de tratamento, e garante a referência e contrarreferência dos pacientes dentro da rede para a continuidade do cuidado (Pinho; Souza; Esperidião, 2018). Auxiliando a atuação dos profissionais da saúde, essa ferramenta permite a definição das metas do cuidado, divisão de responsabilidades da equipe e a visão clara da necessidade de reavaliação do plano de cuidado sempre que necessário (Silva *et al.*, 2022).

Outra ferramenta essencial na assistência que cabe como métrica do nível de capacitação dos profissionais nas questões de saúde mental, é a escuta terapêutica e o seu uso nos cuidados primários. Tal prática é constantemente citada como intervenção nos estudos (Durgun; Ulaş, 2023; Sim *et al.*, 2023; Navarrete *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022a; Rodriguez *et al.*, 2021; Ayinde *et al.*, 2018; Elkhodr *et al.*, 2018; Olson *et al.*, 2018; Glavin, 2012; Harvey; Fisher; Green, 2012; Mccarthy; McMahan, 2008), e esta refere-se à habilidade do profissional de saúde em ouvir o paciente de forma ativa e empática, buscando compreender suas experiências, emoções e preocupações enquanto sujeito biopsicossocial (Do Nascimento *et al.*, 2020).

Apesar de sua aplicabilidade parecer simples, a escuta terapêutica é uma importante ferramenta de cuidado em saúde mental que auxilia na classificação do risco e escalonamento do cuidado e, portanto, requer conhecimento do profissional quanto à sintomatologia dos transtornos mentais e capacidade de identificação dos mesmos (Gusmão *et al.*, 2022). A união de um cuidado sistematizado com o comprometimento do profissional em prestar uma assistência de qualidade pode resultar em melhora da autopercepção do paciente e no controle da ansiedade de depressão (Nascimento *et al.*, 2020).

Em uma sociedade onde os recursos tecnológicos possibilitaram o acesso rápido a informações sobre saúde, observa-se uma tendência crescente de autodiagnóstico entre as pessoas, especialmente no que diz respeito a questões relacionadas à saúde mental. A facilidade de correlacionar sintomas com diagnósticos via ferramentas *on-line*, como testes de avaliação de sintomas e

questionários de saúde mental, contribui para que os indivíduos busquem compreender suas próprias condições psicológicas (Wimbarti; Kairupan; Tallei, 2024).

Tal situação pode criar ainda mais desafios para os profissionais de saúde na APS. Pacientes que chegam aos serviços de saúde com diagnósticos autoproclamados podem influenciar a dinâmica da consulta, afetando as decisões clínicas e criando obstáculos para a compreensão aprofundada da real condição do paciente. A presença do autodiagnosticado também pode aumentar o risco de automedicação e autotratamento, impactando adversamente o plano de cuidados recomendado pelos profissionais de saúde (Jacobson *et al.*, 2022).

Para a definição de um diagnóstico de transtorno mental relacionado ao puerpério, além do histórico de saúde física, mental e hábitos de vida da mulher, é necessário investigar o sistema de suporte social e familiar, níveis de escolaridade e condições socioeconômicas, planejamento familiar, enfrentamento de experiências relacionadas a maternidade, como a amamentação, e seus desafios na adaptação ao papel de mãe (Santos *et al.*, 2023).

Um estudo realizado por Nakku, *et al.* (2016), que explorou barreiras e facilitadores do cuidado em saúde mental em ambientes de cuidados primários num distrito rural de baixos rendimentos no Uganda, abordou como o alto nível de pobreza e a falta de apoio dos cônjuges dificultavam o retorno das mães para receber os cuidados pós-parto, uma vez que foi identificado o risco de transtornos mentais.

Outra barreira apresentada neste estudo foram as crenças negativas sobre as causas da doença mental nas gestantes ou puérperas. Culturalmente, a comunidade acreditava que uma mulher com acometimentos mentais estava sob efeito de bruxaria, considerando-as “doentes inúteis” que não necessitavam de cuidados. Tal crença estigmatiza e prejudica a busca por uma assistência em saúde que previna a piora de desses quadros (Nakku *et al.*, 2016).

Ao considerar esses diferentes aspectos da realidade dessas mulheres, os profissionais podem realizar uma avaliação de saúde mental abrangente e desenvolver um plano de tratamento personalizado e eficaz para atender às necessidades específicas desse grupo. Mais uma vez, torna-se imprescindível que a equipe de saúde tenha competências que os auxiliem na identificação de

acometimentos e na prestação de um cuidado eficaz, que abarque diferentes realidades e culturas (Maciel *et al.*, 2019b).

Quanto aos profissionais de saúde que ofertam os cuidados em saúde mental na APS, observamos diversas categorias participantes do processo de cuidar, conforme o modelo de APS em que está inserida. Dentre os profissionais, temos enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico, nutricionistas, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, paramédicos, parteiras, auxiliares, conselheiros, educador físico, estudantes, prestador de saúde comportamental e visitantes de saúde.

Observou-se que os enfermeiros emergem como profissionais preeminentes na oferta de cuidados em saúde mental nos serviços de APS (Durgun; Ulaş, 2023; Sim *et al.*, 2023; Pérez *et al.*, 2022; Navarrete *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022a; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Olson *et al.*, 2018; Rowe *et al.*, 2017; Peres, 2017; Baron *et al.*, 2016; Schmied *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2016; Borglin; Hentzel; Bohman, 2015; Rojas *et al.*, 2015; Glavin; Grote *et al.*, 2014; Rollans *et al.*, 2013; Harvey; Fisher; Green, 2012; Ellefsen; Erdal, 2010; Kuosmanen *et al.*, 2010; Mccarthy; Wood; Middleton; Leonard, 2010; Bowen *et al.*, 2008; McMahon, 2008; Davies; Howells; Jenkins, 2003). Entre os cuidados prestados, destacam-se visitas domiciliares, escuta ativa, reuniões em grupo, triagens sobre violência doméstica, uso de drogas, histórico de saúde mental e até prestação de ajuda prática na residência dos pacientes. Fazem uso, também, de instrumentos de triagem, como a EPDS, PDSS e PHQ-2, para auxiliar na detecção dos transtornos mentais.

Entretanto, o excesso de responsabilidades sobre os enfermeiros, constantemente designados como principais prestadores de cuidados, é uma problemática que emerge dessa análise. Embora esses profissionais desempenhem um papel crucial, é necessário abordar a sobrecarga que recai sobre esses profissionais, resultante de uma distribuição desigual de responsabilidades à equipe multiprofissional, que leva os mesmos a não realização de um cuidado adequado ou até mesmo a transferência da assistência a outros níveis de atenção à saúde (Pérez-Francisco *et al.*, 2020).

A centralização dos cuidados em saúde mental nos enfermeiros no contexto da APS pode comprometer a qualidade e eficácia dos serviços, limitando potencialmente a atenção individualizada que puérperas necessitam. A sobrecarga

também representa um desafio para a sustentabilidade da prática profissional, podendo impactar negativamente na saúde física e mental desses profissionais (Pérez-Francisco *et al.*, 2020).

Corroborando com tal discussão, outro resultado relevante foi a prática de encaminhamento realizada pelos profissionais no contexto dos cuidados primários (Sim *et al.*, 2023; Navarrete *et al.*, 2022; Pérez *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022a; Rodriguez *et al.*, 2021; Lomonaco-Haycraft *et al.*, 2019; Elkhodr *et al.*, 2018; Olson *et al.*, 2018; Peres, 2017; Baron *et al.*, 2016; Borglin; Hentzel; Bohman, 2015; Rojas *et al.*, 2015; Grote *et al.*, 2014; Harvey; Fisher; Green, 2012). A maioria dos estudos que apresentaram o encaminhamento como parte da assistência prestada, realizaram a triagem e prestaram pouca ou nenhuma intervenção quanto ao encontrado na avaliação. Os que apresentaram algum cuidado antes de realizar o encaminhamento, citaram apenas a prestação de uma “estratégia de intervenção breve” (Harvey; Fisher; Green, 2012) e “prestação de serviços de apoio habituais” (Grote *et al.*, 2014).

Os encaminhamentos apresentados nos estudos eram realizados para uma variedade de profissionais e locais, incluindo níveis terciários, como hospitais psiquiátricos e serviços gratuitos oferecidos por faculdades, além de consultórios médicos e psiquiátricos nos âmbitos públicos e privados de saúde (Rodriguez *et al.*, 2021; Peres, 2017; Baron *et al.*, 2016; Rojas *et al.*, 2015). Em casos de recusa do encaminhamento para cuidados terciários, eram oferecidos às mulheres encaminhamentos para serviços comunitários de saúde mental, focados em aconselhamento e apoio psicológico (Sim *et al.*, 2023). Observou-se que, em alguns casos, os profissionais apenas dialogavam e orientavam as pacientes a buscar suporte psicológico, sem necessariamente acompanhar o processo (Navarrete *et al.*, 2022).

Tal situação enfatiza a dificuldade que os profissionais apresentam diante da necessidade de identificar suas atribuições no cenário da APS, o que leva à transferência do cuidado para outros níveis da saúde. O estudo realizado por Rotoli *et al.*, (2019) demonstrou em seus resultados que os profissionais da APS acreditam que o encaminhamento é uma conduta que promove o cuidado em saúde mental, exibindo como os mesmos não compreendem o poder de resolutividade no próprio contexto no qual estão inseridos.

A resolutividade é um dos princípios fundamentais dos serviços de saúde, sobretudo da APS, visto que é uma maneira de se avaliar a assistência a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (Vasconcelos *et al.*, 2018). Em contrapartida, os encaminhamentos aos serviços especializados, considerados pelos profissionais da APS como uma intervenção em saúde mental, diminui o vínculo e a corresponsabilização, dificulta a implementação da reabilitação psicossocial na APS e, por ocorrer sem critérios e fluxogramas estabelecidos, implica na perda do seguimento de um cuidado adequado (Rotoli *et al.*, 2019).

Para auxiliar nesse processo de resolutividade no contexto da APS, tem-se uma importante estratégia, intitulada matriciamento, que facilita a articulação do cuidado por meio da regulação das redes de atenção que garante a interação entre diversas especialidades, complementando a assistência em saúde mental neste cenário. Essa abordagem permite que ocorra uma construção compartilhada do cuidado proposta por uma intervenção pedagógico-terapêutica (Freire *et al.*, 2020).

O suporte especializado prestado às equipes que atuam na assistência primária reforça o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, possibilita a elaboração de planos de cuidado personalizados que atendam às necessidades específicas de cada paciente, além de contribuir para a capacitação dos profissionais da APS em saúde mental, promovendo o desenvolvimento de habilidades clínicas e aprimorando a qualidade do cuidado oferecido (Iglesias; Avellar, 2019).

Uma assistência que permite a colaboração de trabalhadores de diversas especialidades e equipes de referência da atenção primária ocasiona a ruptura dos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados da saúde. Ao promover fluxos contínuos de cuidado em espaços apropriados, tendo em vista a integralidade da assistência, colabora-se com o cuidado em saúde mental que, além de rastrear, diagnosticar e tratar, possibilita a promoção da saúde e prevenção de demais acometimentos (Moreira; Onocko-Campos, 2017).

Curiosamente, apesar de sua importância fundamental no cuidado em saúde mental e nos princípios dos cuidados primários, as ações de promoção têm recebido pouca atenção nos estudos (Durgun; Ulaş, 2023; Sim *et al.*, 2023; Li *et al.*, 2016; Glavin, 2012; Harvey; Fisher; Green, 2012; Kuosmanen *et al.*, 2010; Wood; Middleton; Leonard, 2010; Bowen *et al.*, 2008), enquanto os cuidados de prevenção foram completamente negligenciados em todas as pesquisas analisadas.

As ações abordadas que buscavam promover a saúde mental das puérperas foram terapia e reuniões em grupo ou individual (Bowen *et al.*, 2008; Kuosmanen *et al.*, 2010); sessões de aconselhamento e apoio (Glavin, 2012); grupos de apoio educacional (Li *et al.*, 2016); grupos de trabalho para mães (Wood; Middleton; Leonard, 2010); apoio a amamentação, escuta ativa e diálogos sobre enfrentamento à mãe e ao pai (Durgun; Ulaş, 2023); informação sobre fatores de proteção e melhoria da saúde mental (Harvey; Fisher; Green, 2012) e até uso de folhetos educativos sobre cuidados em saúde mental pós-natal (Sim *et al.*, 2023).

A promoção da saúde é um dos alicerces da assistência prestada no contexto da APS, visto que este nível de atenção à saúde é o primeiro contato de pacientes que necessitam de cuidados. Em vista deste papel crucial e da vasta gama de ferramentas que possibilitam a APS a ofertar um cuidado centrado no paciente, nota-se a possibilidade de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, haja vista a pluralidade das necessidades de saúde das puérperas que apresentam algum transtorno mental (Carlise Mattioni *et al.*, 2022).

Assim, é imprescindível reiterar a importância de políticas públicas que estabeleçam intervenções e estratégias de promoção em saúde mental na atenção primária. Tais políticas devem favorecer a consolidação das propostas de educação continuada em saúde mental dos profissionais, por meio de incentivos e avaliações regulares de sua formação para prática em saúde mental nos serviços primários, a fim de viabilizar a articulação de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo (Prado; Santos, 2018).

Tão importantes quanto as ações de promoção em saúde mental na APS, temos os cuidados preventivos, que desempenham um papel crucial na identificação precoce de fatores de risco e na intervenção oportuna para evitar o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Nunes *et al.*, 2020). Contudo, a abordagem de tal assistência foi pouco discutida nos estudos elencados e, mesmo utilizando de estratégias que cabiam a oferta de um cuidado preventivo, como a visita domiciliar, os profissionais que prestavam tal ação, a utilizavam apenas para acompanhar o tratamento (Borglin; Hentzel; Bohman, 2015; Rollans *et al.*, 2013; Glavin, 2012; Glavin; Ellefsen; Erdal, 2010; Mccarthy; McMahan, 2008; Davies; Howells; Jenkins, 2003).

Ações como o acompanhamento no pré-natal adequado, na qual o serviço de saúde garante consultas regulares durante a gravidez a fim de identificar

possíveis fatores de risco que possam afetar o período pós-parto, além de diagnosticar e tratar precocemente quaisquer complicações médicas que possam surgir durante o puerpério são fundamentais para a prevenção de agravos neste período (Santos et al., 2022).

Utilizar desses momentos para oferecer informações detalhadas sobre o processo de parto, cuidados com o recém-nascido, orientar quanto as mudanças físicas e emocionais esperadas no pós-parto, ofertando às mães apoio emocional e prático, auxilia na redução do estresse e promove o bem-estar durante essa fase desafiadora (Santos et al., 2022).

Em suma, é evidente a necessidade de mais investigações sobre os cuidados em saúde mental oferecidos às puérperas na APS e como é possível melhorá-los neste contexto de atenção à saúde. A priori, percebe-se que a capacitação dos profissionais é primordial para que se obtenha os conhecimentos necessários para identificar precocemente os transtornos mentais, diagnosticar e tratar corretamente os mesmos, além de gerir os casos que necessitam de encaminhamento.

Considerando isso, estudos adicionais que contribuam para esse debate podem colaborar significativamente com o desenvolvimento de estratégias eficazes para promover a saúde mental dessa população, bem como prevenir agravos. Portanto, aponta-se que investigações futuras têm o potencial de construir evidências mais robustas para a prática do cuidado em saúde mental no ambiente da APS.

## 7. CONCLUSÕES

Esta revisão teve como intuito responder à questão de pesquisa “Quais são os cuidados em saúde mental ofertados às puérperas na Atenção Primária à Saúde de acordo com a literatura?” com o objetivo de mapear a produção científica acerca dos cuidados em saúde mental que estão sendo ofertados às puérperas neste cenário e apresentar a relação estabelecida entre saúde mental de puérperas e os cuidados prestados no contexto da APS.

Algumas limitações foram identificadas: por se tratar de uma revisão de escopo, não foi realizada uma análise crítica dos resultados identificados nos estudos que compuseram a amostra. Nesse sentido, novos estudos nesta temática devem utilizar outras abordagens metodológicas, tais como revisões sistemáticas e estudos qualitativos, que viabilizem tal análise. Houve, também, uma restrição das buscas apenas para os idiomas português, inglês e espanhol, limitando a inclusão de estudos publicados nos demais idiomas. Além disso, foram excluídos os estudos indisponíveis na íntegra de forma gratuita, assim como os estudos oriundos de bases de dados que apresentaram instabilidade de acesso ou estavam indisponíveis pelo acesso CAFE no portal de periódicos CAPES. Esta exclusão provoca, portanto, possíveis limitações em relação à quantidade de resultados apresentados.

O estudo realizado permitiu uma visão abrangente das práticas e intervenções realizadas em diversos cenários de cuidados primários do mundo, fornecendo *insights* valiosos sobre a diversidade de abordagens adotadas em diferentes contextos culturais e sociais. Contudo, foram identificadas lacunas significativas na oferta de cuidados em saúde mental para puérperas na APS, uma vez que os achados apresentaram um cuidado que se reduz ao rastreamento dos acometimentos e encaminhamento dos mesmos para outros níveis de atenção à saúde.

Este resultado sugere a necessidade de uma abordagem mais abrangente e integrada que priorize a continuidade do cuidado em saúde mental no ambiente da APS. Para isso, é necessário prover a capacitação dos profissionais que prestam cuidados primários, tanto para acolher quanto para fornecer uma assistência integral e centrada no paciente. Além disso, o estabelecimento de protocolos e diretrizes que direcionam o cuidado em saúde mental no ambiente da APS, são essenciais para

subsidiar as tomadas de decisões por parte dos gestores e habilitar a atuação dos profissionais neste cenário.

Embora tenham sido identificadas lacunas na oferta e realização dos cuidados, especialmente no que diz respeito à continuidade da atenção ao paciente e à capacitação dos profissionais, é fundamental reconhecer que a APS desempenha um papel crucial no cenário da saúde mental no puerpério. Portanto, é imperativo que políticas públicas e diretrizes sejam pensadas e estabelecidas para a promoção de melhorias dos serviços de saúde mental na APS. Estas ações são essenciais para promover uma assistência de qualidade e garantir o bem-estar mental, garantindo uma abordagem holística que atenda às necessidades gerais e específicas das puérperas.

## 8. REFERÊNCIAS

Agapidaki E, Souliotis K, Jackson SF, Benetou V, Christogiorgos S, Dimitrakaki C, *et al.* Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-108>.

Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *ID on line Revista de Psicologia*. 2020;14(49):114–26. Available from: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i49.2324>.

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014;1–992

Andrade APM de, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21(63):811–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>.

Andrade GD, Catelan-Mainardes SC. Baby blues: sinais, alertas e fatores de proteção. *Brazilian Journal of Development*. 2022;8(9):61900–18. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-098>.

Antonio CR, Mangini FN da R, Lunkes AS, Marinho L de CP, Zubiaurre P de M, Rigo J, *et al.* Projeto terapêutico singular: potencialidades e dificuldades na saúde mental. *Linhas Críticas*. 2023;29:e45423. Available from: <https://doi.org/10.26512/lc29202345423>.

Aquino LC de, Cordeiro LS, Barbosa PC de O, Martin N, Pinto-Fochi ME. Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Ulakes Journal Of Medicine*. 2022;2(3):1–8. Available from: <https://doi.org/10.56084/ulakesjmed.v2i3.718>.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. Available from: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.

Ayala NK, Lewkowitz AK, Whelan AR, Miller ES. Perinatal Mental Health Disorders: A Review of Lessons Learned from Obstetric Care Settings. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023;19:427–32. Available from: <https://doi.org/10.2147/NDT.S292734>.

Ayinde OO, Oladeji BD, Abdulmalik J, Jordan K, Kola L, Gureje O. Quality of perinatal depression care in primary care setting in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):879. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3716-3>.

Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2019;24(11):4227–38. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>.

- Baron EC, Hanlon C, Mall S, Honikman S, Breuer E, Kathree T, *et al.* Maternal mental health in primary care in five low- and middle-income countries: A situational analysis. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1291-z>.
- Barros MSF, Costa L de A, Brito PF, Marques GAR, Silva GP, Sousa LG da S, *et al.* Baby blues e suas implicações na saúde psíquica da mulher: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2023;12(6):e8012641977. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.41977>.
- Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, *et al.* Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health.* 2019;4(8):e001551. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001551>.
- Bomfim VVB da S, Araújo P da C, Neves APCD, Lima TM dos S, Sobrinho WD, Silva MES da, *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos. *Research, Society and Development.* 2022;11(7):e0111728618. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.28618>.
- Borglin G, Hentzel J, Bohman DM. Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 2015;16(5):470–80. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423615000055>.
- Bowen A, Baetz M, Mckee N, and Klebaum N. Optimizing Maternal Mental Health Within A Primary Health Care Centre: A Model Program. *Canadian Journal of Community Mental Health.* 2009.27(2):105-116. Available from: <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2008-0021>.
- Boyd RC, Zayas LH, McKee MD. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Matern Child Health J.* 2006;10(2):139–48. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-005-0042-2>.
- Brasil RDD, Lacchini AJB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental.* 2021;10:10–1. Available from: <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v10n1-2>.
- Campos CA, Silva HMM, Viviani MMF, Pereira MMA, Santos RC, Vasconcelos SE, *et al.* Fatores de risco, proteção, diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto no contexto da atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2021;13(1):e5410. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e5410.2021>.
- Campos PA, Féres-Carneiro T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP.* 2021;32. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>.
- Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFC da S, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, *et al.* Mental health assistance in Primary Care: the perspective of

professionals from the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0326>.

Carvalho GM, Oliveira LR, Santos RV, Camiá GEK, Soares LH. Transtornos mentais em puérperas: análise da produção de conhecimento nos últimos anos. *Brazilian Journal of Health Review.* 2019;2(4):3541–58. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-117>.

Cavalcante AC, Silva RM. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(4):2211–20. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400020>.

Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, Didoni A, Fortinguerra F, Sciascia T, *et al.* Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1205-6>.

Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2021;26(9):4021–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.

Costa CHG, Caporal M. Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério e seus fatores influenciadores em unidades de saúde da família no município de Cascavel – PR. *Research, Society and Development.* 2022;11(16):e494111638633. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38633>.

Davies BR, Howells S, Jenkins M. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *J Adv Nurs.* 2003;44(3):248–55. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02799.x>.

Dixon S, McNiven A, Connolly A, Hinton L. Women’s health and primary care: Time to get it right for the life course. Vol. 71, *British Journal of General Practice.* Royal College of General Practitioners; 2021. p. 536–7. Available from: <https://doi.org/10.3399/bjgp21X717713>.

Durgun SK, Ulaş SC. Knowledge and Practices of Primary Health Care Professionals on Maternal Blues. *Int J Ment Health Addict.* 2023;21(1):650–65. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00887-x>.

Elkhodr S, Saba M, O’Reilly C, Saini B. The role of community pharmacists in the identification and ongoing management of women at risk for perinatal depression: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry.* 2018;64(1):37–48. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764017746198>.

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate.* 2018;42(1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28(3):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000300006>.

Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):79–84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>.

Fófano GA, Da Silva LV, Dos Reis MF, Teixeira HLP, Avelar G de A, De Abreu FC, *et al*. A situação dos ensaios clínicos relacionados às doenças mentais comuns. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(3):e6694. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e6694.2021>.

Frazão MGO, Lopes ET, Couto SIS, Silva LGF, Mousinho MGCP, Araújo MCS, *et al*. Assistência de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Básica: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*. 2022;11(2):e25211225655. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25655>.

Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(3):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>.

Frias A, Ferreira L, Sousa L. Alterações da imagem corporal e sexualidade na gravidez. Em: Toledo LV, organizador. *Gerenciamento de Serviços e Enfermagem 2*. Ponta Grossa-Paraná: Atena Editora. 2021:1–11. Available from: <https://doi.org/10.22533/at.ed.680212701>.

Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis. *Curr Psychiatry Rep*. 2023;25(2):65–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>.

Garcia NP, Viana AL, Santos F, Matumoto S, Kawata LS, Freitas KD. The nursing process in postpartum consultations at Primary Health Care Units\*. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2021;55:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020005103717>.

Garcia-Leal C, Rezende MG, Corsi-Zuelli FMG, Castro M, Del-Ben CM. The functioning of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in postpartum depressive states: a systematic review. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2017;12(5):341–53. Available from: <https://doi.org/10.1080/17446651.2017.1347500>.

Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cad Saude Publica*. 2018;34(8). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.

Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs*. 2010;27(3):255–62. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x>.

Glavin K. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing*. 2012;17(2):142–56. Available from: <https://doi.org/10.1177/1744987111433447>.

Gonçalves JR, Costa RC. O Direito à Saúde, à efetividade e a qualidade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de Atenção à Saúde da Mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2019;2(4). Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4458722>.

Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, Carson K, Curran M, Galvin E, *et al.* Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study. *Contemp Clin Trials*. 2014;39(1):34–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.07.001>.

Gusmão ROM, Viana TM, Araújo DD, Torres JDRV, Junior RFS. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2022;10(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022>.

Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13<sup>o</sup> ed. Elsevier; 2017.

Hadfield H, Glendenning S, Bee P, Wittkowski A. Psychological Therapy for Postnatal Depression in UK Primary Care Mental Health Services: A Qualitative Investigation Using Framework Analysis. *J Child Fam Stud*. 2019;28(12):3519–32. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01535-0>.

Harvey ST, Fisher LJ, Green VM. Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21(1):75–81. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00766.x>.

Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461–72. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4).

Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1247–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>.

Jacobson NC, Yom-Tov E, Lekkas D, Heinz M, Liu L, Barr PJ. Impact of online mental health screening tools on help-seeking, care receipt, and suicidal ideation and suicidal intent: Evidence from internet search behavior in a large U.S. cohort. *J Psychiatr Res*. 2022;145:276–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.010>.

Kalra H, Tran T, Romero L, Chandra P, Fisher J. Burden of severe maternal peripartum mental disorders in low- and middle-income countries: a systematic

review. Archives of Women's Mental Health. Springer. 2022;25(2):267-275 Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01201-9>.

Kuosmanen L, Vuorilehto M, Kumpuniemi S, Melartin T. Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010;17(6):554–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01578.x>.

Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, *et al*. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. J Public Health (Bangkok). 2011;33(2):292–301. Available from: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq075>.

Li H, Bowen A, Szafron M, Moraros J, Muhajarine N. Maternal mental health: A shared care approach. Prim Health Care Res Dev. 2016;17(2):175–83. Available from: <https://doi.org/10.1017/S146342361500033X>.

Lima M de OP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta Paulista de Enfermagem. 2017;30(1):39–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.

Lomonaco-Haycraft KC, Hyer J, Tibbits B, Grote J, Stainback-Tracy K, Ulrickson C, *et al*. Integrated perinatal mental health care: A national model of perinatal primary care in vulnerable populations. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e77. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423618000348>.

Lopes KB, Ribeiro JP, Porto AR. Estratégias de cuidado às gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas: revisão integrativa. Revista Enfermagem UERJ. 2020;28:e49518. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49518>.

Maciel LP, Costa JCC, Campos GMB, Dos Santos NM, De Melo RA, Diniz LFB. Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion / Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2019;11(4):1096–102. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>.

Malhi GS, Gessler D, Outhred T. The use of lithium for the treatment of bipolar disorder: Recommendations from clinical practice guidelines. J Affect Disord. 2017;217:266–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.052>.

Martins DC, Silva GM da, Pesce GB, Fernandes CAM. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age. Rev Bras Enferm. 2022;75(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015>.

Mattioni FC, Brochier LSB, Leão JGF, Zago PTN, Rocha CMF. A Atenção Primária em Saúde como cenário de práticas de promoção da saúde: Revisão integrativa. Revista Contexto & Saúde. 2022;22(45):e12886. Available from: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.12886>.

McCarthy M, McMahon C. Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health Care Women Int.* 2008;29(6):618–37. Available from: <https://doi.org/10.1080/07399330802089172>.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 1–82 p.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Gabinete do Ministro, Brasília; 2000.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro; 2014.

Ministério da Saúde. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico* [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 163 p.

Monteiro FN de S, Freire BL da S, Moraes MEV de, Amorim MCA de, Leite SRR de F, Souza ASR de. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: revisão sistemática de estudos de validação em puérperas [Trabalho de Conclusão de Curso]. Pernambuco: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2020.

Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(1):54–61. Available from: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>.

Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*. 2017;26(2):462–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>.

Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression [Internet]. StatPearls [Internet]., organizador. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>.

Munk-Olsen T, Pedersen HS, Laursen TM, Fenger-Gron M, Vedsted P, Vestergaard M. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):127–33. Available from: <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041832>.

Nakku JEM, Okello ES, Kizza D, Honikman S, Ssebunnya J, Ndyabangi S, *et al*. Perinatal mental health care in a rural African district, Uganda: a qualitative study of barriers, facilitators and needs. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):295. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1547-7>.

Nascimento JMF, Neto FJDC, Vieira Júnior DN, Braz ZR, Costa Júnior IG, Ferreira ACDC, *et al*. Escuta terapêutica: uma tecnologia do cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2020;14:1–10. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244257>.

Nascimento JWA do, Conceição DC de O, Pessôa Filho AT, Silva CAV da, Araújo JS de, Mota CS de M, *et al*. Fatores associados a ocorrência de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*. 2022;11(3):e43811326858. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26858>.

Navarrete L, Lara MA, Berenzon S, Mora-Rios J. Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers. *Int J Womens Health*. 2022;14:1667–79. Available from: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S381196>.

Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas G, Chrousos G, *et al*. Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(13):2253–62. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594>.

Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1): e20190104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>.

Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, Ghosh S. Going home with baby: Innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;20. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423618000932>.

Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

Passos J de A, Arrais A da R, Firmino VHN. Saúde Mental na Perinatalidade: perspectivas de usuárias e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2020;31(01):161–78. Available from: <https://doi.org/10.51723/ccs.v31i01.581>.

Pedrosa ER, Silva MD da, Miranda R da S. Baby blues na atenção primaria: reflexos entre mãe e o recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(9):e4137. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e4137.2020>.

Pereira RMP, Amorim FF, Gondim M de F de N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24(suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>.

Peres M, Damacena R, Rogério J, Reichow C, Castro AF, *et al*. Depressão Pós-Parto e os Efeitos no Desenvolvimento Infantil: Uma Revisão de Literatura. *Revista Panorâmica Online [Internet]*. 2020;30:1–12. Available from: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/article/view/1145>.

Peres PS. Assistência de Enfermagem à Saúde Mental de Gestantes e Puérperas na Atenção Básica [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; 2017.

Pérez JC, Aldoney D, García MI, Olhaberry M, Fernández O, Alamo N, *et al*. Online intervention to prevent postnatal depression and anxiety in Chilean new mothers: Protocol for a feasibility trial. *Health Informatics J*. 2022;28(4). Available from: <https://doi.org/10.1177/14604582221135440>.

Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare*. 2020;8(1):12. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>.

Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. Em: *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020:406–51.

Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):141–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.

Pinto IR, Martins VE, Oliveira JF de, Oliveira KF de, Paschoini MC, Ruiz MT. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. *Escola Anna Nery*. 2021;25(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0249>.

Pontes C de O, Santos AAP dos, Santos J de SR dos, Pereira DCAS, Lôbo ALS de F, Alves V de M. Fatores de risco para transtornos mentais relacionados ao puerpério em mulheres de baixa renda. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2023;13(41):87–99. Available from: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.87-99>.

Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):379–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>.

Presidência da República. Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código penal. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. 1940.

Presidência da República. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990:18055–9.

Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2020;49(2):127–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>.

Rezende FJ, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 11º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.

Rodriguez AN, Holcomb D, Fleming E, Faucher MA, Dominguez J, Corona R, *et al*. Improving access to perinatal mental health services: the value of on-site resources. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021;3(6). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100456>.

Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, *et al*. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile*. 2015;143(4):424-432. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400002>.

Rollans M, Schmied V, Kemp L, Meade T. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC Women's Health*. 2013;13(18):1-14. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-18>.

Rotoli A, Silva MRS da, Santos AM dos, Oliveira AMN de, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Escola Anna Nery*. 2019;23(2):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>.

Rowe HJ, Wynter KH, Burns JK, Fisher JRW. A complex postnatal mental health intervention: Australian translational formative evaluation. *Health Promot Int*. 2017;32(4):610–23. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav110>.

Sadeghi Bazargani H, Saadati M, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Golestani M. Forty years after Alma-Ata: How people trust primary health care? *BMC Public Health*. 2020;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09082-w>.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11<sup>o</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Santana GW, Maurique L de S, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CSM, *et al*. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates em Psiquiatria*. 2022;12:1–23. Available from: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.376>.

Santos A, Rodrigues A, Doce D, Solda F, Guerreiro G, Goes M, *et al*. Os Efeitos da Depressão Pós-Parto nas Puérperas. *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento* [Internet]. 2023;9:1–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9>.

Santos BTA dos, Carneiro GA, Lara JA, Menezes RF, Esteves RB, Chaves M. A importância da abordagem do enfermeiro no pré-natal para a prevenção de problemas de saúde mental em puérperas. *RSD* [Internet]. 11(16):e18111637341. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37341>

Santos IX de A, Oliveira MBP de, Barros RLR, Gonçalves WM dos S, Viana LRS, Andrade AFSM, *et al*. Assistência do profissional de enfermagem ao puerpério na atenção básica. *Research, Society and Development*. 2022;11(5):e2911527996. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27996>.

Santos MVM dos, Santos MGG dos, Pereira EB, Belo Neto RV, Lima GC de BB, Martins M de CV, *et al*. Assistência de enfermagem na saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. *Research, Society and Development*. 2022;11(4):e40611426632. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26632>.

Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin MP, Johnson M. Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: A prospective study. *BMC Womens Health*. 2016;16(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0344-0>.

Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2543–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.

Shuman CJ, Peahl AF, Paredy N, Morgan ME, Chiangong J, Veliz PT, *et al*. Postpartum depression and associated risk factors during the COVID-19 pandemic. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):102. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-022-05991-8>.

Silva DA da, Ferreira LA, Coimbra MAR, Zuffi FB, Santana LC, Leocádio MA, *et al*. Percepção de enfermeiros de estratégias saúde da família quanto à assistência às

puérperas com indicativo de depressão pós-parto. *Research, Society and Development*. 2022;11(11):e210111133425. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33425>.

Silva JF da, Nascimento MFC, Silva AF da, Oliveira PS de, Santos EA, Ribeiro FMS e S, *et al*. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2020;14. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245024>.

Silva MR da, Krebs VA. Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal/ An analysis on women's health in the puerperal period. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):611–20. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-052>.

Silva N dos S, Nunes FC, Sousa JM, Vale RRM do, Nogueira LEFL, Pinho ES, *et al*. Continuing health education for qualification of professional practice in Psychosocial Care Centers. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20210155. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0155>.

Sim CSM, Chen H, Chong SL, Xia OJ, Chew E, Guo X, *et al*. Primary health level screening for postpartum depression during well-child visits: Prevalence, associated risk factors, and breastfeeding. *Asian J Psychiatr*. 2023;87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103701>.

Sousa BM da S, Andrade J. Saúde Mental das Gestantes: a importância da assistência de Enfermagem. *Research, Society and Development*. 2022;11(5):e48711528493. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28493>.

Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*. 2021;45(130):832–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>.

Spinelli M. Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. *Arch Womens Ment Health*. 8 de outubro de 2021;24(5):817–22. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01175-8>.

Teixeira CS, Barbosa TL, Marangoni VSL, Neves ALM das, Therense M. Aspectos da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2019;13. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239705>.

Tinkelman A, Hill EA, Deligiannidis KM. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(9):1423–4. Available from: <https://doi.org/10.4088/JCP.17ac11880>.

Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, *et al*. Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med*. 2023;13(1):154. Available from: <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–73. Available from: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.

United Nations, Department of Economic, Social Affairs. *World Population Prospects 2019: Highlighths* [Internet]. New York; 2019. Available from: <https://population.un.org/wpp2019/Publications/>.

Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Do Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JDS. Avaliação da Resolutividade e Efetividade da Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. *SANARE - Revista de Políticas Públicas.* 2018;17(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>.

Vitale SG, Laganà AS, Muscatello MRA, La Rosa VL, Currò V, Pandolfo G, *et al.* Psychopharmacotherapy in Pregnancy and Breastfeeding. *Obstet Gynecol Surv.* 2016;71(12):721–33. Available from: <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000369>.

Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, *et al.* CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (2011). Vol. 1. São Paulo: EDUSP; 2011.

Wimbarti S, Kairupan BHR, Tallei TE. Critical review of self-diagnosis of mental health conditions using artificial intelligence. *Int J Ment Health Nurs.* 2024; Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.13303>.

Wood A, Middleton SG, Leonard D. “When it’s more than the blues”: A collaborative response to postpartum depression. *Public Health Nurs.* 2010;27(3):248–54. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1525-1446.2010.00850.x>.

World Health Organization. *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e com recém-nascidos para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo* [Internet]. Human Reproduction Programme; 2022. 10 p. Available from: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074>.

World Health Organization. *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* 2022. 1–224 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.

World Health Organization. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* [Internet]. Nova York; 2015. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

World Health Organization., World Organization of National Colleges A. *Integrating mental health into primary care : a global perspective.* World Health Organization; 2008. 206 p.

Young CA, Burnett H, Ballinger A, Castro G, Steinberg S, Nau M, *et al.* Embedded Maternal Mental Health Care in a Pediatric Primary Care Clinic: A Qualitative Exploration of Mothers’ Experiences. *Acad Pediatr.* 2019;19(8):934–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.08.004>.

Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(2):s56–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>.

## APÊNDICE

### Apêndice 01 – Protocolo da Revisão de Escopo

<b>PROTOCOLO DA PESQUISA</b>	
<b>Título:</b>	Cuidados em saúde mental às puérperas na atenção primária à saúde: revisão de escopo
<b>Objetivo</b>	Mapear e analisar a literatura científica acerca dos cuidados prestados à saúde mental de puérperas na Atenção Primária à Saúde.
<b>Link para acesso:</b>	<a href="https://osf.io/43gx9/">https://osf.io/43gx9/</a>
<b>Questão de pesquisa</b>	<p><b>Estratégia PCC</b></p> <p><b>P:</b> puérperas</p> <p><b>C:</b> cuidados em saúde mental</p> <p><b>C:</b> Atenção Primária à Saúde</p> <p>“Quais são os cuidados em saúde mental ofertados às puérperas na Atenção Primária à Saúde?”</p>
<b>Estratégias de busca dos artigos</b>	<p><b>Decs/Mesh:</b> Foram utilizadas as seguintes palavras-chave em inglês “Postpartum Period”, “Mental Health”, “Primary Health Care”, “Mental Health Assistance” “Mental hygiene”; em espanhol “Periodo Posparto”, “Salud Mental”, “Atención Primaria de Salud”, “Atención a la Salud Mental” e em português “Período Pós-Parto”, “Saúde mental”, “Atenção Primária à Saúde” e “Assistência à Saúde Mental” nas bases de dados incluídas.</p> <p><b>Fonte de dados:</b> Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Pubmed, Medline (via PUBMED), LILACS (via BVS), Elsevier, além das bases que indexam literatura cinzenta, que foram Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e Google Acadêmico.</p>
<b>Crítérios de elegibilidade</b>	<p>Os critérios de inclusão desta revisão de escopo foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Artigos qualitativos e quantitativos;</li> <li>● Estudos publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola;</li> <li>● Estudos que abordam os cuidados em saúde mental de puérperas na APS, sendo esses cuidados relacionados à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e atendimento de emergência;</li> <li>● Estudos publicados a partir do ano de 1978, ano de promulgação da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, quando se iniciou as discussões acerca da</li> </ul>

	<p>APS, até 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Literatura cinzenta.</li> </ul> <p>Os critérios de exclusão foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Publicações duplicadas;</li> <li>● Publicações que não focalizam no puerpério;</li> <li>● Publicações que não focalizam na APS;</li> <li>● Publicações que não focalizam os cuidados em saúde mental;</li> <li>● Estudos que apesar de tratar da temática saúde mental de puérperas na APS, não abordam os cuidados oferecidos às mesmas;</li> <li>● Cartas aos editores, pontos de vista e literatura cinza, uma vez que o presente estudo focalizou a literatura acadêmica que apresentassem discussão significativa sobre os princípios, abordagens e conceitos relacionados aos cuidados em saúde mental de puérperas na atenção primária.</li> <li>● Revisões de literatura de quaisquer tipos, pois pode levar a um viés na síntese de evidências.</li> </ul>
<b>Coleta de dados</b>	Foi utilizado o software <i>Rayyan</i> para a seleção dos estudos
<b>Extração dos dados</b>	<p>Foi utilizado um instrumento de extração elaborado pelos autores de acordo com os objetivos da revisão com os seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Autor(es) do estudo;</li> <li>● Local de realização do estudo;</li> <li>● Ano de realização do estudo;</li> <li>● Título;</li> <li>● Objetivo e finalidade do estudo;</li> <li>● Área de cuidado;</li> <li>● Resultados.</li> </ul>
<b>Síntese e apresentação dos resultados</b>	<p>Os dados coletados por meio do formulário de extração de dados foram analisados de forma quantitativa a partir de gráficos e tabelas.</p> <p>Os dados qualitativos, coletados após leitura aprofundada, foram analisados por meio da análise descritiva de conteúdo qualitativo, método proposto pelo JBI e que consiste em oferecer uma síntese dos dados codificados relacionados a uma categoria específica, ou seja, a codificação e categorização de intervenções, estratégias ou comportamentos para um modelo ou teoria de mudança comportamental (PETERS et al., 2020).</p>

## Apêndice 02 – Instrumento para extração de dados

<b>INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS</b>	
Título	
Autor	
Ano de realização do estudo	
País de realização do estudo	
Metodologia	
Objetivo do estudo	
Área de cuidado	
Tipo de cuidado de saúde mental	
Profissional que realiza o cuidado	