

**Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto**

**Knowledge of family health strategy professionals about postpartum depression**

**Conocimiento de los profesionales de la estrategia de salud familiar sobre la depresión posparto**

Recebido: 21/04/2020 | Revisado: 26/04/2020 | Aceito: 30/04/2020 | Publicado: 14/05/2020

**Carmen Luiza da Silva Gonçalves**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5504-9579>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [carmenluiza1960@gmail.com](mailto:carmenluiza1960@gmail.com)

**Adriane Maria Netto de Oliveira**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9422-423X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [adrianenet@vetorial.net](mailto:adrianenet@vetorial.net)

**Romario Daniel Jantara**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7417-499X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [romario.jantara@gmail.com](mailto:romario.jantara@gmail.com)

**Giovana Calcagno Gomes**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2464-1537>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [giovanacalcagno@furg.br](mailto:giovanacalcagno@furg.br)

**Mara Regina Santos da Silva**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7385-7609>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [marare@brturbo.com.br](mailto:marare@brturbo.com.br)

**Marla do Santos Afonso**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7014-5999>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [marla\\_afonso@hotmail.com](mailto:marla_afonso@hotmail.com)

## **Resumo**

Este estudo teve como objetivo conhecer o preparo e a capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família para atuarem frente à detecção e intervenção da Depressão Pós-Parto materna, a partir de um estudo descritivo exploratório, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, no período de junho a setembro de 2016, mediante entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da Análise Temática de Conteúdo. Os resultados da análise de dados foram compilados em duas categorias temáticas: O despreparo dos profissionais de saúde frente à Depressão Pós-Parto e O reconhecimento da necessidade de capacitações sobre a Depressão pós-parto. Apesar de ser verificado despreparo e falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde para atuarem identificando e intervindo na Depressão Pós-parto materna, os trabalhadores reconheceram a necessidade de ações educativas para qualificar a assistência prestada por eles. Dessa forma, entende-se que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve ser incorporada de modo efetivo nos serviços de Atenção Primária, assim como ações de educação permanente devem ser implementadas e mantidas na rotina de trabalho da Estratégia Saúde da Família, abordando temas diversificados, em especial aqueles em que a equipe encontra fragilidades, como é o caso da Depressão pós-parto. Ressalta-se ainda a necessidade de esforços interprofissionais, para garantir preparação adequada dos trabalhadores e qualificação da assistência à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, destacando-se como exemplos, o pré-natal psicológico e o apoio matricial.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto; Educação permanente; Profissionais da saúde; Saúde da família.

## **Abstract**

This study aimed to learn about the preparation and training of professionals in the Family Health Strategy to work in the detection and intervention of Postpartum Maternal Depression, based on an exploratory descriptive study carried out in four Basic Family Health Units, from June to September 2016, through semi-structured interviews, analyzed by means of Thematic Content Analysis. The results of the data analysis were compiled into two thematic categories: The unpreparedness of health professionals in the face of Postpartum Depression and The recognition of the need for training on Postpartum Depression. Despite the unpreparedness and lack of technical and scientific training of health professionals to identify and intervene in maternal postpartum depression, workers recognized the need for educational actions to qualify the assistance provided by them. Thus, it is understood that the National Policy for

Permanent Education in Health must be effectively incorporated into Primary Care services, as well as permanent education actions must be implemented and maintained in the work routine of the Family Health Strategy, addressing themes diversified, especially those in which the team finds weaknesses, such as postpartum depression. It is also worth mentioning the need for interprofessional efforts, to ensure adequate preparation of workers and qualification of assistance to women in their puerperal pregnancy cycle, with examples such as psychological prenatal care and matrix support.

**Keywords:** Postpartum depression; Continuing education; Health professionals; Family health.

### **Resumen**

Este estudio tenía como objetivo aprender sobre la preparación y capacitación de profesionales de la Estrategia de salud familiar para trabajar en la detección e intervención de la depresión materna posparto, en base a un estudio descriptivo exploratorio, realizado en cuatro unidades básicas de salud familiar, de junio a septiembre de 2016, a través de entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante análisis de contenido temático. Los resultados del análisis de datos se compilaron en dos categorías temáticas: la falta de preparación de los profesionales de la salud frente a la depresión posparto y el reconocimiento de la necesidad de capacitación sobre la depresión posparto. A pesar de la falta de preparación y la falta de capacitación técnica y científica de los profesionales de la salud para identificar e intervenir en la depresión materna posparto, los trabajadores reconocieron la necesidad de acciones educativas para calificar la asistencia brindada por ellos. Por lo tanto, se entiende que la Política Nacional de Educación Permanente en Salud debe incorporarse efectivamente a los servicios de Atención Primaria, así como las acciones de educación permanente deben implementarse y mantenerse en la rutina de trabajo de la Estrategia de Salud Familiar, abordando temas diversificado, especialmente aquellos en los que el equipo encuentra debilidades, como la depresión posparto. También se enfatiza la necesidad de esfuerzos interprofesionales para garantizar la preparación adecuada de los trabajadores y la calificación de la asistencia a las mujeres en su ciclo de embarazo puerperal, destacando como ejemplos, atención psicológica prenatal y apoyo matricial.

**Palabras clave:** Depresión posparto; Educación permanente; Profesionales de la salud; Salud familiar.

## 1. Introdução

A doença mental perinatal trata-se de uma complicação significativa da gravidez e do puerpério e refere-se aos transtornos mentais que prevalecem durante a gestação até um ano após o parto (O'hara & Wisner, 2014). Um dos transtornos perinatais é a depressão perinatal, sendo também denominada como depressão pós-parto materna (DPP-M), caracterizada por sintomas como baixo humor, perda do interesse em atividades cotidianas, sentimento de culpa, inutilidade, desesperança, alterações no sono, choro e, em alguns casos, pensamentos de lesões de automutilação (Centre of Perinatal Excellence [COPE], 2019).

A definição da DPP-M consiste na persistência da sintomatologia por pelo menos duas semanas, sendo obrigatória a presença de humor depressivo ou adonia, associada a quatro ou mais destes indicadores: alteração significativa de peso ou apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de perda de valor ou culpa, diminuição de concentração e ideação de morte ou suicídio. Pode haver ainda a labilidade de humor e a existência de sentimentos ambivalentes em relação ao bebê (American Psychiatric Association, 2013). A puérpera passa a apresentar manifestações afetivas, tais como a tristeza experimentada diariamente na maior parte do dia, a sensação de pouco prazer no desenvolvimento das atividades diárias, o distanciamento emocional e o choro frequente (Carvalho & Benincasa, 2019).

A DPP-M é considerada um sério problema de saúde mundial (Brito, Alves, Ludermir, & Araújo, 2015). Em todo o mundo, estima-se que cerca de 10% das gestantes e 13% das puérperas apresentam algum transtorno mental, principalmente, a depressão. Em países ainda não desenvolvidos essa estimativa é mais elevada, em torno de 15,6% no período gestacional e 19,8% pós-gestacional (World Health Organization [WHO], 2019). Em revisão sistemática recente, que analisou 291 estudos de 56 países, identificou-se uma taxa global de 17,7%, sendo maior do que se pensava que era anteriormente (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018).

Evidencia-se que a taxa global varia muito entre as nações, de 3% (Cingapura) a 38% (Chile) e que disparidades na desigualdade de renda e fatores de saúde materno-infantil explicam grande parte da variação existente na prevalência de DPP-M entre os países (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018). Estudos brasileiros estimaram a prevalência da depressão na gestação de 24% (em relação a uma amostra de 600 gestantes), sendo que, no período pós-natal, a ocorrência foi de 11% (de quantitativo de 555 mulheres) (Melo Jr, Cecatti, Pacagnella, Leite, Vulcani, & Makuch, 2012). No sul do Brasil, em 2017, a partir de

uma amostra de 2.687 puérperas, verificou-se uma prevalência de 14% de DPP-M (Hartmann, Mendoza-Sassi, & Cesar, 2017).

Os transtornos mentais são comuns no período gestacional ou pós-gestacional, no entanto, apenas algumas mulheres recebem os devidos cuidados terapêuticos (Button, Thornton, Lee, Shakespeare, & Ayers, (2017). Em decorrência disso, consequências negativas podem ser geradas relacionadas às mães e seus filhos, com impactos significativos, principalmente na saúde psicológica das mães, qualidade de vida e nas interações com seus bebês, parceiros e familiares (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, & Bruyère, 2019). Compreende-se que a qualidade das interações entre o bebê e seu cuidador, nesse caso, a mãe, têm consequências no desenvolvimento do bebê, sejam clínicas ou emocionais (Azevedo, Frizzo, Silva, & Donelli, 2020). Revela-se que quando a mãe apresenta alguma alteração emocional, o bebê tem maior proporção de risco, considerando os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (Carlesso, Moraes, & Souza, 2020).

Observa-se que se a equipe de saúde observasse os sinais e conhecesse os fatores de risco para a DPP-M, poderia haver melhor resultado de bem-estar para a mulher e seu bebê e maior prevenção da sintomatologia depressiva, no entanto, o cenário encontrado de atenção à saúde, demonstra uma total falta de intervenção à saúde integral da mulher (Carvalho & Benincasa, 2019). Assim, destaca-se que é relevante a detecção e tratamento precoce da DPP-M, a fim de evitar consequências prejudiciais para a vida da mulher e para o desenvolvimento saudável do bebê, bem como oferecer suporte social aos familiares da mesma (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, & Bruyère, 2019; Alvares, Azevedo, & Neto, 2015). Um dos aspectos importantes para o tratamento da doença é a capacitação dos profissionais de saúde acerca da DPP-M, incluindo a detecção da sintomatologia da doença e as intervenções possíveis para promover a saúde da família (Farr, Ko, Burley, & Gupta, 2016).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável por realizar a formação dos profissionais desta área, a partir das diretrizes das políticas públicas de saúde, objetivando desencadear mudanças no processo de atuação dos trabalhadores. Nesse cenário, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no Brasil no ano de 2004, como um marco significativo na formação e trabalho na área da saúde para o país (Brasil, 2018).

A PNEPS traz o debate sobre a necessidade de atualização da educação em saúde, entendendo a EPS como um mecanismo que viabiliza a análise crítica sobre o processo de trabalho e, a partir desta conhece a realidade local. Nesse contexto, a EPS é vista como um importante instrumento educacional, que oportuniza refletir sobre o processo de trabalho,

gestão própria, trabalho coletivo, construção de saberes cotidianos, em que o profissional tem a oportunidade de rever a si mesmo, suas ações, o trabalho coletivo e institucional (Brasil, 2018).

Ressalta-se que em uma revisão sistemática realizada recentemente (Legere et al., 2017), identificou-se que há uma lacuna no que se refere às pesquisas relacionadas a educação e estratégias de desenvolvimento profissional na área da saúde mental perinatal, além de demonstrar que há falhas entre a educação em saúde perinatal e o desenvolvimento profissional relacionado aos cuidados de saúde nessa área. Frente a esse cenário, esta pesquisa teve como objetivo: conhecer o preparo e a capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família para atuarem frente à detecção e intervenção da depressão pós-parto.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa como preconiza Pereira et al. (2018). Os locais do estudo foram quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), situadas em diferentes bairros de um município do extremo sul do Brasil.

Os dados foram coletados de junho a setembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas. O roteiro para entrevista visava a caracterização dos participantes do estudo e a identificação da experiência relativa às percepções frente à detecção da DPP-M. As questões norteadoras referiam-se ao preparo, conhecimento e identificação de sinais e sintomas da DPP-M pelos profissionais, bem como a identificação de casos e as intervenções realizadas pela equipe de saúde diante do diagnóstico da DPP-M.

As entrevistas foram realizadas de forma individual no local de trabalho dos profissionais, em uma sala reservada exclusivamente para esse fim, durante o horário da entrevista. Em média, duraram de 30 a 40 minutos cada, sendo gravadas por meio de um gravador de voz portátil e transcritas na íntegra posteriormente. As unidades de saúde foram recrutadas por critério de conveniência, sendo que se buscou a participação de todos os trabalhadores das unidades selecionadas para as entrevistas.

A escolha das categorias profissionais que participaram da pesquisa deu-se por considerar aquelas que atendem diretamente gestantes e puérperas, por meio de consultas e visitas domiciliares, de acordo com as prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica, tendo em vista as atribuições destes profissionais frente à detecção e intervenção na DPP-M, sendo enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde

Os aspectos éticos foram seguidos, conforme a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relativo às pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) sob o CAAE 71127817.9.000.5324. Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De modo a preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com as siglas: MED (Médico), ENF (Enfermeiro) e ACS (Agente Comunitário de Saúde), acompanhado pelo respectivo número da entrevista. As unidades básicas de saúde da família (UBSF) também ganharam uma codificação sendo UBSF seguido do número dado a cada unidade.

A análise ocorreu por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (1977), visando a descrição do conteúdo manifesto pela comunicação verbal de maneira objetiva e sistemática, a qual se deu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Os temas recorrentes durante as entrevistas foram classificados em categorias específicas por dois juízes independentes, e posteriormente ajustadas em categorias gerais.

### **3. Resultados**

Participaram dessa pesquisa 32 profissionais de saúde, sendo nove enfermeiros, oito médicos e 17 agentes comunitários de saúde, destes, 1 apenas era do sexo masculino. O tempo de trabalho na unidade de saúde da família (UBSF) variou de 1 semana à 15 anos. Quanto à formação, exceto os agentes comunitários de saúde e um profissional da medicina, todos cursaram ou haviam concluído alguma pós-graduação.

Emergiram duas categorias temáticas a partir da análise dos dados das entrevistas: O despreparo dos profissionais de saúde frente à Depressão Pós-Parto e O reconhecimento da necessidade de capacitações sobre a Depressão pós-parto.

#### **O despreparo dos profissionais de saúde frente à depressão pós-parto**

Todos os agentes comunitários de saúde destacaram a ausência de preparo e capacitação específica sobre a DPP-M, os demais profissionais, da mesma forma, referiram a condição:

*[...] para nós agentes não tem preparo exato sobre o assunto (ACS03, UBSF01).  
[...] não tem nenhuma capacitação específica [...] (MED01, UBSF01).*

*Não, nada específico sobre o tema (ACS05, UBSF02).*

*Não há nenhum tipo de capacitação em relação a DPP-M (MED03, UBSF02).*

*Eu nunca tive nenhum preparo sobre o assunto (ACS06, UBSF02).*

*Não, eu como enfermeira posso afirmar que o profissional que se adapta as situações com o conhecimento que tem, não é oferecido nenhum tipo de capacitação na unidade para lidar com a depressão pós-parto (ENF09, UBSF04).*

*Não, apenas tem capacitação para pré-natal, não para puerpério e nem para depressão pós-parto (MED07, UBSF04).*

*Não, pois o único preparo que os agentes de saúde recebem são capacitações e não há nenhuma para depressão pós-parto (ACS12, UBSF04).*

Um dos ACS relatou que não houve capacitação específica sobre a DPP-M, mas que houve conversas informais à esse respeito, contudo o mesmo profissional traz um discurso que demonstra desconhecimento e estigma relativo a DPP-M, a qual ele nem reconhece como psicopatologia, evidenciado nos trechos a seguir:

*Não sei nem se eu falo como agente de saúde ou se é pessoal, porque eu não acredito muito em DPP-M. Eu acho que elas fazem os filhos porque querem [...] quando elas entram nessa neura que estão com DPP-M, o que vai acarretar para elas, eu não sei se por comodidade ou não, vão ficar lá atiradas em cima de uma cama, não vão querer ver o nenê, não vão querer fazer nada, não querem amamentar [...] Se revolta, não quer o filho, fazer aquela frescurada toda, não querer amamentar... para mim não condiz essas coisas (ACS11, UBSF03).*

Alguns profissionais responderam afirmativamente à existência de preparo dos profissionais para atuarem frente à DPP-M, entretanto, com exceção de uma enfermeira e uma médica, todos expressaram dúvidas em seus relatos:

*Eu acho até que deve ter alguma capacitação [...] Eu não tive nenhum preparo até agora (ENF04, UBSF02).*

*De forma geral acredito que sim [...] (ENF05, UBSF02).*

*Pode ser até que tenha, mas como eu não detectei nenhum sintoma das puérperas que eu avaliei, a gente não conversou sobre isso. Então eu não sei na verdade se tem esse preparo (MED04, UBSF02).*

*Creio que sim, a psicóloga. Eu nunca tive nenhum preparo sobre o assunto (ACS06, UBSF02).*

*Para os agentes de saúde não tem, mas para os médicos e enfermeiros deve existir (ACS10, UBSF03).*

*Sim. Eu acredito que sim [...] (ENF08, UBSF03).*

Nessa pesquisa evidenciou-se também a falta de preparo, a partir do relato de alguns profissionais quanto ao pouco conhecimento ou desconhecimento, bem como por meio das incertezas e imprecisão das informações dadas, uma vez que ao serem questionados acerca das consequências da doença para a puérpera, família e bebê, manifestaram tais condições:

*Eu não sei (ACS02, UBSF01).*

*Bom, eu tenho pouco conhecimento a respeito [...] (ACS01, UBSF01).*

*Não, realmente essas coisas de livros não, só sei pelo caso que vivenciei aqui durante minha formação e que prejudica toda a família (ENF02, UBSF01).*

*Acho que não sei (MED04, UBSF02).*

*As consequências eu não sei te dizer [...] (ENF05).*

*Eu nunca tive nenhum caso, mas eu acho que muitas mães rejeitam o filho, o que é prejudicial, não tenho muito conhecimento [...] (ACS06, UBSF02).*

*Saber teoricamente não lembro, mas eu acredito que a criança pode sofrer negligência, acho que a mãe tem sofrimento [...] (ACS07, UBSF02).*

*Não, não faço a mínima ideia. Isso é na verdade uma carência [...] (ACS10, UBSF03).*

*Não sei as consequências (ENF09, UBSF04).*

Outros profissionais demonstraram certo conhecimento, mas as informações dadas foram mais generalistas, predominantemente pautadas no senso comum:

*A mulher pode ir ao fundo do poço e até vir a óbito, essa é a consequência mais grave. A criança sente tudo que a mãe sente [...] (ENF07, UBSF03).*

*Sim sei, a criança não consegue mamar e acaba tendo problemas [...] (ENF06, UBSF03).*

*A mãe pode até vir a matar o nenê e bater nele, pode levar ao suicídio [...] (ACS13, UBSF04).*

*Eu acho que uma vez não detectada, vai ter um sofrimento tanto para a mãe quanto para a criança, muitas vezes uma rejeição dessa criança, leva ao sofrimento psíquico [...] (MED08, UBSF04).*

Do mesmo modo, quando se questionou sobre a identificação da DPP-M, mais da metade dos entrevistados referiram não reconhecimento da doença nos cenários em que atuam, podendo ser um indício de que mesmo que tenha ocorrido alguma capacitação, estes profissionais ainda não estão preparados para identificar e intervir frente à essa psicopatologia:

*Nunca identificamos nenhuma paciente com esse sintoma [...] (MED01, UBSF01).  
Nunca detectamos caso de DPP-M (ENF03, UBSF02).*

*Não presenciei nenhum caso, mas já ouvi falar (ENF04, UBSF02).*

*Eu nunca vivenciei nenhum caso [...] (ACS06, UBSF02).*

*Depressão não (referindo-se a identificação da DPP-M), só tristeza [...] (MED05, UBSF03).*

*Eu estou um ano aqui, eu não lembro disso (ENF08, UBSF03).*

Assim, verifica-se a ausência da capacitação específica dos profissionais de saúde das UBSFs para atender a gestante e/ou puérpera com DPP-M. A maioria referiu o despreparo e a inexistência de capacitação sobre esta doença e, aqueles que disseram ter algum tipo informação a respeito do assunto, expressaram dúvidas em seus discursos bem como desconhecimento sobre como agir no que se refere ao tratamento da mulher com DPP-M. Entende-se que este conhecimento inclui uma rede de suporte social e deve ir além dos cuidados diretos com a puérpera, por isso deve inserir a família e todos aqueles que estão em seu entorno, a fim de que possam compreender a pessoa doente e ajudá-la a enfrentar e superar a doença, retomando sua vida pessoal e sendo capaz de estabelecer um vínculo seguro com seu bebê.

### **O reconhecimento da necessidade de capacitações sobre a depressão pós-parto**

Os profissionais entrevistados reconhecem a necessidade de capacitação, como evidenciado nas falas a seguir:

*[...] Acho que deveria haver palestras e capacitações sobre depressão pós-parto para os profissionais saberem como lidar e intervir nessas situações (ACS01, UBSF01).  
Eu acharia bem interessante se tivesse uma capacitação mais aprofundada, até porque a gente trabalha com a gestante, orientando, vendo se a pessoa tem algum problema para tratar (ACS03, UBSF01).*

*Eu acho que falta até para a gente mais conhecimento, capacitação sobre o tema [...] (ENF02, UBSF02).*

*É difícil para nós identificarmos também e acho que seria importante ter uma capacitação [...] (MED04, UBSF02).*

*Eu acho que a gente teria que ter mais capacitações sobre isso, para poder entender e ajudar (ACS09, UBSF03).*

*Capacitações seriam muito válidas, porque a gente nunca teve nenhuma (ACS15, UBSF04).*

*Eu acho que a gente tinha que ter mais preparo, mais capacitações, isso faz falta (ACS16, UBSF04).*

É relevante destacar que as capacitações foram apontadas como parte integrante da rotina das unidades, entretanto, as mesmas não contemplam o tema da DPP-M:

*Somos capacitados para tanta coisa, mas nem todas, essa é uma falha [...] Infelizmente não temos nada voltado para esse assunto (referindo-se a DPP-M) [...] (ACS04, UBSF01).*

*Nós temos várias capacitações a respeito de assuntos variados (ENF07, UBSF03).*

*[...] apenas tem capacitação para pré-natal, não para puerpério e nem para depressão pós parto (MED07, UBSF04).*

*[...] não é oferecido nenhum tipo de capacitação na unidade para lidar com a depressão pós parto (ENF09, UBSF04).*

*Não é todos os anos e nem sempre, mas a gente já teve bastante capacitação sobre tudo [...] eu acho que nunca específico sobre depressão pós-parto (ACS13, UBSF04).*

Desse modo, observa-se que os participantes da pesquisa demonstraram reconhecer a importância da capacitação para atuarem frente à DPP-M, e que as ESFs oferecem capacitações, mas que não são voltadas para esse tema específico.

### **3. Discussão**

Evidenciou-se, pelos dados analisados, que, embora, os profissionais tenham contato direto com as gestantes e puérperas, o que ocorre na ESF é o despreparo dos mesmos para a identificação e intervenção frente à DPP-M. Da mesma forma, apesar desses trabalhadores mencionarem a educação permanente como uma ação presente e contínua em seu cotidiano de trabalho, verificou-se a ausência de capacitações específicas voltadas para o reconhecimento e atuação nos casos de DPP-M.

Considera-se que as etapas da vida reprodutiva da mulher (gestação, parto e puerpério) necessitam de uma atenção especial da equipe de saúde, uma vez que as alterações normais da gravidez podem ocasionar ansiedade, insegurança, medos e conflitos, afetando o curso natural desses acontecimentos ao longo do ciclo vital. Os fatores de risco que podem ocorrer na gestação e/ou puerpério devem ser trabalhados pelos profissionais de saúde, a fim de promover a qualidade de vida da mulher, a medida que os aspectos emocionais são tão importantes e significativos quando os clínicos e obstétricos para a sua saúde e do seu bebê (Carvalho, Oliveira, Santos, Camiá, & Soares, 2019; Camacho et al., 2006; Kac, Silveira, Oliveira, & Mari, 2006).

Observam-se estudos no Brasil e no cenário internacional, com resultados semelhantes ao dessa pesquisa (Alvares, Azevedo & Neto, 2015; Meira, Pereira, Silveira, Gualda, & Santos Jr, 2015; Oliveira, Alves, Azevedo, Cavalcante & Azevedo, 2016; Souza, Santos, Sorte, Peixoto, & Carvalho, 2018; Elshatarat et al., 2018).

Através de um estudo transversal buscou-se identificar o conhecimento sobre a avaliação e tratamento da DPP-M pelos profissionais da enfermagem e obstetras, em uma amostra de 181 enfermeiros e 143 médicos obstetras. Os resultados dessa pesquisa indicaram que os profissionais não tinham conhecimento acerca das características, sintomatologia, agravantes, procedimentos de triagem e tratamentos relativos à DPP-M (Elshatarat et al., 2018).

Meira, Pereira, Silveira, Gualda, e Santos Jr (2015) verificaram a dificuldade que os enfermeiros têm de identificar a DPP-M, explicando que isso ocorre devido ausência do conhecimento relativo a esta psicopatologia e suas consequências. As falas dos entrevistados apontaram que mesmo na presença de sinais da DPP-M, estes classificavam a mulher com uma predisposição a doença, demonstrando insegurança para afirmação de tal condição) (Meira, Pereira, Silveira, Gualda, & Santos Jr (2015). Evidencia-se que o conhecimento dos enfermeiros da atenção primária em saúde sobre a DPP-M é fragilizado e a conduta do enfermeiro no cuidado às mães é focada nos cuidados com a criança, necessidades fisiológicas e reprodutivas, não avançando em relação às causas psicológicas do cuidado (Souza, Santos, Sorte, Peixoto, & Carvalho, 2018).

Pesquisadores verificaram a ausência de um espaço para discussão entre os profissionais da equipe multidisciplinar que estimule a visão empírica e os diferentes saberes relativos à Depressão Puerperal, incluindo a suspeita dos sintomas e o diagnóstico adequado da patologia. Nesse estudo os discursos dos profissionais também evidenciam a não realização do diagnóstico e a falta de percepção dos casos de DPP-M. Além disso, relatou-se

a prática comum de não assumirem a paciente com essa condição na própria unidade básica, realizando o encaminhamento a outros níveis de atenção. Esses achados foram remetidos ao despreparo dos profissionais, o qual consideram que poderiam ser reduzidos se trabalhados juntos aos pacientes, mas, principalmente entre os componentes da equipe de saúde (Alvares, Azevedo & Neto, 2015).

Investigou-se o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da DPP-M, e observou-se que os próprios profissionais apontaram interferências que ocorrem no tratamento da DPP-M, dentre estas, encontra-se a fragilidade das Redes de Atenção à Saúde e a centralidade da figura do profissional médico no tratamento. Os trabalhadores desconhecem outras terapêuticas além da medicalização, como o grupo de mulheres ou de familiares e, inserção da família no processo de tratamento, corresponsabilização e apoio matricial de casos por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Oliveira, Alves, Azevedo, Cavalcante, & Azevedo, 2016).

Os resultados dos estudos mencionados anteriormente vêm ao encontro do presente trabalho, mostrando um cenário que não difere a nível nacional e internacional, no que se refere ao preparo e capacitação dos profissionais para a identificação e tratamento da DPP-M. Os profissionais da atenção primária à saúde desconhecem ou conhecem pouco sobre a patologia, sendo que, muitas vezes, o que conseguem identificar são os aspectos fisiológicos ou apenas físicos que aparecem durante o período gestacional, entretanto, os psicológicos acabam sendo negligenciados por conta do despreparo em relação a este tema.

Assim, acredita-se que a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda está centrada nos aspectos biológicos. Contudo, no presente estudo, os profissionais reconhecem a necessidade de realizarem capacitações sobre a DPP-M para qualificação da assistência no pré-natal e pós-parto.

Entende-se como relevante a discussão acerca da EPS e o quanto sua ausência pode deixar de promover a integralidade do cuidado durante o período gestacional e no pós-parto. Compreendendo a EPS desta forma, entende-se que o apoio matricial sugerido no contexto brasileiro é essencial para a promoção da saúde. O apoio matricial sugere: a personalização das relações interprofissionais, uma vez que ocorre a troca de informações sobre os casos de uma equipe para outra; o começo do apoio ocorre com o estabelecimento de contrato sob o modo de organização da relação interprofissional; definição clara da responsabilidade pelo caso, que poderá ser compartilhado; utilização das formas de cogestão e do método da roda (apoio) para a prática interprofissional, visando uma reconstrução através do debate; o apoio matricial é visto como uma forma de educação permanente e de reconstrução de si mesmo,

pois passa a criar espaços coletivos para reflexão a partir de práticas e certezas cristalizadas (Oliveira & Campos, 2015).

A pesquisa de Bispo Jr & Moreira (2017) identificou que as ações formativas existentes ainda permanecem inferior ao que se espera, para as transformações desejadas na área da saúde, sendo realizadas de maneira pontual e, fragmentada, em que prevalece ainda a utilização de metodologias tradicionais, verticalizadas e conduzidas por especialistas desconectadas da realidade local dos serviços.

No que se refere ao termo educação na saúde, compreende-se a criação e sistematização de saberes relacionados ao desenvolvimento para a prática em saúde. É apresentada de duas formas: a Educação Continuada (EC) e a Educação Permanente em Saúde (EPS). A primeira refere-se às atividades com tempo específico para a realização, utilizando-se na maioria das vezes métodos tradicionais, como acontece nos cursos formais. A segunda trata-se da aprendizagem que ocorre no ambiente de trabalho, onde o aprendizado e o ensino se associam ao dia a dia das instituições e ao trabalho (Brasil, 2012).

Autores indicam que é necessária a institucionalização da política de educação permanente nos serviços como parte integrante e inerente da saúde da família. Nesse contexto, o apoio matricial, trata-se de um espaço privilegiado para as práticas de educação permanente em saúde. A partir desse pressuposto as atividades de educação permanente em saúde podem acontecer em todos os momentos de interação entre apoiadores e equipes de referência (Bispo Júnior & Moreira, 2017).

Com relação ao apoio matricial na saúde mental, isto consiste em um desafio maior ainda, uma vez que esta é uma diretriz nova para a saúde mental no Brasil, e que há dificuldade na abordagem dos casos de saúde mental na atenção básica, associada aos profissionais à falta de capacitação na área e insuficiências na formação, atrelada ainda em algumas situações ao preconceito e dificuldades na identificação das situações de saúde mental. Além disso, atrapalha ainda esse processo, a coexistência de dois modelos distintos de atenção à saúde mental: o modelo asilar e a clínica ampliada (Minozzo & Costa, 2013).

Nesse sentido, é necessário maiores investimentos em ações de educação permanente relativas à saúde mental (Souza et al., 2018). Deve haver o fortalecimento do apoio matricial, a realização de cursos de especialização, cursos de atualização e de aperfeiçoamento, bem como o aumento de vagas para residências na área da saúde (Minozzo & Costa, 2013).

Dessa forma, a PNEPS pode capacitar os profissionais com habilidades, vigorando seus conhecimentos, competências, ações e práticas do seu dia a dia. Esta política expressa que além da ação educacional, é relevante atingir os elementos da capacitação como parte de

um artifício de mudança institucional, com ênfase nas modificações das práticas e averiguação dos processos coletivos de trabalho (Alvares, Azevedo, & Neto, 2015).

A EPS é caracterizada como uma vertente educacional intensa com potencialidades relacionadas a mecanismos e temas com possibilidades de gerar reflexões sobre o trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, através de uma proposta de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construção de cotidianos e por meio da própria constituição dos educandos dos seus objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Nesse contexto, a EPS é um mecanismo viabilizador de análise crítica, dispondo de saberes sobre a realidade local, sendo que quando é necessária a mesma passa por uma reflexão e redefinição (Brasil, 2018).

Com esses pressupostos, a PNEPS objetiva a qualificação do sistema dos serviços em diversos níveis do sistema, recomendando a otimização do acesso, qualidade e humanização na oferta do trabalho, para a consolidação dos processos de administração político-institucional do SUS, relativos à esfera federal, estadual ou municipal. Após uma série de debates acerca dos problemas atuais várias medidas vêm sendo atualizadas, relativas ao financiamento e as ações da política, que ainda encontra dificuldades na sua efetiva implementação (Brasil, 2018).

Assim, pode-se pensar em ações de saúde a serem executadas no puerpério, como o acompanhamento precoce e sistemático, consultas individuais, acolhimento e valorização das demandas, com o olhar voltado a uma atenção integral e diminuição da vulnerabilidade das puérperas. Ainda, é relevante a evolução, tanto no âmbito profissional quanto do sistema de saúde, no que se referem à continuidade da assistência prestada no período pós-natal. A partir daí, é possível oferecer um suporte adequado para que as mulheres possam superar as dificuldades decorrentes desta etapa de sua vida (Pereira, Carvalho, Soares, & Gualda, 2015).

No que tange aos profissionais que estão em processo de formação inicial, visualiza-se que no mundo contemporâneo novas exigências com relação à formação destes foram postas, enfatizando as aptidões para lidar com os desafios do sistema de saúde. Em decorrência disso, existem diversas iniciativas para fomento dos processos de transformações profissionais da área da saúde, sendo que recentemente ganhou destaque a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), abordagem prioritária incorporada às políticas públicas de educação na saúde, entendida como uma atividade que envolve dois profissionais ou mais, que tem processo de ensino-aprendizagem conjunto, de modo interativo, com a finalidade de valorização da qualidade de atenção à saúde (Brasil, 2018).

Portanto, é necessário contemplar todos os contextos da formação do profissional,

articulando as políticas públicas existentes, para fortalecer o SUS. Assim, será possível que as equipes de saúde da família e demais membros da rede de atenção à saúde ofertem um atendimento ao pré-natal e puerpério de qualidade, capaz de reconhecer e intervir frente a DPP-M.

No contexto interprofissional, uma profissão que tem expressiva importância no atendimento à puérpera com DPP-M é a psicologia. Arrais, Mourão & Fragalle (2014) dispõem sobre um programa de intervenção psicológico bem sucedido, o pré-natal psicológico (PNP), que associado a fatores de proteção presentes na história das gestantes pode ajudar a prevenir a DPP-M. Esse programa traz um novo conceito em atendimento perinatal, dedicado a maior humanização do processo gestacional, do parto e de construção da parentalidade. É enfatizada a preparação psicológica para a maternidade e paternidade.

Nesse sentido, torna-se o principal objetivo da intervenção psicológica nesse momento a oferta de uma escuta qualificada e diferenciada sobre a gestação, possibilitando um espaço para que a mãe expresse seus medos e ansiedades, favorecedor da troca de experiências, descobertas e informações. Essa experiência é estendida a toda a família, com intuito de incluí-la nesse processo, com vistas à participação na gestação, puerpério e compartilhamento da parentalidade (Arrais, Mourão, & Fragalle, 2014).

A discussão aqui exposta reflete-se no entendimento de que é essencial o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a DPP-M, uma vez que somente assim o diagnóstico e o tratamento poderão ser realizados da forma adequada. Identifica-se também, como de suma importância a EPS destinada aos profissionais de saúde que trabalham no contexto da saúde da família.

O tratamento e encaminhamento adequado da mulher com DPP-M podem ser reconhecidos, de forma primária, em ESF, e assim, ocorrer os devidos encaminhamentos para a rede de atenção em saúde. Destaca-se, a atenção multiprofissional a mulher em todo seu ciclo gravídico-puerperal, antes mesmo de desenvolver algum transtorno, implicando na necessidade do estabelecimento de intervenções preventivas, como o pré-natal psicológico.

Os aspectos destacados são de extrema relevância ao considerar o estado atual das políticas de saúde brasileira, às quais dispõem de mecanismos importantes à qualificação profissional para a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Contudo, verifica-se a necessidade de efetivação dessas políticas nas práticas dos serviços de saúde.

#### 4. Considerações Finais

A partir dessa pesquisa, verificou-se despreparo e falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde da ESF para atuarem identificando e intervindo na DPP-M. No entanto, os trabalhadores reconhecem a necessidade de ações educativas para qualificar a assistência à mulher, principalmente no puerpério.

A reflexão de que é imprescindível a articulação da educação e da saúde no processo de formação dos servidores da saúde é urgente. Essa educação não deve mais ser verticalizada e desconexa da prática dos profissionais, e sim articulada e significativa para os mesmos, devendo possibilitar uma reflexão crítica acerca dos problemas encontrados no seu cotidiano de trabalho.

Assim, faz-se necessário a incorporação da PNEPS nos serviços de saúde pesquisados, e uma incorporação efetiva da EPS na prática dos trabalhadores de saúde. O apoio matricial surge como uma ferramenta facilitadora desse processo, não devendo se resumir a uma consulta ao especialista e sim objetivar a troca de saberes entre a equipe apoiada e a equipe de referência, que deveram se responsabilizar pela saúde integral da mulher.

Por fim, compreende-se que o período pré-natal é de vital importância para o enfrentamento dos transtornos mentais perinatais, sendo decisiva a forma como é realizado o acompanhamento da mulher durante o período gestacional. Dessa forma, esforços interprofissionais devem ser empreendidos no sentido de promover uma assistência qualificada, e isso passa pelo entendimento de que é imprescindível ir além da atenção aos aspectos biológicos e incorporar a atenção à saúde psíquica da gestante. E, isso somente será possível a partir da implementação efetiva da EPS nos serviços de atenção primária.

Este estudo tem como limitação ser um estudo local, não podendo ter seus resultados generalizados. Novas pesquisas são necessárias para investigar a EPS, especificamente no contexto da atenção à saúde da mulher e sobre a problemática da DPP-M, no âmbito da saúde da família e da rede de atenção em saúde.

#### Referências

Alvares, LB, Azevedo, GR & de Sampaio Neto, LF. (2015). Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(4), 222-225. Acesso em <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/25339/pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Arrais, ADR, Mourão, MA & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23, 251-264. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>

Azevedo, EC, Frizzo, GB, Silva, MDR & Donelli, TMS. (2020). Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais: um caso de psicoterapia mãe-bebê. *Psicologia Clínica*, 32(1), 79-100. doi: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n01A04>

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bispo Jr, JP & Moreira, DC. (2017). Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00108116. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brito, CNDO, Alves, SV, Ludermir, AB & Araújo, TVBD. (2015). Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Revista de Saúde Pública*, 49. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>

Button, S, Thornton, A, Lee, S, Shakespeare, J & Ayers, S. (2017). Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract*, 67(663), e692-e699. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>

Camacho, RS, Cantinelli, FS, Ribeiro, CS, Cantilino, A, Gonsales, BK, Braguittoni, É & Rennó Jr, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 92-102. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>

Carlesso, JPP, Moraes, AB & Souza, APR. (2020). Experiência da maternidade e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). *Research, Society and Development*, 9(2), 33. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1765>

Carvalho, GM, Oliveira, LR, Santos, RV, Camiá, GEK & Soares, LH. (2019). Mental disorders in puerperal women: analysis of knowledge production in recent years. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3541-3558. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-117>

Carvalho, MT & Benincasa, M. (2019). Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. *Interação em Psicologia*, 23(02). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.57188>

Centre of Perinatal Excellence. (2019). Symptoms of perinatal depression. Austrália: COPE. Acesso em <http://cope.org.au/signs-symptoms-perinatal-depression/>

Elshatarat, RA, Yacoub, MI, Saleh, ZT, Ebeid, IA, Raddaha, AHA, Al-Za'areer, MS & Maabreh, RS. (2018). Perinatal Nurses' and Midwives' Knowledge About Assessment and Management of Postpartum Depression. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(12), 36-46. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20180612-02>

Farr, SL, Ko, JY, Burley, K & Gupta, S. (2016). Provider communication on perinatal depression: a population-based study. *Archives of women's mental health*, 19(1), 35-40. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0493-9>

Hahn-Holbrook, J, Cornwell-Hinrichs, T & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>

Hartmann, JM, Mendoza-Sassi, RA & Cesar, J. A. (2017). Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cadernos de saude publica*, 33(9). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094016>

Legere, LE, Wallace, K, Bowen, A, McQueen, K, Montgomery, P & Evans, M. (2017). Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 239. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1431-4>

Kac, G, Silveira, EA, Oliveira, LCD & Mari, JDJ. (2006). Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 999-1007. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n5/999-1007/>

Meira, BM, Pereira, PAS, Silveira, MFA, Gualda, DMR & Santos Jr, HPO. (2015). Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 706-712. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500049-14>

Melo Jr, EF, Cecatti, JG, Pacagnella, RC, Leite, DF, Vulcani, DE & Makuch, MY. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of affective disorders*, 136(3), 1204-1208. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.023>

Minozzo, F & Costa, II. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, 18(1), 151-159.

O'Hara, MW & Wisner, KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

Oliveira, AM, Alves, TRM, Azevedo, AO, Cavalcante, RD & Azevedo, DM. (2016). Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal of Nursing and Health*, 6(1), 17-26. Doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v6i1.5957>

Pereira, PF, Carvalho, TM, Soares, GCF & Gualda, DMR. (2015). Rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 294-304. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155124>

Pereira, AS et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Acesso em: 14 maio 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1).

Slomian, J, Honvo, G, Emonts, P, Reginster, JY & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.8. doi: <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Souza, KLC, Santos, ALDS, Sorte, ETB, Peixoto, LCP & Carvalho, BT. (2018). Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal. *Rev. enferm. UFPE on line*, 12(11), 2933-2943. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a231699p2933-2943-2018>

World Health Organization (WHO). Mental Health: Maternal mental health. Acesso em [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Carmen Luiza da Silva Gonçalves – 30%

Adriane Maria Netto de Oliveira – 30%

Romario Daniel Jantara – 25%

Giovana Calcagno Gomes – 5%

Mara Regina Santos da Silva – 5%

Marla do Santos Afonso – 5%