

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES

NURSING CARE PROVIDED TO THE MENTAL HEALTH OF PREGNANT
WOMEN

Ciências da Saúde • 16/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789524084](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789524084)

Joyce Letícia Anchieta Silva¹

Karen Andressa Pereira Santos²

RESUMO

A saúde mental na gestação requer atenção sistemática porque alterações emocionais podem coexistir com vulnerabilidades sociais, antecedentes psiquiátricos e complicações obstétricas. Este artigo objetiva analisar a assistência de enfermagem à saúde mental de gestantes, com ênfase no rastreamento, no acolhimento, nas intervenções e nos desafios do pré-natal. Realizou-se revisão narrativa da literatura, com busca em SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, complementada por documento da Organização Mundial da Saúde, considerando publicações de 2019 a 2025 em português e inglês. A síntese temática reuniu evidências sobre sofrimento psíquico, fatores associados, consulta de enfermagem e integração da rede de cuidado. Os estudos mostram prevalências relevantes de sintomas de ansiedade e depressão e indicam maior vulnerabilidade diante de desemprego, ausência de companheiro, insegurança socioeconômica, baixo apoio social e gestação de alto risco. A enfermagem ocupa posição estratégica para estabelecer vínculo, realizar escuta qualificada, aplicar instrumentos de rastreamento, promover educação em saúde, construir plano de cuidados, envolver a rede de apoio e encaminhar situações de risco. Conclui-se que incorporar a saúde mental às consultas de pré-natal favorece a identificação precoce e a continuidade assistencial, mas exige capacitação profissional, protocolos, fluxos de referência e atuação interprofissional.

Palavras-chave: Saúde mental; Gestantes; Enfermagem; Cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Mental health during pregnancy requires systematic attention because emotional changes may coexist with social vulnerabilities, psychiatric history, and obstetric complications. This article aims to

analyze nursing care for the mental health of pregnant women, emphasizing screening, supportive listening, interventions, and prenatal-care challenges. A narrative literature review was conducted in SciELO, the Virtual Health Library, and PubMed, complemented by a World Health Organization document, covering publications in Portuguese and English from 2019 to 2025. The thematic synthesis brought together evidence on psychological distress, associated factors, nursing consultations, and care-network integration. The studies show relevant prevalence of anxiety and depression symptoms and indicate greater vulnerability in situations of unemployment, lack of a partner, socioeconomic insecurity, low social support, and high-risk pregnancy. Nurses hold a strategic position to establish trust, provide qualified listening, use screening instruments, offer health education, develop individualized care plans, involve support networks, and refer risk situations. It is concluded that integrating mental health into prenatal consultations promotes early identification and continuity of care, but requires professional training, protocols, referral pathways, and interprofessional action.

Keywords: Mental health; Pregnant women; Nursing; Prenatal care; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A gestação envolve modificações biológicas, emocionais, familiares e sociais que podem ampliar necessidades de cuidado. Embora expectativas de alegria e realização sejam frequentemente associadas à maternidade, a experiência gestacional também pode incluir medo, ambivalência, insegurança, alterações do sono, preocupação com o parto e dificuldades de adaptação. Essas manifestações não devem ser automaticamente naturalizadas, pois

podem sinalizar sofrimento psíquico ou integrar quadros de ansiedade e depressão que demandam avaliação e acompanhamento.

A saúde mental perinatal compreende o bem-estar e os transtornos mentais que podem ocorrer durante a gravidez e no período posterior ao parto. A Organização Mundial da Saúde orienta que sua atenção seja integrada aos serviços materno-infantis, em ambiente seguro, respeitoso e livre de estigma, para que as mulheres possam falar sobre dificuldades e receber respostas compatíveis com o contexto cultural e assistencial (World Health Organization, 2022). Essa integração é especialmente relevante na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada preferencial do sistema e cenário no qual se desenvolve grande parte do pré-natal de risco habitual.

No Brasil, evidências recentes apontam a magnitude do problema. Em estudo realizado com 81 gestantes acompanhadas em Unidade de Saúde da Família, 37% apresentaram sintomas de ansiedade de intensidade leve a moderada e 23% exibiram sintomas depressivos de intensidade leve a grave (Lima et al., 2025). Em outro estudo, conduzido com 201 gestantes no pré-natal de risco habitual, observou-se elevada proporção classificada com maior risco de depressão, além de associação com ausência de emprego (Silva et al., 2023). Os resultados não devem ser comparados como estimativas equivalentes, porque avaliaram construtos e instrumentos distintos, mas convergem ao demonstrar que sofrimento emocional e risco de adoecimento estão presentes mesmo fora dos serviços especializados.

A consulta de enfermagem constitui oportunidade privilegiada para reconhecer essas necessidades. Ao acompanhar longitudinalmente

a gestante, o enfermeiro pode combinar avaliação clínica, observação do comportamento, diálogo sobre relações familiares e condições de vida, educação em saúde e articulação com outros pontos da rede. A construção de vínculo e segurança na consulta favorece a expressão de preocupações que poderiam permanecer invisíveis em um atendimento restrito a exames, medidas corporais e risco obstétrico (Paes *et al.*, 2022).

Apesar dessa potencialidade, a atenção à saúde mental pode ser fragmentada ou secundarizada por rotinas centradas nos aspectos físicos da gravidez. Sintomas leves podem ser atribuídos apenas às mudanças hormonais, o que retarda a identificação e dificulta intervenções precoces (Lima *et al.*, 2025). Somam-se a isso barreiras como tempo reduzido de consulta, estigma, insegurança profissional para abordar sofrimento psíquico, inexistência de protocolos e dificuldade de acesso à atenção especializada.

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão: como a enfermagem pode contribuir para a promoção, a identificação precoce e o cuidado dos problemas de saúde mental de gestantes no pré-natal? A investigação justifica-se pela necessidade de fortalecer um cuidado integral, capaz de associar segurança obstétrica, atenção psicossocial e respeito às singularidades da mulher. Sistematizar essas ações pode apoiar a prática dos enfermeiros, qualificar o acompanhamento e favorecer encaminhamentos oportunos.

O objetivo geral é analisar a assistência de enfermagem prestada à saúde mental das gestantes. Como objetivos específicos, busca-se identificar manifestações e fatores associados ao sofrimento psíquico na gestação; descrever ações de enfermagem aplicáveis ao

pré-natal; e discutir desafios para a integração da saúde mental à rede de atenção materna. Para tanto, o artigo organiza a literatura em eixos que articulam reconhecimento de vulnerabilidades, consulta de enfermagem, intervenções e continuidade do cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Saúde Mental e Sofrimento Psíquico Durante a Gestação

A saúde mental constitui parte inseparável da saúde integral e envolve aspectos emocionais, psicológicos e sociais que influenciam a maneira como a pessoa interpreta suas experiências, enfrenta situações adversas, estabelece relações e realiza suas atividades cotidianas. No período gestacional, essa dimensão adquire especial importância, uma vez que a gravidez provoca mudanças corporais, hormonais, afetivas, familiares e sociais que exigem constantes processos de adaptação da mulher (Steen; Francisco, 2019).

A gestação não deve ser compreendida exclusivamente como um acontecimento biológico. Trata-se de uma experiência complexa, atravessada pelas condições de vida, pela história pessoal, pelas relações familiares e pelas expectativas relacionadas à maternidade. Embora socialmente seja apresentada como um momento de felicidade e realização, a gravidez também pode despertar medo, insegurança, ambivalência, preocupação e dúvidas sobre a capacidade de exercer o papel materno. A existência desses sentimentos não significa necessariamente a presença de um transtorno mental, mas evidencia a necessidade de atenção à experiência emocional da gestante.

A idealização da maternidade pode dificultar a expressão do sofrimento psíquico. A mulher pode sentir-se pressionada a

demonstrar satisfação permanente e interpretar sentimentos de tristeza, cansaço ou rejeição como sinais de incapacidade. Essa pressão contribui para o silêncio, para a culpa e para o adiamento da procura por ajuda. Dessa forma, compreender a saúde mental na gestação também exige questionar a ideia de que todas as mulheres vivenciam a gravidez de maneira positiva e emocionalmente estável.

Entre os problemas de saúde mental mais frequentes durante a gestação estão os transtornos depressivos e ansiosos. A depressão gestacional pode se manifestar por tristeza persistente, perda de interesse, desesperança, sentimentos de culpa ou inutilidade, fadiga intensa, alterações de sono e apetite e dificuldade para tomar decisões. Nos casos mais graves, podem surgir pensamentos de morte, autolesão ou suicídio, situações que exigem avaliação imediata e encaminhamento para atendimento especializado (Grillo et al., 2024).

A ansiedade gestacional, por sua vez, pode envolver preocupação excessiva com o desenvolvimento fetal, medo de complicações, receio do parto, insegurança sobre a maternidade e pensamentos recorrentes sobre a possibilidade de perda do bebê. Em determinados casos, podem ocorrer sintomas físicos, como palpitações, falta de ar, tensão muscular, tremores, sudorese e desconfortos gastrointestinais. Embora algumas preocupações sejam compatíveis com o período gestacional, elas se tornam clinicamente relevantes quando são persistentes, desproporcionais e interferem no sono, na alimentação, no convívio social ou na adesão ao pré-natal (Lima et al., 2025).

O sofrimento psíquico caracteriza-se por um estado de desconforto emocional que pode interferir na percepção da própria vida, nas relações interpessoais, no autocuidado e na capacidade de enfrentar situações cotidianas. Ele não se limita à existência de um diagnóstico psiquiátrico, pois pode estar presente por meio de manifestações como tristeza persistente, ansiedade, irritabilidade, choro frequente, sensação de incapacidade, alterações do sono, isolamento e preocupações excessivas. Essas manifestações devem ser compreendidas dentro da realidade particular de cada mulher (World Health Organization, 2022).

É necessário diferenciar as alterações emocionais transitórias dos sinais de sofrimento que exigem acompanhamento. Mudanças de humor, sensibilidade emocional e preocupação podem ocorrer ao longo da gestação sem configurar adoecimento. Entretanto, quando essas manifestações são intensas, persistentes ou provocam prejuízos ao funcionamento cotidiano, precisam ser avaliadas. A frequência, a duração, a intensidade e as repercussões dos sintomas são elementos essenciais para essa diferenciação (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023).

Entre os problemas de saúde mental relacionados à gestação, destacam-se a ansiedade e a depressão. A ansiedade pode ser expressa por preocupações constantes com a saúde do bebê, medo de complicações, insegurança em relação ao parto e receio de não conseguir desempenhar os cuidados maternos. Também pode produzir sintomas físicos, como palpitações, tensão muscular, sudorese, falta de ar e desconfortos gastrointestinais. Quando excessiva, a ansiedade interfere no sono, na alimentação, na concentração e na qualidade de vida da gestante (Grillo et al., 2024).

A depressão gestacional pode manifestar-se por tristeza persistente, perda de interesse, falta de energia, desesperança, sentimento de culpa, alterações no sono e no apetite e dificuldade de concentração. Em situações mais graves, podem surgir pensamentos de morte ou autolesão. Alguns desses sinais podem ser confundidos com alterações próprias da gravidez, como cansaço, sonolência e mudanças de apetite. Por essa razão, a avaliação não deve considerar um sintoma isoladamente, mas o conjunto das manifestações e seus efeitos sobre a vida da mulher.

A ansiedade e a depressão podem ocorrer de maneira simultânea. Essa coexistência amplia o sofrimento e pode dificultar a adaptação da gestante às mudanças do período. Além desses quadros, outras condições também podem estar presentes, como transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, transtorno afetivo bipolar, uso prejudicial de substâncias e sintomas psicóticos. A diversidade dessas manifestações demonstra que a saúde mental gestacional não pode ser reduzida apenas à depressão pós-parto (Grillo *et al.*, 2024).

A abordagem da saúde mental deve adotar uma perspectiva biopsicossocial. Os aspectos biológicos relacionam-se às modificações hormonais, à presença de doenças, às condições obstétricas e ao histórico de saúde mental. A dimensão psicológica abrange personalidade, estratégias de enfrentamento, autoestima, percepção corporal, experiências anteriores e expectativas sobre a maternidade. Os aspectos sociais envolvem condições econômicas, trabalho, moradia, relações familiares, apoio social, violência e acesso aos serviços de saúde.

Essas dimensões não atuam separadamente. Uma complicação obstétrica, por exemplo, pode produzir medo e insegurança, especialmente quando associada à falta de apoio, dificuldade financeira ou histórico anterior de perdas gestacionais. Da mesma forma, alterações hormonais não explicam isoladamente o sofrimento psíquico. A forma como a mulher vivencia a gestação depende da interação entre condições orgânicas, subjetivas, familiares, culturais e sociais.

Outro elemento importante é a percepção da imagem corporal. As transformações provocadas pela gestação podem ser recebidas com satisfação, estranhamento ou desconforto. Aumento de peso, alterações da pele, crescimento das mamas, inchaço e limitações físicas podem interferir na autoestima e na maneira como a mulher se relaciona com o próprio corpo. Essa experiência é influenciada por valores culturais e padrões sociais de beleza, podendo aumentar a insegurança e a insatisfação corporal.

O vínculo materno-fetal também se desenvolve de formas diferentes. Algumas mulheres estabelecem conexão emocional com o bebê desde o início, enquanto outras necessitam de mais tempo para reconhecer e elaborar a experiência da maternidade. A ausência de entusiasmo imediato não deve ser interpretada automaticamente como rejeição. A assistência deve respeitar o tempo psicológico da gestante e evitar julgamentos que aumentem a culpa ou dificultem a expressão de sentimentos.

A gestação de alto risco pode intensificar o sofrimento emocional devido ao medo de complicações, hospitalização, parto prematuro, perda fetal ou consequências para a saúde da mulher. Entretanto, a classificação obstétrica de risco habitual não significa ausência de

vulnerabilidade psicológica. Toda gestante pode apresentar necessidades relacionadas à saúde mental, independentemente da presença de doença ou complicação obstétrica (Ribeiro; Cieto; Silva, 2022).

A continuidade entre a gestação e o puerpério também precisa ser considerada. O sofrimento iniciado durante a gravidez pode permanecer ou intensificar-se após o nascimento, especialmente quando não é identificado e acompanhado. Dessa maneira, a promoção da saúde mental no pré-natal também possui caráter preventivo, pois permite reconhecer necessidades, fortalecer recursos de enfrentamento e preparar a mulher e sua rede de apoio para as mudanças do pós-parto (Steen; Francisco, 2019).

O estigma relacionado aos transtornos mentais representa uma barreira importante. Algumas gestantes evitam relatar tristeza, ansiedade ou pensamentos negativos por medo de serem julgadas como incapazes de cuidar do bebê. Esse silêncio pode ser reforçado por atendimentos que valorizam apenas os exames, as medidas corporais e o desenvolvimento fetal. Para superar essa limitação, os serviços precisam oferecer ambientes seguros, acolhedores e livres de julgamentos (World Health Organization, 2022).

A saúde mental deve ser abordada ao longo de toda a gestação, pois as necessidades emocionais podem se modificar entre os trimestres. No início, podem prevalecer a ambivalência, o medo de aborto e a dificuldade de aceitação da gravidez. No segundo trimestre, as mudanças corporais e a percepção dos movimentos fetais podem transformar a relação com a gestação. Próximo ao parto, podem aumentar o medo da dor, das complicações, da amamentação e da responsabilidade com o recém-nascido.

Nesse sentido, a assistência integral pressupõe o reconhecimento da gestante como sujeito de direitos, com história, sentimentos e necessidades próprias. A mulher não deve ser considerada apenas como responsável pelo desenvolvimento fetal. Seu bem-estar psicológico, sua autonomia e sua qualidade de vida constituem finalidades legítimas do cuidado. A atenção à saúde mental precisa estar integrada ao acompanhamento clínico e obstétrico, e não ser tratada como elemento secundário.

A compreensão teórica do sofrimento psíquico na gestação permite superar duas posições inadequadas: a naturalização de sintomas importantes e a transformação de qualquer emoção em doença. O cuidado adequado deve reconhecer que medo, dúvida e ambivalência podem fazer parte da experiência gestacional, ao mesmo tempo que identifica manifestações persistentes capazes de comprometer a saúde. Essa perspectiva fundamenta uma assistência de enfermagem humanizada, individualizada e sensível às dimensões biopsicossociais da gravidez.

2.2. Fatores de Vulnerabilidade e Proteção

O sofrimento psíquico gestacional possui origem multifatorial. Antecedentes pessoais ou familiares de transtorno mental, episódios prévios de depressão ou ansiedade, uso problemático de substâncias, gravidez não planejada, perdas gestacionais, complicações obstétricas e experiências traumáticas podem aumentar a vulnerabilidade. Esses fatores não atuam de modo determinista; sua presença orienta maior atenção e diálogo, mas não permite presumir adoecimento.

Os determinantes sociais ocupam lugar central. Desemprego, baixa renda, insegurança alimentar, moradia precária e dificuldade de transporte podem aumentar o estresse e limitar o acesso aos serviços. Silva *et al.* (2023) encontraram associação entre ausência de emprego e maior risco de depressão, enquanto Ribeiro, Cieto e Silva (2022) discutiram o impacto de condições socioeconômicas e relacionais no pré-natal de alto risco. Por isso, perguntar sobre condições de vida não é elemento periférico: integra a avaliação de saúde.

A violência por parceiro íntimo e outras formas de violência exigem abordagem protegida. A entrevista deve ocorrer, sempre que possível, em espaço privativo, sem acompanhantes que impeçam a fala, com comunicação não julgadora e respeito às escolhas da mulher. Diante de revelação ou suspeita, o enfermeiro deve avaliar risco imediato, seguir normas de notificação e proteção aplicáveis, construir plano de segurança e articular os serviços competentes, evitando condutas que ampliem a exposição da gestante.

O apoio social funciona como fator de proteção quando é estável, respeitoso e compatível com as necessidades da mulher. A presença de companheiro não deve ser tomada automaticamente como apoio, assim como a ausência de parceiro não define incapacidade para a maternidade. O que importa é compreender quem oferece ajuda emocional e prática, se a gestante se sente segura e quais pessoas podem participar do cuidado com seu consentimento.

A gestação de alto risco pode intensificar incertezas, hospitalizações, medo de perda fetal e restrições na rotina. No estudo de Ribeiro, Cieto e Silva (2022), a avaliação do risco de depressão evidenciou a necessidade de ampliar o acesso a intervenções efetivas nesse

grupo. Contudo, gestantes classificadas como de risco habitual também precisam ser avaliadas, pois a ausência de complicação obstétrica não equivale à ausência de sofrimento mental.

Entre os fatores protetores, destacam-se vínculo com a equipe, informação clara, participação nas decisões, apoio familiar escolhido pela mulher, acesso a benefícios sociais, condições adequadas de trabalho e moradia, estratégias saudáveis de enfrentamento e disponibilidade de cuidado psicológico ou psiquiátrico quando necessário. A enfermagem contribui ao reconhecer tanto riscos quanto recursos, evitando uma consulta limitada à enumeração de problemas.

2.3. Consulta de Enfermagem e Integralidade do Cuidado

A consulta de enfermagem no pré-natal combina ações assistenciais, educativas e gerenciais. Paes *et al.* (2022), ao analisarem a consulta sob a ótica da teoria do cuidado de Kristen Swanson, destacaram a vinculação e o cuidado singular como componentes de qualidade e segurança. Na saúde mental, esse vínculo se expressa por presença atenta, validação da experiência, respeito à autonomia e continuidade entre os encontros.

O acolhimento começa pela maneira de perguntar. Questões abertas sobre como a mulher tem se sentido, o que mais a preocupa, como dorme, com quem pode contar e se se sente segura em casa ampliam a compreensão. A escuta qualificada não se resume a permitir a fala: envolve reconhecer sinais verbais e não verbais, esclarecer dúvidas, evitar moralização e devolver à gestante uma síntese compreensível do que foi identificado.

A educação em saúde é mais efetiva quando dialogada e adequada à realidade. Orientações podem abranger alterações emocionais esperadas, sinais de alerta, autocuidado, sono, atividade física conforme avaliação clínica, preparação para o parto, direitos e locais de busca de ajuda. Marques et al. (2021) observaram maior adequação das orientações quando o pré-natal era compartilhado por médico e enfermeiro em comparação ao atendimento majoritariamente médico, evidenciando o valor da complementaridade profissional.

Instrumentos e guias podem organizar a consulta, desde que não transformem o cuidado em checklist mecânico. Teixeira *et al.* (2023) construíram e validaram guia instrucional para o pré-natal de baixo risco, reforçando a possibilidade de sistematizar dimensões do trabalho do enfermeiro. Para a saúde mental, protocolos devem explicitar quando rastrear, como interpretar resultados, como registrar, quais sinais requerem ação imediata e para onde encaminhar.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem permite formular diagnósticos de enfermagem relacionados a ansiedade, enfrentamento, sono, apoio social, autocuidado e risco de violência, conforme avaliação individual e terminologia adotada pelo serviço. O plano de cuidados deve definir objetivos alcançáveis, intervenções, responsáveis, periodicidade de reavaliação e critérios de escalonamento. O registro deve ser objetivo, respeitoso e suficiente para sustentar continuidade, preservando informações sensíveis conforme normas profissionais.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Esse delineamento foi escolhido porque o objetivo é integrar conceitos, achados empíricos e recomendações assistenciais sobre a atuação da enfermagem na saúde mental de gestantes, sem estimar efeito combinado ou prevalência única.

A busca foi realizada em setembro de 2026 nas fontes Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Foram combinados, em português e inglês, os termos “saúde mental”, “gestantes”, “gravidez”, “enfermagem”, “cuidado pré-natal”, “mental health”, “pregnancy”, “pregnant women”, “nursing” e “prenatal care”, mediante operadores AND e OR. Também foi consultado documento oficial da Organização Mundial da Saúde sobre integração da saúde mental perinatal aos serviços materno-infantis.

Foram priorizadas publicações de 2019 a 2025, disponíveis integralmente ou com resumo e dados bibliográficos suficientes, em português ou inglês, que abordassem pelo menos um dos seguintes aspectos: prevalência ou risco de ansiedade e depressão na gravidez; fatores psicossociais associados; consulta de enfermagem; intervenções durante o pré-natal; ou organização da atenção perinatal. O texto de Steen e Francisco (2019) foi mantido por sua pertinência específica ao contexto brasileiro e por funcionar como referência de base do projeto original.

Foram excluídos trabalhos duplicados, textos opinativos sem sustentação técnico-científica, publicações sem autoria identificável, estudos centrados exclusivamente no puerpério sem relação com o pré-natal e materiais cujo objeto não contribuía para os objetivos. Referências do projeto original com dados bibliográficos

inconsistentes ou incompatíveis com o tema não foram incorporadas.

A análise ocorreu em três etapas: leitura exploratória para reconhecimento do escopo; leitura analítica para extração de objetivo, delineamento, participantes ou corpus, achados e implicações; e síntese temática. Os resultados foram organizados em quatro núcleos: magnitude e reconhecimento do sofrimento psíquico; fatores de vulnerabilidade; ações de enfermagem; e barreiras para integração do cuidado. Por utilizar dados públicos e não envolver participantes, prontuários ou informações identificáveis, a revisão não demandou submissão a comitê de ética. Foram respeitados autoria, fidelidade das informações e indicação das fontes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A síntese reuniu estudos observacionais brasileiros, pesquisas sobre consulta de enfermagem, revisões de intervenções e diretriz internacional. O Quadro 1 apresenta as fontes centrais utilizadas na análise. As diferenças de desenho, população e instrumentos impedem tratar percentuais como diretamente comparáveis, mas permitem identificar convergências úteis à prática.

Quadro 1. Síntese das principais fontes analisadas

Autor/ano	Delineamento	Foco	Contribuição para a síntese
Steen; Francisco (2019)	Reflexão/atualização	Bem-estar e saúde mental materna	Integração da saúde mental ao pré-natal e promoção da resiliência.

Marques et al. (2021)	Estudo transversal	Orientações no pré-natal	Cuidado compartilhado entre médico e enfermeiro associou-se a maior adequação das orientações.
Webb et al. (2021)	Revisão sistemática	Implementação do cuidado perinatal	Identifica barreiras e facilitadores nos serviços de saúde e assistência social.
Singla et al. (2021)	Revisão sistemática e metanálise	Aconselhamento psicológico	Intervenções realizadas por profissionais não especialistas podem reduzir sintomas perinatais.
Paes et al. (2022)	Estudo qualitativo	Consulta de enfermagem	Vínculo e cuidado singular sustentam segurança e qualidade no pré-natal.
Ribeiro; Cieto; Silva (2022)	Estudo transversal	Risco de depressão no alto risco	Evidencia necessidade de rastreamento e acesso a intervenções.
Okatsau et al. (2022)	Revisão de revisões	Terapia cognitivo-comportamental	Aponta benefício potencial para prevenção e redução de depressão e ansiedade.
World Health Organization (2022)	Guia técnico	Integração da saúde mental perinatal	Propõe serviços integrados, respeitosos, culturalmente adequados e sem estigma.
Silva et al. (2023)	Estudo transversal	Risco de depressão no risco habitual	Mostra vulnerabilidade também no pré-natal habitual e associação com desemprego.

Teixeira et al. (2023)	Estudo metodológico	Guia para consulta de enfermagem	Demonstra possibilidade de sistematizar e validar conteúdo assistencial.
Lima et al. (2025)	Estudo transversal	Ansiedade e depressão na APS	Identifica sintomas relevantes e reforça detecção no pré-natal.

Fonte: elaboração das autoras (2026).

4.1. Reconhecimento Precoce e Rastreamento

O primeiro núcleo demonstra que o sofrimento mental não se restringe ao puerpério nem às gestações de alto risco. Lima et al. (2025) encontraram sintomas de ansiedade em 37% e sintomas depressivos em 23% das participantes de uma Unidade de Saúde da Família. Silva et al. (2023), ao utilizarem escala de risco de depressão, encontraram proporção ainda maior de participantes na categoria de maior risco. A diferença decorre, entre outros fatores, dos instrumentos e desfechos: sintoma, risco e diagnóstico não são sinônimos.

Essa heterogeneidade produz uma implicação prática: o profissional deve saber qual fenômeno o instrumento avalia. Um resultado positivo em escala de rastreamento não confirma transtorno, mas indica necessidade de entrevista clínica, avaliação da gravidade e definição de seguimento. Da mesma forma, um escore abaixo do ponto de corte não elimina a necessidade de ouvir queixas, especialmente diante de violência, ideação suicida, uso de substâncias ou prejuízo funcional.

O rastreamento pode ser incorporado em momentos definidos do pré-natal e repetido conforme risco e evolução. Para funcionar, deve estar vinculado a um fluxo assistencial. Aplicar uma escala sem capacidade de discutir o resultado, reavaliar e encaminhar pode aumentar angústia e produzir falsa sensação de cuidado. O guia da World Health Organization (2022) enfatiza que identificação precisa ser acompanhada de resposta culturalmente adequada e integrada aos serviços.

Na consulta, o enfermeiro pode iniciar por perguntas abertas e, havendo indicação ou protocolo, utilizar instrumento validado para a população. Sinais de alerta como ideação suicida, plano de autolesão, sintomas psicóticos, agitação intensa, incapacidade grave de autocuidado e risco de violência exigem avaliação imediata e acionamento do fluxo de urgência. Esses casos não devem aguardar consulta de rotina ou retorno distante.

O acompanhamento também requer reavaliação. A saúde mental pode se modificar com intercorrências clínicas, conflitos familiares, perda de renda e aproximação do parto. Registrar o que foi identificado, a orientação fornecida, os pactos e o destino do encaminhamento permite verificar se a gestante efetivamente acessou o cuidado, reduzindo a fragmentação.

4.2. Acolhimento, Vínculo e Intervenções de Enfermagem

O segundo núcleo indica que a contribuição da enfermagem começa antes de qualquer intervenção especializada. Vínculo, privacidade, escuta e linguagem respeitosa são tecnologias de cuidado que ampliam a revelação de necessidades. Paes *et al.* (2022) mostram que estar com a mulher e construir cuidado singular

favorecem segurança. Isso exige que a consulta não seja reduzida ao cumprimento de procedimentos.

O acolhimento pode produzir efeitos ao organizar a experiência e diminuir estigma, mas não substitui tratamento quando há transtorno moderado ou grave. Cabe ao enfermeiro reconhecer limites de atuação, oferecer suporte inicial, realizar intervenções compatíveis com sua competência e articular psicologia, medicina de família, obstetrícia, psiquiatria, serviço social e rede comunitária.

Entre as ações de enfermagem identificadas na síntese estão: investigar bem-estar emocional e fatores psicossociais; oferecer informação sobre sinais e locais de ajuda; estimular estratégias seguras de autocuidado; apoiar organização de rotina e sono; discutir expectativas sobre parto e maternidade; fortalecer rede de apoio consentida; realizar visita domiciliar quando pertinente; conduzir grupos educativos; pactuar plano de segurança; monitorar adesão e efeitos adversos; e coordenar encaminhamentos.

Intervenções psicológicas estruturadas apresentam evidências favoráveis. Okatsau *et al.* (2022) observaram, em revisão de revisões, que a terapia cognitivo-comportamental iniciada na gestação pode reduzir depressão e ansiedade perinatais, embora exista variação entre programas. Singla *et al.* (2021) também apontaram efetividade de aconselhamento psicológico oferecido por profissionais não especialistas quando há treinamento, supervisão e processos de implementação adequados. Esses achados não significam que qualquer conversa informal equivalha a psicoterapia; indicam que modelos baseados em evidências podem ampliar acesso quando incorporados com competência e governança clínica.

A educação em saúde deve incluir a família apenas com concordância da gestante. O envolvimento de pessoa de confiança pode melhorar apoio prático, reconhecimento de sinais e adesão ao plano. Entretanto, em contexto de conflito ou violência, inserir o parceiro automaticamente é inadequado e pode elevar risco. A autonomia e a segurança da mulher orientam a decisão.

Grupos de gestantes podem reduzir isolamento e favorecer troca de experiências, mas precisam de objetivos claros, mediação qualificada e mecanismos de confidencialidade. Temas como medo do parto, mudanças na relação conjugal, divisão de cuidados, amamentação e sinais de sofrimento podem ser discutidos sem impor idealizações sobre maternidade. Mulheres que não desejem ou não possam participar devem receber alternativas individuais.

4.3. Coordenação do Cuidado e Trabalho Interprofissional

A saúde mental perinatal atravessa diferentes níveis de atenção. A Atenção Primária pode identificar, acompanhar quadros leves, desenvolver promoção e coordenar o cuidado; serviços especializados apoiam avaliação e tratamento de maior complexidade; urgência e emergência respondem a situações agudas. A gestante não deve ser simplesmente “encaminhada” e retirada da responsabilidade da equipe de origem. O cuidado compartilhado preserva vínculo e acompanha necessidades obstétricas e psicossociais.

Marques *et al.* (2021) demonstraram benefício do cuidado compartilhado nas orientações do pré-natal. Embora o estudo não avalie diretamente desfechos mentais, ele sustenta a discussão de complementaridade entre profissionais. O enfermeiro pode articular

plano comum, reduzir mensagens contraditórias e manter comunicação com os demais serviços, desde que respeitados consentimento, sigilo e necessidade assistencial.

A gestão de casos de maior vulnerabilidade pode incluir discussão matricial, projeto terapêutico singular e busca ativa. Quando uma gestante falta repetidamente, a resposta não deve ser apenas classificá-la como não aderente. É necessário investigar barreiras concretas, como transporte, horário de trabalho, cuidado de outros filhos, medo, violência, estigma ou dificuldade de comunicação.

A integração depende de fluxos explícitos: contatos dos serviços, critérios de prioridade, responsabilidades, devolutiva e conduta em crise. Webb *et al.* (2021) identificaram barreiras e facilitadores para implementar cuidados de saúde mental perinatal, indicando que treinamento isolado é insuficiente quando faltam recursos, liderança, comunicação e caminhos assistenciais. Portanto, qualificar o enfermeiro deve ocorrer junto à organização da rede.

A prescrição e o manejo medicamentoso pertencem à avaliação profissional habilitada e requerem análise individual de riscos e benefícios. A enfermagem contribui ao identificar dúvidas, combater abandono abrupto por medo, observar efeitos, apoiar adesão e encaminhar para reavaliação. Informações genéricas que culpabilizem a gestante ou apresentem risco fetal de forma descontextualizada podem prejudicar o tratamento.

4.4. Barreiras, Desafios e Implicações para a Prática

A análise da literatura evidencia um descompasso entre a posição estratégica do pré-natal para a identificação do sofrimento psíquico e a capacidade dos serviços de oferecer respostas adequadas às

necessidades das gestantes. Consultas breves, sobrecarga profissional, rotatividade das equipes, ausência de espaço privativo e atendimento excessivamente concentrado nos aspectos obstétricos dificultam a abordagem da saúde mental. O estigma também representa uma barreira, pois algumas gestantes temem julgamentos, enquanto determinados profissionais evitam abordar o assunto por não se sentirem preparados para conduzir os casos identificados.

A falta de capacitação aparece como desafio central. Formação deve abranger comunicação, rastreamento, avaliação de risco, manejo inicial, violência, uso de substâncias, crise suicida, registro e fluxos. Simulações, discussão de casos e supervisão tendem a ser mais úteis do que capacitações pontuais desconectadas da rotina. Teixeira *et al.* (2023) mostram que materiais instrucionais validados podem apoiar padronização, mas devem ser atualizados e adaptados ao território.

Outra dificuldade é transformar rastreamento em acesso. Filas para psicologia ou psiquiatria, distância e escassez de serviços podem interromper o percurso. Estratégias possíveis incluem apoio matricial, consultas compartilhadas, teleatendimento quando apropriado, grupos estruturados e definição de prioridades. Nenhuma dessas alternativas elimina a necessidade de investimento na rede.

A prática precisa evitar medicalização automática e subtratamento. Nem todo sofrimento requer medicamento, mas quadros graves não podem ser respondidos apenas com conselhos de autocuidado. O plano deve ser proporcional à necessidade, construído com a mulher e revisto ao longo do tempo. A escolha informada depende

de explicação clara sobre alternativas, benefícios, limites e sinais para procurar ajuda.

Os achados sugerem um conjunto mínimo para a consulta: avaliação emocional em linguagem acessível; identificação de fatores sociais e de proteção; rastreamento conforme protocolo; checagem de violência e segurança em ambiente privativo; educação em saúde; plano individual; registro; encaminhamento responsável; e reavaliação. A implantação desse conjunto deve ser monitorada por indicadores que vão além do número de escalas aplicadas, incluindo acesso após encaminhamento, tempo de resposta e continuidade.

Como limitações, esta revisão é narrativa, não realizou avaliação formal da qualidade metodológica e reuniu estudos heterogêneos. Além disso, parte das pesquisas foi conduzida durante ou próxima à pandemia de COVID-19, contexto capaz de influenciar sofrimento e acesso. As conclusões, portanto, devem orientar reflexão e organização da prática, e não ser interpretadas como estimativa única de prevalência ou protocolo clínico fechado.

5. CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem contribui para a saúde mental das gestantes quando integra avaliação emocional, escuta qualificada, rastreamento, educação, planejamento do cuidado e articulação da rede às rotinas do pré-natal. Essa atuação permite reconhecer precocemente sintomas e vulnerabilidades que podem permanecer ocultos em consultas centradas apenas nos aspectos biológicos.

Os objetivos do estudo são alcançados ao demonstrar que ansiedade, depressão e risco de adoecimento se associam a fatores

individuais, obstétricos, relacionais e socioeconômicos; ao descrever ações de enfermagem aplicáveis à consulta; e ao evidenciar desafios estruturais e profissionais para continuidade. O acolhimento e o vínculo constituem a base do cuidado, mas precisam estar conectados a instrumentos adequados, fluxos de resposta e trabalho interprofissional.

A pergunta de pesquisa é respondida pela compreensão de que a enfermagem atua na promoção, na identificação e no acompanhamento, sem substituir o diagnóstico e o tratamento especializados quando necessários. A efetividade dessa contribuição depende de capacitação permanente, privacidade, protocolos, supervisão, referência e contrarreferência e disponibilidade de serviços.

Recomenda-se que os serviços incorporem avaliação de saúde mental em diferentes momentos do pré-natal, definam procedimentos para situações de urgência, monitorem a conclusão dos encaminhamentos e incluam a gestante na construção do plano. Estudos futuros devem avaliar a implementação dessas práticas em diferentes territórios e seus efeitos sobre acesso, continuidade, satisfação, sintomas e desfechos materno-infantis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, Washington, DC, v. 141, n. 6, p. 1232-1261, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200>.

GRILLO, Maria Fernanda Ronchetti et al. Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, e20230098, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0098>.

LIMA, Priscila Alves de et al. Ansiedade e depressão entre gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família: estudo transversal. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 30, e96201pt, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96201pt>.

MARQUES, Bruna Leticia et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200098, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>.

OKATSAU, Aiko; AOYAMA, Sayaka; YAMAJI, Noyuri; KATAOKA, Yaeko. Cognitive behavioral therapy in perinatal mental health: an overview of systematic reviews. *Japan Journal of Nursing Science*, [S. l.], v. 19, n. 4, e12501, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jjns.12501>.

PAES, Renata Lafaiete Cardoso et al. A consulta de enfermagem no pré-natal sob a ótica da teoria do cuidado de Kristen Swanson. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 27, e82601, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82601>.

RIBEIRO, Gabriela de Magalhães; CIETO, Julia Ferreira; SILVA, Mônica Maria de Jesus. Risco de depressão na gravidez entre gestantes inseridas na assistência pré-natal de alto risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 56, e20210470, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Risco de depressão na gravidez na assistência pré-natal de risco habitual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 31, e3962, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3962>.

SINGLA, Daisy R. et al. Implementation and effectiveness of nonspecialist-delivered interventions for perinatal mental health in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, Chicago, v. 78, n. 5, p. 498-509, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4556>.

STEEN, Mary; FRANCISCO, Adriana Amorim. Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. III-IV, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>.

TEIXEIRA, Wanderson Luís et al. Guia instrucional para subsidiar a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco: construção e validação. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 28, e89513, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89513>.

WEBB, Rebecca et al. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, London, v. 8, n. 6, p. 521-534, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. Acesso em: 1 set. 2026.

¹ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Santa Terezinha - CEST. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Discente do Curso Superior de Enfermagem Centro Universitário Santa Terezinha - CEST. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).