REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE ROLE OF NURSES IN SCREENING FOR PSYCHOLOGICAL DISTRESS DURING PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 18/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794751743

Leticia Lays dos Santos[1]

Aline Camila de Gois Silva[2]

Larissa Lages[3]

RESUMO

O estudo analisa evidências sobre a atuação do enfermeiro no rastreamento do sofrimento psíquico durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de revisão integrativa da literatura, conduzida em seis etapas e relatada conforme o PRISMA 2020. A busca foi realizada em 22 de outubro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, BDENF e SciELO, com estratégia única, complementada por busca manual, e incluiu estudos publicados entre 2020 e 2026 em três idiomas. Os estudos foram classificados por nível de evidência, e a síntese foi temática. Dos 990 registros identificados, 38 estudos de 22 países compuseram a amostra, com predomínio de delineamentos qualitativos e nível de evidência VI. Emergiram quatro categorias: magnitude e invisibilidade do sofrimento psíquico no pré-natal da Atenção Primária; instrumentos e estratégias de rastreamento aplicáveis pela enfermagem; acolhimento, escuta qualificada e vínculo como condições para a revelação do sofrimento; e barreiras e estratégias para qualificar o rastreamento. Estudos mostram que até um terço das gestantes apresentou rastreamento positivo, mas a detecção na rotina foi mínima. Quando a capacitação dos profissionais se associou ao uso de instrumentos breves, como o PHQ-2, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e as perguntas de Whooley, a identificação passou de 1,4 para até 40 por cento. O enfermeiro ocupa posição estratégica para rastrear o sofrimento psíquico na consulta pré-natal, desde que os instrumentos validados sejam combinados à escuta qualificada, ao vínculo, à capacitação, à supervisão, ao registro sistemático e a fluxos de referência pactuados na Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental; Programas de Rastreamento; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes scientific evidence on the role of nurses in screening for psychological distress during prenatal care in Primary Health Care. It is an integrative literature review conducted in six stages and reported according to the PRISMA 2020 statement. Searches were carried out on October 22, 2026, in PubMed/MEDLINE, LILACS, BDENF and SciELO, using the same strategy in all databases, complemented by manual search, and included studies published from 2020 to 2026 in Portuguese, English and Spanish. Studies were classified by level of evidence, and the synthesis was descriptive and thematic. Of the 990 records identified, 38 studies were included, from 22 countries, with a predominance of qualitative designs and level of evidence VI. Four categories emerged: the magnitude and invisibility of psychological distress in primary prenatal care; screening instruments and strategies applicable by nursing; welcoming, qualified listening and bonding as conditions for disclosure; and barriers and strategies to improve screening. Studies show that up to one third of pregnant women screened positive, yet routine detection was minimal. When professional training was combined with brief instruments, such as the PHQ-2, the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Whooley questions, identification rates rose from 1.4 to as much as 40 percent. Nurses therefore hold a strategic position to screen for psychological distress during prenatal consultations, provided that validated instruments are combined with qualified listening, bonding, training, supervision, systematic recording and referral pathways agreed within the Health Care Network.

Keywords: Mental Health; Mass Screening; Prenatal Care; Nursing; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher. No Sistema Único de Saúde (SUS), o pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal estratégia de acompanhamento da gestante e deve contemplar, além das condições clínicas e obstétricas, os aspectos psicossociais da mulher (Brasil, 2012; Brasil, 2026).

A saúde mental merece atenção especial nesse período. Segundo a Organização Mundial da Saúde, quase uma em cada cinco mulheres apresenta alguma condição de saúde mental durante a gestação ou no primeiro ano após o parto, sendo a depressão e a ansiedade as mais frequentes (World Health Organization, 2022).

No Brasil, estudos realizados na APS identificaram sintomas depressivos moderados ou graves em 41,4% das gestantes acompanhadas em Montes Claros (MG) (Caldeira *et al.*, 2024) e sintomas ansiosos em 37,0% das gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa (PB) (Lima *et al.*, 2025).

Quando não identificado, esse sofrimento associa-se à menor adesão ao pré-natal, a desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, à depressão pós-parto e a prejuízos no vínculo mãe-bebê (World Health Organization, 2022; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023).

Neste estudo, compreende-se o sofrimento psíquico como um conjunto de manifestações emocionais, como tristeza persistente, ansiedade, irritabilidade, insônia e preocupação excessiva, que causam desconforto e prejuízo ao cotidiano, sem necessariamente configurar um transtorno mental diagnosticado.

O rastreamento, por sua vez, corresponde à aplicação sistemática de perguntas ou instrumentos padronizados a pessoas que não buscaram atendimento por esse motivo, com a finalidade de identificar aquelas que necessitam de avaliação mais aprofundada (Brasil, 2010).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel central, pois conduz grande parte das consultas de pré-natal de risco habitual na APS, atividade assegurada pela Lei nº 7.498/1986 (Brasil, 1986) e orientada por protocolos de enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2023). Além disso, a Lei nº 14.721/2023 passou a prever a avaliação da saúde mental da gestante pelo profissional de saúde no pré-natal e no puerpério (Brasil, 2023).

Apesar disso, estudos recentes apontam que o sofrimento psíquico ainda é pouco identificado na APS, em razão de dificuldades relacionadas à capacitação, ao registro e ao uso de instrumentos de rastreamento (Rocha *et al.*, 2024; Mendes *et al.*, 2024). A relevância do tema está em sistematizar quais instrumentos e estratégias são aplicáveis pela enfermagem na consulta de pré-natal, de modo a subsidiar protocolos municipais e a formação das equipes da APS.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo geral analisar as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro no rastreamento do sofrimento psíquico durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Para isso, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: **“Quais são as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro no rastreamento do sofrimento psíquico de gestantes durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde?”**

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir estudos de diferentes delineamentos para a compreensão abrangente de um fenômeno (Whittemore; Knafl, 2005). O estudo seguiu as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010): elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão. O relato da busca e da seleção seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) (Page *et al.*, 2021).

A pergunta norteadora, apresentada na Introdução, foi elaborada com base na estratégia PICo (Lockwood *et al.*, 2020), em que P (população) corresponde aos enfermeiros, incluindo enfermeiras obstétricas e *midwives*, e às gestantes por eles acompanhadas; I (fenômeno de interesse), ao rastreamento do sofrimento psíquico; e Co (contexto), ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

2.2. Estratégia de Busca

A busca foi realizada em 22 de outubro de 2026 em quatro bases de dados: a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via PubMed; a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), ambas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foi utilizada a mesma estratégia de busca em todas as bases de dados. Ela foi composta por quatro conjuntos de palavras-chave em inglês; correspondentes aos descritores DeCS/MeSH Gestantes;

Cuidado Pré-Natal; Saúde Mental; Angústia Psicológica; Depressão; Ansiedade; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem e Tocologia; combinados pelo operador booleano OR dentro de cada conjunto e AND entre eles.

O inglês foi adotado por ser o idioma comum às três bases, que indexam títulos, resumos e palavras-chave nesse idioma; inclusive nos artigos publicados em português e espanhol.

A expressão utilizada foi: (pregnan* OR prenatal OR antenatal) AND ("mental health" OR "psychological distress" OR depress* OR anxiety) AND (screening OR detection OR identif*) AND ("primary health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "health center" OR "health centre" OR "community health" OR nurse* OR nursing OR midwi*).

A expressão foi aplicada nos campos de título, resumo e palavras-chave/assunto de cada base; com filtro de ano de publicação entre 2020 e 2026; na BVS; também foram selecionadas as bases LILACS e BDENF; A busca recuperou 818 registros na PubMed/MEDLINE; 99 na LILACS e na BDENF e 60 na SciELO; totalizando 977 registros; A busca foi complementada por busca manual nas listas de referências dos estudos e no Google Acadêmico.

2.3. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos primários e revisões sistemáticas publicados entre 2020 e 2026, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem o rastreamento ou a identificação do sofrimento psíquico (sintomas depressivos, ansiosos, de estresse ou transtornos mentais comuns) de gestantes no pré-natal da APS ou de serviços comunitários de primeiro nível

de atenção, com participação do enfermeiro, da enfermeira obstétrica ou da *midwife*, ou que apresentassem a perspectiva das gestantes sobre esse rastreamento.

A inclusão de estudos com *midwives* justifica-se porque, em diversos países, esses profissionais conduzem o pré-natal de risco habitual na atenção primária, de forma equivalente ao enfermeiro brasileiro.

Foram excluídos: estudos duplicados; editoriais, cartas, resumos de eventos, teses, dissertações e protocolos sem resultados; estudos realizados exclusivamente em serviços hospitalares ou especializados ou sem descrição do cenário; estudos exclusivamente de prevalência ou de fatores associados; estudos de validação psicométrica; estudos voltados exclusivamente ao puerpério; e estudos de intervenções terapêuticas sem componente de rastreamento.

2.4. Seleção e Extração dos Dados

Após a remoção das duplicatas, os registros foram selecionados pela leitura de títulos e resumos e, em seguida, pela leitura na íntegra dos estudos potencialmente elegíveis. A triagem inicial foi realizada com apoio de ferramenta de inteligência artificial, conforme descrito na seção 2.7, e conferida por duas revisoras, de forma independente; as divergências foram resolvidas por consenso ou pela orientadora.

A busca nas bases de dados resultou em 977 registros: 818 na PubMed/MEDLINE, 99 na LILACS e na BDENF e 60 na SciELO. Após a remoção de 56 duplicatas, 921 registros tiveram títulos e resumos avaliados, dos quais 831 foram excluídos por não atenderem à questão norteadora.

Os 90 estudos restantes foram lidos na íntegra, e 55 foram excluídos pelos seguintes motivos: cenário exclusivamente hospitalar ou especializado (n = 17); cenário não descrito (n = 12); estudos exclusivamente de prevalência ou de fatores associados (n = 10); ausência de relação com o rastreamento ou com a atuação da enfermagem (n = 8); intervenção terapêutica sem rastreamento (n = 4); validação psicométrica de instrumentos (n = 2); e foco exclusivo no puerpério (n = 2). Assim, 35 estudos foram incluídos a partir das bases de dados.

A busca manual identificou 13 estudos adicionais, dos quais 10 foram excluídos (cenário hospitalar, n = 3; estudos exclusivamente de prevalência, n = 3; ausência de relação com o rastreamento na gestação, n = 3; periódico não indexado, n = 1) e três foram incluídos. A amostra final foi composta por 38 estudos. Dos 977 registros das bases e dos 13 da busca manual, somam-se 990 registros identificados, que correspondem ao total informado no resumo. O delineamento dos estudos incluídos está descrito na seção 3.

Para a extração dos dados, foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras, contendo: autores, ano, título, periódico, base de dados, país, delineamento, nível de evidência, participantes e cenário, instrumentos ou estratégias de rastreamento e principais resultados.

2.5. Análise dos Dados

Os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2019), em sete níveis, do nível I (revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados) ao nível VII (opinião de especialistas). A caracterização dos estudos foi

apresentada por frequências absolutas e relativas, e os achados foram agrupados por similaridade de conteúdo em categorias temáticas, discutidas à luz da literatura (Whittemore; Knafl, 2005).

2.6. Aspectos Éticos

Por se tratar de revisão de literatura com textos de domínio público, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). As ideias dos autores dos estudos analisados foram respeitadas e devidamente referenciadas, conforme a Lei nº 9.610/1998 (Brasil, 1998).

2.7. Uso de Ferramenta de Inteligência Artificial

Em conformidade com os princípios de integridade e transparência na pesquisa, declara-se que foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial generativa Claude (modelo Claude Opus 5.5, Anthropic) (Anthropic, 2026), em outubro de 2026. A ferramenta foi utilizada como apoio às seguintes atividades: identificação de fragilidades da versão preliminar do manuscrito; elaboração da estratégia de busca; execução das buscas nas bases de dados e triagem inicial de títulos e resumos; extração e organização dos dados nos quadros; redação, revisão e refinamento do texto; adequação às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); e conferência das referências e dos identificadores digitais (DOI).

Todo o conteúdo gerado foi revisado, conferido com as fontes originais e aprovado pelas autoras e pela orientadora, que assumem integral responsabilidade pelo texto, pelas análises e pelas conclusões apresentadas. A ferramenta não é considerada autora deste trabalho.

3. RESULTADOS

Quanto ao ano de publicação, dois estudos foram publicados em 2020 (5,3%), quatro em 2021 (10,5%), quatro em 2022 (10,5%), seis em 2023 (15,8%), sete em 2024 (18,4%), oito em 2025 (21,1%) e sete em 2026 (18,4%). Assim, 57,9% da amostra foi publicada nos últimos três anos, o que evidencia o crescimento recente do interesse pelo tema.

Os estudos foram desenvolvidos em 22 países, com destaque para o Reino Unido (n = 4; 10,5%), seguido da África do Sul e do Brasil (n = 3 cada; 7,9%), de Espanha, Etiópia, Gana, Indonésia, Nigéria, Sri Lanka e Vietnã (n = 2 cada; 5,3%) e de Belize, China, Estados Unidos, Índia, Itália, Malawi, Mali, Nova Zelândia, Omã, Países Baixos, Portugal e Uganda (n = 1 cada; 2,6%). Duas revisões sistemáticas tiveram abrangência multinacional.

Mais da metade dos estudos (n = 24; 63,2%) foi realizada em países de baixa e média renda. Dez estudos (26,3%) foram publicados em periódicos de enfermagem ou de obstetrícia, como *Midwifery*, *Journal of Midwifery & Women's Health*, Texto & Contexto Enfermagem, Revista Rene e Revista de Enfermagem Referência; os demais, em periódicos de saúde pública, psiquiatria e serviços de saúde, como *BMC Pregnancy and Childbirth*, *BMC Health Services Research*, *BMJ Global Health* e *Health Policy and Planning*.

Quanto à origem, 31 estudos (81,6%) foram recuperados na PubMed/MEDLINE, dois (5,3%) na LILACS/BDENF, dois (5,3%) na SciELO e três (7,9%) na busca manual. Em relação ao delineamento, predominaram os estudos qualitativos (n = 19; 50,0%), seguidos dos estudos quantitativos descritivos ou transversais (n = 7; 18,4%), dos estudos de métodos mistos (n = 7; 18,4%), dos estudos quase-

experimentais ou de implementação (n = 3; 7,9%) e das revisões sistemáticas (n = 2; 5,3%). Assim, 33 estudos (86,8%) foram classificados no nível de evidência VI, dois (5,3%) no nível V e três (7,9%) no nível III.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos quanto aos autores e ao ano de publicação, ao objetivo, ao tipo de estudo e aos principais achados.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro no rastreamento do sofrimento psíquico durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde

Autor/Ano	**Objetivo**	**Tipo de estudo**	**Principais achados**
Baker; Gillman; Coxon (2020)	Identificar a percepção de *midwives* sobre barreiras e facilitadores para o rastreamento da saúde mental na gestação, segundo as diretrizes do Reino Unido.	Qualitativo	Barreiras: alta carga de trabalho, pouca continuidade do cuidado e falta de confiança entre a mulher e a *midwife*; a consulta inicial e o modelo de cuidado influenciaram o rastreamento.
Bitew *et al.* (2020)	Compreender a perspectiva de gestantes e profissionais de saúde sobre a depressão pré-natal e a aceitabilidade de intervenções	Qualitativo	O sofrimento foi expresso por queixas somáticas; os profissionais suspeitavam de depressão diante de alterações de sono, apetite e vínculo com o bebê. A motivação dos profissionais e a

	psicológicas na Etiópia rural.		integração da saúde mental à APS foram facilitadores.
Browne *et al.* (2021)	Identificar a adesão ao tratamento de gestantes com sintomas de ansiedade e depressão e os facilitadores e as barreiras à revelação desses sintomas às *midwives*.	Transversal	Sintomas foram identificados em 22% das gestantes, mas apenas 15% destas receberam tratamento. Ser questionada pela *midwife* foi o principal facilitador da revelação (59%), e não ser questionada, a principal barreira (23%).
Lasater *et al.* (2021)	Identificar uma abordagem viável e aceitável de cuidado integrado em saúde mental materna no Mali rural.	Qualitativo	O estigma era difundido na comunidade e entre os profissionais. *Midwives* foram apontadas como profissionais-chave para o rastreamento e o cuidado psicossocial inicial.
Premji *et al.* (2021)	Identificar estratégias para implementar um programa de rastreamento e manejo da depressão perinatal na atenção primária da China.	Qualitativo (estudo de caso)	Facilitadores: plataforma online, apoio da gestão e simplificação do rastreamento. Barreiras: falta de profissionais capacitados, estigma e pouca integração entre saúde materna e mental.
Wyatt *et al.* (2021)	Estimar a prevalência e explorar os fatores	Métodos mistos	Sintomas depressivos em 7,5% das gestantes rastreadas

	associados aos sintomas depressivos pré-natais em Galle, Sri Lanka.		com a EPDS, associados à paridade e ao baixo apoio social; *midwives* de saúde pública relataram suas práticas no cuidado dessas gestantes.
Bruney; Zhang (2022)	Examinar a efetividade do manejo no próprio serviço após rastreamento positivo de depressão perinatal e as barreiras ao cuidado.	Descritivo retrospectivo	O rastreamento foi positivo em 9,52% das mulheres, e 63,9% delas foram avaliadas por assistente social no próprio serviço, taxa de seguimento superior à de outros estudos; o idioma não inglês foi barreira.
Chorwe-Sungani *et al.* (2022)	Avaliar a aceitabilidade e a viabilidade do rastreamento da depressão pré-natal por *midwives* com o protocolo SPADe.	Transversal	O rastreamento foi considerado viável e aceitável, desde que acompanhado de capacitação específica, supervisão contínua e recursos.
Branquinho *et al.* (2022)	Sintetizar o nível de letramento em depressão perinatal de profissionais de saúde da linha de frente.	Revisão sistemática	Conhecimento médio e lacunas sobre sintomas, fatores de risco, instrumentos de rastreamento e tratamento; recomenda capacitação, sobretudo de *midwives* e enfermeiros.
Abrahams *et al.* (2022)	Avaliar os resultados de implementação	Métodos mistos	A detecção pelas enfermeiras na rotina do pré-natal e o

	de uma intervenção de fortalecimento do sistema de saúde para gestantes com transtornos mentais comuns e violência doméstica.	(estudo-piloto)	encaminhamento aumentaram, e a intervenção foi considerada aceitável; a sobrecarga dos profissionais comprometeu a viabilidade, a adoção e a fidelidade.
Thomas *et al.* (2023)	Avaliar a viabilidade de capacitar trabalhadores da atenção primária para identificar a depressão pré-natal.	Quase-experimental	Conhecimento, habilidades e autoeficácia dos trabalhadores aumentaram; após a capacitação, 25% das gestantes rastreadas apresentaram sintomas depressivos, contra nenhum caso identificado antes.
Johnson *et al.* (2023)	Compreender as decisões de encaminhamento em saúde mental perinatal de *midwives* e *health visitors* e as barreiras e os facilitadores desse processo.	Métodos mistos	O vínculo com a mulher orientou as decisões de investigação e encaminhamento. *Health visitors* usavam sempre instrumento mais que *midwives* (64,1% vs. 21,7%). Estigma e medo de perder a guarda do filho foram barreiras.
Agampodi *et al.* (2023)	Relatar a experiência de incorporar o rastreamento e o manejo da ansiedade e da depressão no início da gestação	Descritivo (coorte)	Rastreamento positivo em 23% no primeiro e 14% no segundo trimestre; a maioria dos problemas era ansiedade manejável na APS. Propõe

	ao cuidado materno de rotina.		modelo de rastreamento a partir do início da gestação.
Abrahams *et al.* (2023)	Investigar facilitadores e barreiras à detecção e ao tratamento de transtornos mentais comuns e de violência doméstica em gestantes.	Qualitativo	Facilitadores: questionário disponível e valorização da detecção. Barreiras: vergonha, falta de confidencialidade, desconforto dos profissionais, pouco tempo e sobrecarga de atendimentos.
Nakidde; Kumakech; Mugisha (2023)	Investigar o conhecimento, as práticas e as dificuldades de profissionais de maternidade no rastreamento e no manejo de problemas de saúde mental materna.	Qualitativo	*Midwives* sem capacitação específica rastreavam apenas pela história clínica e encaminhavam quase todos os casos; profissionais capacitados usavam instrumentos. Faltam formação, fluxos e especialistas.
Al-Abri; Armitage; Edge (2023)	Explorar a visão de profissionais e usuárias sobre a depressão pré, peri e pós-natal na atenção primária de Omã.	Qualitativo	A depressão perinatal é negligenciada na APS. Recomenda rastreamento rotineiro com abordagem empática e capacitação de enfermeiros e *midwives*.
Gyimah *et al.* (2024)	Avaliar os instrumentos de rastreamento de condições de saúde mental	Revisão sistemática	Dos 119 estudos incluídos, a maioria rastreou depressão; a EPDS e o PHQ-9 foram os

	materna utilizados na atenção primária da África Subsaariana.		instrumentos mais utilizados, e a EPDS, o mais aceitável.
Jiménez-Barragán *et al.* (2024)	Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão e seus fatores de risco na gestação e no pós-parto, com um rastreamento para detecção precoce.	Transversal prospectivo	Rastreamento em duas etapas permitiu identificar precocemente fatores de risco persistentes (depressão e ansiedade prévias, violência e conflitos conjugais).
Trang *et al.* (2024)	Explorar as barreiras à integração dos serviços de saúde materna e de saúde mental na atenção primária do Vietnã.	Qualitativo (avaliação realista)	Barreiras: estigma, modelo biomédico, ausência de diretrizes, falta de profissionais e de capacitação em saúde mental.
Oladeji, B. D. *et al.* (2024)	Avaliar a integração do cuidado à depressão perinatal na atenção primária materno-infantil, por meio do compartilhamento de tarefas.	Implementação (antes e depois)	Identificação passou de 1,4% para 17,4%; nas clínicas com PHQ-2, chegou a 24,8% (vs. 5,6%). Facilitadores: política e supervisão; barreiras: falta de pessoal e cultura.

Rocha *et al.* (2024)	Analisar a atuação dos profissionais da atenção primária diante do sofrimento psíquico e da vulnerabilidade psicossocial de gestantes e puérperas.	Descritivo exploratório	Entre os profissionais, 66,7% identificavam sinais de sofrimento na minoria dos atendimentos, 76,9% tinham dúvidas sobre como ajudar e 89,7% nunca haviam sido capacitados.
Sebastião; Monteiro; Camarneiro (2024)	Desenvolver um protótipo de curso de promoção da saúde mental materna perinatal para os cuidados de saúde primários.	Qualitativo	Foi elaborado um protótipo de curso de promoção da saúde mental materna na APS, com oito áreas temáticas, da gestação aos 12 meses após o parto.
Harahap *et al.* (2024)	Investigar fatores de risco para problemas de saúde mental perinatal e explorar a implementação do rastreamento precoce em um centro de saúde da Indonésia.	Métodos mistos	Os profissionais não realizavam rastreamento precoce, desconheciam como identificar o sofrimento e baseavam-se em avaliações subjetivas; não havia manejo padronizado.
Oladeji, B. D. *et al.* (2025)	Avaliar a detecção da depressão perinatal por trabalhadores não médicos da atenção primária e a viabilidade do rastreamento de rotina com o PHQ-2.	Quase-experimental	A detecção foi de 11% nas unidades com rastreamento e de 4,6% nas demais; com reciclagem e supervisão, chegou a 40%. O PHQ-2 foi considerado útil, fácil e aceitável.

Oladeji, O. *et al.* (2025)	Descrever o processo e os resultados iniciais da integração da saúde mental perinatal aos serviços materno-infantis da atenção primária em Belize.	Métodos mistos	O rastreamento foi positivo em 33,4% das 485 gestantes, todas encaminhadas; apenas 36,4% foram avaliadas, o que revela fragilidade na continuidade do cuidado.
Tarlazzi *et al.* (2025)	Explorar a perspectiva de *midwives* sobre barreiras e facilitadores ao rastreamento da saúde mental no pré-natal e no pós-natal.	Qualitativo	Estratégias relacionais: comunicação maiêutica, esperar o momento certo, empatia, empoderamento e intuição.
Sinesi *et al.* (2025)	Determinar a aceitabilidade e a viabilidade de implementar a avaliação da ansiedade perinatal nos serviços de saúde.	Qualitativo (estudos de caso)	A escala de ansiedade pré-natal de Stirling foi considerada positiva e viável, favorecendo conversas mais focadas; houve barreiras de idioma e cultura, e sugeriu-se sua integração ao prontuário eletrônico.
Hayward *et al.* (2025)	Explorar a experiência de mulheres maori com o rastreamento de saúde mental no período perinatal.	Qualitativo	Falta de vínculo e de confiança, cuidado inconsistente, medo de julgamento e de perder a guarda dos filhos; demanda por instrumentos culturalmente adequados.

Kusumawati *et al.* (2025)	Explorar a necessidade de rastreamento e os serviços de saúde mental oferecidos às gestantes em centros de saúde, bem como seus registros.	Qualitativo	O rastreamento é considerado prioritário, mas depende de política específica e de registro e notificação próprios.
Asare; Adjorlolo; Brysiewicz (2025)	Explorar a perspectiva de médicos e *midwives* da atenção primária sobre o manejo de transtornos mentais comuns na gestação.	Qualitativo	O manejo dos transtornos mentais comuns não era prioridade: falta de tempo, sobrecarga de funções e ausência de formação.
Cassoni *et al.* (2025)	Analisar a percepção dos enfermeiros e o cuidado de enfermagem sobre o risco de depressão na gravidez durante a pandemia de COVID-19.	Qualitativo	O conhecimento sobre os fatores de risco de depressão desencadeou o cuidado de enfermagem; foram descritos facilitadores e barreiras ao cuidado.
Catalao *et al.* (2026)	Estimar a frequência de problemas psicossociais em gestantes e sua identificação pelos profissionais no pré-natal de rotina.	Transversal	Ao menos um problema psicossocial foi identificado em 24,9% das gestantes, mas apenas 2,7% daquelas com provável depressão tiveram o problema registrado; 47,3% foram questionadas sobre como se sentiam.

Trang *et al.* (2026)	Avaliar a integração do rastreamento de transtornos mentais perinatais com o SRQ-20 ao pré-natal da atenção primária do Vietnã.	Métodos mistos (avaliação realista)	Integração viável; aumento da autoeficácia e da confiança dos profissionais no manejo dos transtornos mentais perinatais.
Awini *et al.* (2026)	Determinar a prevalência e analisar percepções e experiências sobre o sofrimento mental materno e a resposta da atenção primária em Gana.	Métodos mistos	Sintomas de depressão em 19%, ansiedade em 31,6% e estresse em 16,3%, não abordados na rotina; serviços de saúde materna e mental funcionam isoladamente.
Hutton *et al.* (2026)	Explorar a visão de profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores à identificação e ao manejo da ansiedade perinatal.	Qualitativo	Muitos profissionais não tinham formação em saúde mental perinatal nem utilizavam instrumentos validados; a continuidade do cuidado facilitou a revelação, e faltavam fluxos para casos leves e moderados.
Navarro Maldonado; Moreno-Poyato; Albacar Rioboó (2026)	Explorar o cuidado em saúde mental perinatal na perspectiva de mulheres e *midwives*, identificando necessidades e desafios.	Qualitativo	*Midwives* sentem-se despreparadas; faltam protocolos, tempo e instrumentos padronizados. O vínculo terapêutico é essencial.

Almeida *et al.* (2026)	Avaliar as ações de assistência em saúde mental prestadas por profissionais da APS a mulheres no período gravídico-puerperal.	Qualitativo avaliativo	Sofrimento frequente, sem registro de saúde mental nos prontuários, com poucas orientações e participação limitada da enfermagem.
Mosia; Tukisi; Mokoena-de Beer (2026)	Compreender a perspectiva de *midwives* sobre as barreiras à identificação precoce da depressão perinatal na atenção primária.	Qualitativo	Barreiras socioculturais e do sistema de saúde; propõem rastreamento padronizado desde o pré-natal, capacitação e apoio emocional às *midwives*.

Fonte: elaborado pelas autoras (2026), com base nos estudos incluídos.

A análise temática dos achados permitiu agrupá-los em quatro categorias: magnitude e invisibilidade do sofrimento psíquico no pré-natal da APS (n = 11; 28,9%); instrumentos e estratégias de rastreamento aplicáveis pela enfermagem (n = 13; 34,2%); acolhimento, escuta qualificada e vínculo como condições para a revelação do sofrimento (n = 11; 28,9%); e barreiras e estratégias para qualificar o rastreamento (n = 21; 55,3%). Um mesmo estudo pode compor mais de uma categoria. Essas categorias são discutidas na seção seguinte.

4. DISCUSSÃO

Os achados desta revisão mostram que o rastreamento do sofrimento psíquico no pré-natal da APS é reconhecido como necessário em contextos muito diferentes, da Europa à África, da Ásia às Américas, mas ainda é realizado de modo irregular, pouco padronizado e dependente da iniciativa individual dos profissionais. Esses achados são discutidos a seguir, segundo as quatro categorias temáticas identificadas.

4.1. Magnitude e Invisibilidade do Sofrimento Psíquico no Pré-Natal da Atenção Primária

Os estudos realizados em serviços de APS confirmaram que o sofrimento psíquico é frequente entre as gestantes. Em Belize, 33,4% das gestantes rastreadas com a EPDS apresentaram pontuação elevada (Oladeji, O. *et al.*, 2025); no Sri Lanka, 23% tiveram rastreamento positivo no primeiro trimestre (Agampodi *et al.*, 2023); em Gana, 31,6% apresentaram sintomas de ansiedade e 19% de depressão (Awini *et al.*, 2026); e, nos Países Baixos, 22% das gestantes acompanhadas por *midwives* relataram sintomas (Browne *et al.*, 2021).

Esses dados convergem com estudos brasileiros realizados na APS, que identificaram sintomas depressivos moderados ou graves em 41,4% das gestantes de Montes Claros (Caldeira *et al.*, 2024) e sintomas ansiosos em 37,0% das gestantes de João Pessoa (Lima *et al.*, 2025), e com a estimativa da Organização Mundial da Saúde de que quase uma em cada cinco mulheres apresenta alguma condição de saúde mental no período perinatal (World Health Organization, 2022).

O achado mais relevante desta categoria, porém, é o contraste entre essa magnitude e a baixa detecção na rotina. Na Etiópia, 24,9% das gestantes atendidas em centros de atenção primária apresentaram ao menos um problema psicossocial, mas apenas 2,7% daquelas com provável depressão tiveram o problema registrado, e menos da metade (47,3%) relatou ter sido questionada sobre como se sentia (Catalao *et al.*, 2026).

No Brasil, Almeida *et al.* (2026) identificaram sofrimento psíquico frequente sem nenhum registro de saúde mental nos prontuários, e Rocha *et al.* (2024) observaram que dois terços dos profissionais da Estratégia Saúde da Família identificavam sinais de sofrimento apenas na minoria dos atendimentos.

Mesmo quando há identificação, a continuidade do cuidado é frágil: em Belize, apenas 36,4% das gestantes encaminhadas foram avaliadas (Oladeji, O. *et al.*, 2025), e nos Países Baixos somente 15% das gestantes com sintomas receberam tratamento (Browne *et al.*, 2021). Em contrapartida, a avaliação realizada no próprio serviço de atenção primária elevou para 63,9% a proporção de gestantes avaliadas após um rastreamento positivo (Bruney; Zhang, 2022).

Esses resultados indicam que o problema central não é a ausência do sofrimento, mas a ausência de sua procura sistemática. A identificação precoce de fatores de risco, como depressão ou ansiedade prévias, violência, conflitos conjugais, baixo apoio social e comorbidades (Wyatt *et al.*, 2021; Jiménez-Barragán *et al.*, 2024), pode ser feita pelo enfermeiro durante a anamnese da primeira consulta, desde que essas informações sejam interpretadas como marcadores de risco para o sofrimento psíquico e registradas no prontuário.

4.2. Instrumentos e Estratégias de Rastreamento Aplicáveis Pela Enfermagem

Os estudos descreveram instrumentos breves e viáveis para a APS. A EPDS foi o instrumento mais utilizado e considerado o mais aceitável, com sensibilidade média de 75,5% e especificidade de 76,5% no ponto de corte ≥ 13 (Gyimah *et al.*, 2024), e foi empregada em programas de rastreamento no Sri Lanka, em Belize e no Brasil (Agampodi *et al.*, 2023; Oladeji, O. *et al.*, 2025; Almeida *et al.*, 2026).

Também foram utilizados o PHQ-2 e o PHQ-9 (Thomas *et al.*, 2023; Oladeji, B. D. *et al.*, 2025), o SRQ-20 (Trang *et al.*, 2026), a escala de ansiedade pré-natal de Stirling (Sinesi *et al.*, 2025), o protocolo SPADe (Chorwe-Sungani *et al.*, 2022) e as perguntas de Whooley, isoladas ou combinadas ao GAD-2 em um modelo de rastreamento em duas etapas, no qual a EPDS é aplicada apenas às gestantes com triagem inicial positiva (Tarlazzi *et al.*, 2025; Jiménez-Barragán *et al.*, 2024).

Esse conjunto é compatível com as recomendações internacionais de rastreamento com instrumentos validados no início e ao longo do pré-natal (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023; World Health Organization, 2022).

As evidências mais robustas da amostra (nível III) demonstraram que a combinação entre capacitação e uso rotineiro de instrumento breve aumenta de forma expressiva a identificação. Na Índia, após capacitação baseada no mhGAP e no PHQ-9, a identificação passou de nenhum caso para 25% das gestantes rastreadas (Thomas *et al.*, 2023).

Na Nigéria, a identificação da depressão perinatal por trabalhadores da APS, em sua maioria enfermeiros e *midwives*, passou de 1,4% para 17,4% após a capacitação, chegando a 24,8% nas clínicas que utilizavam o PHQ-2 de rotina (Oladeji, B. D. *et al.*, 2024); com reciclagem e supervisão mensal, a detecção nas unidades com rastreamento alcançou 40% (Oladeji, B. D. *et al.*, 2025). Esses dados confirmam que a baixa detecção na APS decorre mais da ausência de rotina, de instrumento e de preparo do que da inexistência do problema.

Os estudos também apontaram que o instrumento, isoladamente, não garante o rastreamento. No Reino Unido, apenas 21,7% das *midwives* referiram usar sempre um instrumento padronizado (Johnson *et al.*, 2023), e 45% dos profissionais entrevistados por Hutton *et al.* (2026) não utilizavam perguntas ou escalas validadas.

Experiências de implementação indicam que treinar a equipe, permitir que a gestante preencha a escala antes da consulta e registrar a pontuação no prontuário elevam a adesão (Sinesi *et al.*, 2025; Tullos; Upchurch; Stogner, 2026).

Para a realidade brasileira, essas evidências sustentam a proposta de que o enfermeiro aplique um instrumento breve, como as duas perguntas de Whooley ou o PHQ-2, na primeira consulta de pré-natal e ao menos uma vez em cada trimestre, aplicando a EPDS quando houver resposta positiva, e registre a pontuação no prontuário e na Caderneta da Gestante.

Gestantes com pontuação elevada devem ser reavaliadas pelo enfermeiro e encaminhadas segundo o fluxo pactuado no território, como prevê a Lei nº 14.721/2023 (Brasil, 2023).

Essa recomendação preenche uma lacuna dos protocolos de enfermagem vigentes: o protocolo de pré-natal de risco habitual do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul aborda a saúde mental, orientando o encaminhamento para avaliação médica diante da suspeita de depressão e o apoio matricial, mas não prevê instrumento padronizado de rastreamento, como a EPDS (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2023).

4.3. Acolhimento, Escuta Qualificada e Vínculo Como Condições para a Revelação do Sofrimento

Um achado consistente desta revisão é que o rastreamento depende da relação construída entre o profissional e a gestante. Nos Países Baixos, ser questionada pela *midwife* foi o principal facilitador para que a gestante revelasse seus sentimentos (59%), e não ser questionada, a principal barreira (23%) (Browne *et al.*, 2021).

No Reino Unido, o vínculo com a mulher foi o fator determinante para a decisão de investigar e encaminhar (Johnson *et al.*, 2023), e a pouca continuidade do cuidado e a falta de confiança foram apontadas como barreiras por *midwives* comunitárias (Baker; Gillman; Coxon, 2020).

Na Itália, as *midwives* descreveram estratégias como a comunicação maiêutica, a espera pelo momento adequado, a empatia e a intuição para explorar o bem-estar emocional, mesmo com as perguntas de Whooley disponíveis (Tarlazzi *et al.*, 2025).

Na perspectiva das gestantes, ser questionada sobre saúde mental foi considerado aceitável, desde que a abordagem ocorra com privacidade e sensibilidade (Fellmeth *et al.*, 2023).

Por outro lado, mulheres maori relataram falta de vínculo com as *midwives*, medo de julgamento e medo de perder a guarda dos filhos, o que as levava a ocultar o sofrimento (Hayward *et al.*, 2025); a falta de confidencialidade e a vergonha também dificultaram a revelação na África do Sul (Abrahams *et al.*, 2023).

No Brasil, a escuta qualificada foi reconhecida como principal instrumento de acolhimento (Rocha *et al.*, 2024), e o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco funcionou como gatilho para o cuidado (Cassoni *et al.*, 2025). Esses achados convergem com a literatura nacional sobre a consulta de enfermagem como espaço de vínculo e comunicação terapêutica (Amorim *et al.*, 2022; Comaru; Monteiro, 2025) e com a proposta portuguesa de promoção da saúde mental materna na APS construída a partir das experiências das famílias (Sebastião; Monteiro; Camarneiro, 2024).

A continuidade do cuidado pelo mesmo profissional foi apontada como facilitador em diversos estudos (Baker; Gillman; Coxon, 2020; Johnson *et al.*, 2023; Hutton *et al.*, 2026; Navarro Maldonado; Moreno-Poyato; Albacar Rioboó, 2026) e representa uma vantagem do modelo brasileiro da Estratégia Saúde da Família, que precisa ser aproveitada.

Portanto, o rastreamento mais efetivo parece ser aquele que combina o instrumento padronizado, que garante sistematização, à escuta qualificada, que confere sentido ao resultado e cria condições para a revelação do sofrimento.

4.4. Barreiras e Estratégias para Qualificar o Rastreamento

As barreiras foram semelhantes em países de diferentes níveis de renda e podem ser agrupadas em três dimensões. A primeira refere-

se aos profissionais: falta de formação em saúde mental perinatal, insegurança e lacunas de conhecimento sobre sintomas, fatores de risco e instrumentos (Branquinho *et al.*, 2022; Nakidde; Kumakech; Mugisha, 2023; Rocha *et al.*, 2024; Hutton *et al.*, 2026; Navarro Maldonado; Moreno-Poyato; Albacar Rioboó, 2026).

Em Uganda, *midwives* sem capacitação rastreavam apenas pela história clínica e encaminhavam quase todos os casos, enquanto profissionais capacitados utilizavam instrumentos e manejavam os casos leves (Nakidde; Kumakech; Mugisha, 2023). Na Indonésia, profissionais de um centro de saúde relataram ausência de rastreamento precoce, desconhecimento sobre como identificar o sofrimento e dependência de avaliações subjetivas (Harahap *et al.*, 2024).

A segunda dimensão refere-se à organização do serviço: sobrecarga, consultas curtas, falta de privacidade, priorização das demandas obstétricas, modelo biomédico e ausência de protocolos e de registro próprio (Trang *et al.*, 2024; Asare; Adjorlolo; Brysiewicz, 2025; Kusumawati *et al.*, 2025; Almeida *et al.*, 2026; Mosia; Tukisi; Mokoena-de Beer, 2026). Na África do Sul, a inclusão da detecção de transtornos mentais comuns na rotina de enfermagem do pré-natal aumentou a proporção de gestantes rastreadas e encaminhadas, mas a sobrecarga das profissionais comprometeu a adoção e a fidelidade da intervenção (Abrahams *et al.*, 2022).

A terceira refere-se à rede e à cultura: estigma, fragmentação entre os serviços de saúde materna e de saúde mental e fluxos de referência pouco definidos ou saturados (Bitew *et al.*, 2020; Lasater *et al.*, 2021; Premji *et al.*, 2021; Al-Abri; Armitage; Edge, 2023; Abrahams *et al.*, 2023; Awini *et al.*, 2026).

Como estratégias de qualificação, os estudos propuseram capacitação baseada no mhGAP e no uso supervisionado de instrumentos breves (Thomas *et al.*, 2023; Oladeji, B. D. *et al.*, 2024) e educação permanente com material validado, como a capacitação em saúde mental perinatal desenvolvida para profissionais da APS do Distrito Federal, com índice de validade de conteúdo de 0,96 (Rocha *et al.*, 2025).

Também foram propostos supervisão de apoio e procedimentos operacionais padrão (Oladeji, O. *et al.*, 2025; Oladeji, B. D. *et al.*, 2025), rastreamento padronizado desde o início do pré-natal e registro sistemático (Kusumawati *et al.*, 2025; Mosia; Tukisi; Mokoena-de Beer, 2026), integração entre saúde materna e saúde mental na APS (Trang *et al.*, 2026; Awini *et al.*, 2026) e o reconhecimento das *midwives* e dos enfermeiros como profissionais-chave para o rastreamento e o cuidado psicossocial inicial (Bitew *et al.*, 2020; Lasater *et al.*, 2021).

Essas estratégias são coerentes com evidências de que programas de formação melhoram o conhecimento das *midwives* sobre saúde mental perinatal (Dubreucq *et al.*, 2024) e de que enfermeiras do pré-natal sem formação especializada podem conduzir intervenções psicológicas breves recomendadas pela OMS (Nisar *et al.*, 2025).

4.5. Implicações para a Prática de Enfermagem

Com base na síntese das evidências, propõem-se as seguintes implicações para a atuação do enfermeiro no pré-natal da APS:

a. incluir a avaliação da saúde mental em todas as consultas de pré-natal, com aplicação de instrumento breve validado na primeira consulta e em cada trimestre;

b. associar o instrumento à escuta qualificada, garantindo privacidade e abordagem sem julgamento;

c. investigar fatores de risco, como depressão ou ansiedade prévias, violência, baixo apoio social, gravidez não planejada, uso de substâncias e comorbidades;

d. registrar a pontuação e as condutas no prontuário e na Caderneta da Gestante;

e. pactuar com a equipe e com a rede o fluxo de cuidado conforme a gravidade dos sintomas;

f. participar de educação permanente e de supervisão em saúde mental perinatal, com apoio das equipes multiprofissionais e dos Centros de Atenção Psicossocial, conforme a organização da Rede Alyne (Brasil, 2024).

4.6. Limitações do Estudo

Esta revisão apresenta limitações. Predominaram estudos de nível de evidência VI, com amostras pequenas e delineamentos qualitativos e transversais, o que impede inferências de causalidade e de efetividade. Parte dos estudos envolveu *midwives* e equipes multiprofissionais de outros países, cujo escopo de prática não é idêntico ao do enfermeiro brasileiro, e apenas três estudos foram realizados no Brasil.

A heterogeneidade dos instrumentos e dos pontos de corte dificultou a comparação das prevalências. Por fim, a restrição a quatro bases de dados, a três idiomas e a textos completos disponíveis, bem como o uso de uma estratégia de busca única,

padronizada para todas as bases, pode ter excluído estudos relevantes.

Recomenda-se a realização de estudos de intervenção no contexto brasileiro que avaliem a efetividade do rastreamento conduzido por enfermeiros na APS e seu impacto sobre o acesso ao cuidado e os desfechos maternos e infantis.

5. CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa analisou 38 estudos publicados entre 2020 e 2026, provenientes de 22 países, e evidenciou que o enfermeiro, assim como as *midwives* em outros sistemas de saúde, ocupa posição estratégica para rastrear o sofrimento psíquico durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, em razão do vínculo, da continuidade do cuidado e da frequência de contato com a gestante.

A literatura demonstrou que o sofrimento psíquico é frequente entre as gestantes atendidas na APS, mas permanece amplamente invisível na rotina, raramente investigado e quase nunca registrado.

Quanto aos instrumentos e estratégias, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, o PHQ-2 e o PHQ-9, as perguntas de Whooley e o SRQ-20 mostraram-se viáveis e aceitáveis na APS e passíveis de aplicação por enfermeiros e *midwives*. A capacitação associada ao uso rotineiro de instrumento breve e à supervisão elevou as taxas de identificação de valores próximos de zero para até 40%.

O rastreamento mostrou-se mais efetivo quando o instrumento foi associado ao acolhimento, à escuta qualificada e ao vínculo, que favorecem a revelação do sofrimento. As principais barreiras foram a

falta de formação, a sobrecarga e o foco biomédico da consulta, a ausência de protocolos e de registro, o estigma e a fragilidade dos fluxos de referência.

Os objetivos do estudo foram alcançados, e a consolidação da atuação do enfermeiro no rastreamento do sofrimento psíquico no pré-natal requer a incorporação de instrumentos validados aos protocolos municipais e de enfermagem, a educação permanente e a supervisão das equipes, o registro sistemático da saúde mental no prontuário e na Caderneta da Gestante e a articulação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde, em consonância com a Lei nº 14.721/2023 e a Rede Alyne.

Recomenda-se o desenvolvimento de estudos de intervenção no contexto brasileiro que avaliem a efetividade do rastreamento conduzido por enfermeiros sobre os desfechos maternos e infantis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMS, Z. *et al.* Facilitators and barriers to detection and treatment of depression, anxiety and experiences of domestic violence in pregnant women. Scientific Reports, London, v. 13, 12457, 2023. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-023-36150-z.

ABRAHAMS, Z. *et al.* Implementation outcomes of a health systems strengthening intervention for perinatal women with common mental disorders and experiences of domestic violence in South Africa: pilot feasibility and acceptability study. BMC Health Services Research, London, v. 22, 641, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08050-x.

AGAMPODI, T. *et al.* Incorporating early pregnancy mental health screening and management into routine maternal care: experience from the Rajarata Pregnancy Cohort (RaPCo), Sri Lanka. BMJ Global Health, London, v. 8, n. 9, e012852, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012852.

AL-ABRI, K.; ARMITAGE, C. J.; EDGE, D. Views of healthcare professionals and service users regarding anti-, peri- and post-natal depression in Oman. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Oxford, v. 30, n. 4, p. 795-812, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/jpm.12908.

ALMEIDA, M. O. de *et al.* Avaliação da assistência em saúde mental durante a gestação e puerpério na Atenção Primária. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 35, e20250195, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2025-0195pt.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. Obstetrics & Gynecology, Philadelphia, v. 141, n. 6, p. 1232-1261, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 26, e20210300, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300.

ANTHROPIC. Claude: modelo Claude Opus 5.5. [S. l.]: Anthropic, 2026. Ferramenta de inteligência artificial generativa. Disponível em: https://claude.ai. Acesso em: 22 out. 2026.

ASARE, S. F.; ADJORLOLO, S.; BRYSIEWICZ, P. Clinicians' perspectives of managing common mental disorders among pregnant women in primary care settings: a qualitative exploratory study. Discover Mental Health, Cham, v. 5, 170, 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s44192-025-00164-y.

AWINI, E. *et al.* Maternal mental health as a neglected dimension of primary health care systems responsiveness in low- and middle-income countries: a mixed methods cross-sectional study in Ghana. BMC Health Services Research, London, v. 26, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-026-14704-x.

BAKER, N.; GILLMAN, L.; COXON, K. Assessing mental health during pregnancy: an exploratory qualitative study of *midwives'* perceptions. Midwifery, Edinburgh, v. 86, 102690, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690.

BITEW, T. *et al.* Stakeholder perspectives on antenatal depression and the potential for psychological intervention in rural Ethiopia: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 20, 371, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-020-03069-6.

BRANQUINHO, M. *et al.* Frontline health professionals' perinatal depression literacy: a systematic review. Midwifery, Edinburgh, v. 111, 103365, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103365.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14721.htm. Acesso em: 22 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 8 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm. Acesso em: 22 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado: pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/pre-natal-baixo-risco/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/. Acesso em: 8 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 22 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 8 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 22 out. 2026.

BROWNE, P. D. *et al.* Prenatal anxiety and depression: treatment uptake, barriers, and facilitators in *midwifery* care. Journal of Women's Health, New Rochelle, v. 30, n. 8, p. 1116-1126, 2021. DOI: https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8198.

BRUNEY, T. L.; ZHANG, X. Improving perinatal depression screening and management: results from a federally qualified health center. Journal of Public Health, Oxford, v. 44, n. 4, p. 910-917, 2022. DOI: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab317.

CALDEIRA, D. M. R. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 33, e20230137, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0137pt.

CASSONI, A. J. I. *et al.* Percepção dos enfermeiros e o cuidado de enfermagem sobre o risco de depressão na gravidez na pandemia de COVID-19. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 21, e-227340, 2025. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.227340.

CATALAO, R. *et al.* Identification of psychosocial problems in routine antenatal care in Ethiopia: a facility-based cross-sectional study. Cambridge Prisms: Global Mental Health, Cambridge, v. 13, e111, 2026. DOI: https://doi.org/10.1017/gmh.2026.10221.

CHORWE-SUNGANI, G. *et al.* Acceptability and feasibility of a screening protocol for antenatal depression (SPADe) in Blantyre District, Malawi. BMC Psychiatry, London, v. 22, 544, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-022-04195-5.

COMARU, N. R. C.; MONTEIRO, A. R. M. Consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 34, e20250032, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2025-0032pt.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde: pré-natal de risco habitual. Porto Alegre: Coren-RS, 2023. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/11/Protocolo-Enfermagem-PreNatal-Risco-Habitual.pdf. Acesso em: 22 out. 2026.

DUBREUCQ, M. *et al.* A systematic review of *midwives*' training needs in perinatal mental health and related interventions. Frontiers in Psychiatry, Lausanne, v. 15, 1345738, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1345738.

FELLMETH, G. *et al.* Women's awareness of perinatal mental health conditions and the acceptability of being asked about mental health in two regions in India: a qualitative study. BMC Psychiatry, London, v. 23, 829, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-023-05323-5.

GYIMAH, L. *et al.* Tools for screening maternal mental health conditions in primary care settings in sub-Saharan Africa: systematic review. Frontiers in Public Health, Lausanne, v. 12, 1321689, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1321689.

HARAHAP, A. P. *et al.* Exploring perinatal mental health in Indonesia: a mixed-method study in Mataram, West Nusa Tenggara. Narra J, Banda Aceh, v. 4, n. 1, e667, 2024. DOI: https://doi.org/10.52225/narra.v4i1.667.

HAYWARD, P. *et al.* "I'd probably just say that they probably just don't care": a qualitative study of the experiences of wāhine Māori of mental health screening during the perinatal period. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 25, 186, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-024-07008-7.

HUTTON, U. *et al.* Healthcare professionals' views on barriers, facilitators and optimisation of care for perinatal anxiety: a qualitative investigation. BMC Health Services Research, London, v. 26, 272, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-025-13930-z.

JIMÉNEZ-BARRAGÁN, M. *et al.* Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: a prospective cross-sectional descriptive multicentred study. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 24, 500, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06695-6.

JOHNSON, J. *et al.* A mixed methods study to understand perinatal mental healthcare referral decisions among *midwives* and health visitors in the UK. Frontiers in Psychiatry, Lausanne, v. 14, 1056987, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1056987.

KUSUMAWATI, Y. *et al.* Qualitative study on mental health screening needs of pregnant women in primary health care. MethodsX, Amsterdam, v. 14, 103117, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mex.2024.103117.

LASATER, M. E. *et al.* Integrating mental health into maternal health care in rural Mali: a qualitative study. Journal of Midwifery & Women's Health, Hoboken, v. 66, n. 2, p. 233-239, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/jmwh.13184.

LIMA, P. A. de *et al.* Ansiedade e depressão entre gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família: estudo transversal. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 30, e96201, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96201en.

LOCKWOOD, C. *et al.* Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI, 2020. DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

MENDES, D. T. *et al.* Práticas de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Revista

Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 45, e20230192, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230192.pt.

MOSIA, K. S. D.; TUKISI, K. P.; MOKOENA-DE BEER, A. G. Identifying barriers to detection of perinatal depression: a qualitative study of *midwives*' perspectives in South African primary care. The Open Public Health Journal, Sharjah, v. 19, e187494451442, 2026. DOI: https://doi.org/10.2174/0114422603191016 51.

NAKIDDE, G.; KUMAKECH, E.; MUGISHA, J. F. Maternal mental health screening and management by health workers in southwestern Uganda: a qualitative analysis of knowledge, practices, and challenges. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 23, 477, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05763-7.

NAVARRO MALDONADO, R.; MORENO-POYATO, A. R.; ALBACAR RIOBOÓ, N. M. Women' and *midwives*' experiences of perinatal mental health care: a qualitative study. International Journal of Nursing Studies Advances, Amsterdam, v. 10, 100467, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100467.

NISAR, A. *et al.* Integrating WHO thinking healthy programme for maternal mental health into routine antenatal care in China: a randomized-controlled pilot trial. Frontiers in Global Women's Health, Lausanne, v. 5, 1475430, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1475430.

OLADEJI, B. D. *et al.* Addressing the challenges of integrating care for perinatal depression in primary care in Nigeria. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Berlin, v. 59, n. 10, p. 1671-1684, 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/s00127-024-02611-7.

OLADEJI, B. D. *et al.* Screening and detection of perinatal depression by non-physician primary healthcare workers in Nigeria. BMC Primary Care, London, v. 26, 35, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-025-02730-3.

OLADEJI, O. *et al.* Integrating perinatal mental health into primary health care in Belize. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 49, e104, 2025. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.104.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, London, v. 372, n71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71.

PREMJI, S. S. *et al.* What stakeholders think: perceptions of perinatal depression and screening in China's primary care system. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 21, 15, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-020-03473-y.

ROCHA, F. R. *et al.* Atuação dos profissionais da atenção primária na saúde mental materna. Revista Rene, Fortaleza, v. 25, e93652, 2024. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593652.

ROCHA, F. R. *et al.* Capacitação em saúde mental perinatal para profissionais da atenção primária: evidências de validade. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 34, e20240248, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0248pt.

SEBASTIÃO, M. G. G. B.; MONTEIRO, A. P. T. de A. V.; CAMARNEIRO, A. P. F. Promoção da saúde mental materna perinatal: protótipo de curso de intervenção em cuidados de saúde primários. Revista de

Enfermagem Referência, Coimbra, série VI, n. 3, e34656, 2024. DOI: https://doi.org/10.12707/RVI24.26.34656.

SINESI, A. *et al.* Implementing routine assessment of perinatal anxiety: case studies. Health and Social Care Delivery Research, Southampton, v. 13, n. 32, p. 45-62, 2025. DOI: https://doi.org/10.3310/WWMD9982.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134.

TARLAZZI, E. *et al.* Midwives' perspectives on exploring emotional well-being during prenatal and postnatal care in the Italian context: a qualitative study (the BEN_EM_OS study). Midwifery, Edinburgh, v. 149, 104572, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104572.

THOMAS, S. *et al.* Feasibility of training primary healthcare workers to identify antenatal depression. Cambridge Prisms: Global Mental Health, Cambridge, v. 10, e57, 2023. DOI: https://doi.org/10.1017/gmh.2023.48.

TRANG, D. T. H. *et al.* Integrating perinatal mental health screening into primary maternal healthcare services in Vietnam: a realist evaluation. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 26, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-026-09362-0.

TRANG, D. T. H. *et al.* Understanding the barriers to integrating maternal and mental health at primary health care in Vietnam. Health Policy and Planning, Oxford, v. 39, n. 6, p. 541-551, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czae027.

TULLOS, S. S.; UPCHURCH, L.; STOGNER, C. Antenatal mental health screening in the southern United States: a best practice implementation project. JBI Evidence Implementation, Philadelphia, 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000589.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: WHO, 2022. ISBN 978-92-4-005714-2. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142. Acesso em: 22 out. 2026.

WYATT, S. *et al.* Predictors and occurrence of antenatal depressive symptoms in Galle, Sri Lanka: a mixed-methods cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, London, v. 21, 758, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-021-04239-w.

---

[1] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Cesmac. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Endereço postal: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió (AL), Brasil.

[2] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Cesmac. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Endereço postal: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió (AL), Brasil.

[3] Mestra, professora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac. E-mail: acesse o artigo original para visualizar

o e-mail. Endereço postal: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió (AL), Brasil.