



## Percepção dos enfermeiros e o cuidado de enfermagem sobre o risco de depressão na gravidez durante a pandemia de COVID-19\*


Ana Julia Inácio Cassoni<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0002-9224-125X>


Ana Laura Fornaciari<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0009-7692-0931>


Angelina Lettiere-Viana<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4913-0370>


Diene Monique Carlos<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4950-7350>

Tauani Zampieri Fermino<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1410-3476>

Mônica Maria de Jesus Silva<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>

**Objetivo:** analisar a percepção dos enfermeiros e o cuidado de enfermagem sobre risco de depressão na gravidez, durante a pandemia de COVID-19. **Metodologia:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 21 enfermeiros inseridos na assistência pré-natal em unidades de Atenção Primária à Saúde e em um Ambulatório de Pré-natal de risco habitual. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, presencial e *online*. Os dados foram analisados pela análise temática, sendo utilizado o referencial teórico relativo à integralidade do cuidado.

**Resultados:** dois temas foram identificados após análise cuidadosa dos dados: (i) conhecimento do enfermeiro sobre o risco de depressão na gravidez como disparador para o cuidado; (ii) cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão na gravidez. **Conclusão:** o cuidado de enfermagem sobre o risco de depressão na gravidez, na pandemia de COVID-19, foi atrelado à percepção do enfermeiro sobre o risco de desenvolvimento do transtorno, ao seu conhecimento sobre tais fatores de risco e aos facilitadores e barreiras para o seu desenvolvimento.

**Descritores:** Enfermagem; Depressão; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Cuidados de Enfermagem; COVID-19.

\* Apoio financeiro do Programa de Apoio de Novos Docentes (USP), processo nº 20.1.4175.1.0, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Cassoni AJI, Fornaciari AL, Lettiere-Viana A, Carlos DM, Fermino TZ, Silva MMJ. Nurses' perception and nursing care regarding the risk of depression during pregnancy amid the COVID-19 pandemic. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2025;21:e-227340 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_  
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.227340>      ano    mês    dia      URL

## **Nurses' perception and nursing care regarding the risk of depression during pregnancy amid the COVID-19 pandemic**

**Objective:** to analyze nurses' perception and nursing care concerning the risk of depression during pregnancy amid the COVID-19 pandemic. **Methodology:** descriptive study with qualitative approach conducted with 21 nurses involved in prenatal care at Primary Health Care units and a routine-risk Prenatal Outpatient Clinic. Data were collected through semi-structured interviews, both in-person and online. Data were analyzed using thematic analysis, applying the theoretical framework related to care comprehensiveness. **Results:** two themes were identified following careful data analysis: (i) nurses' knowledge about the risk of depression during pregnancy as a trigger for care; (ii) nursing care for pregnant women at risk of depression during pregnancy. **Conclusion:** nursing care regarding the risk of depression during pregnancy amid the COVID-19 pandemic was linked to nurses' perception of the risk of disorder development, their knowledge about risk factors, and facilitators and barriers related to its onset.

**Descriptors:** Nursing; Depression; Pregnancy; Prenatal Care; Nursing Care; COVID-19.

## **Percepción de los enfermeros y cuidados de enfermería sobre el riesgo de depresión en el embarazo durante la pandemia de COVID-19**

**Objetivo:** analizar la percepción de los enfermeros y los cuidados de enfermería sobre el riesgo de depresión en el embarazo durante la pandemia de COVID-19. **Metodología:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 21 enfermeros asignados a cuidados prenatales en Unidades de Atención Primaria de Salud y en un Centro Prenatal de riesgo habitual. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas presenciales y *online*. Los datos se analizaron por análisis temático, en el marco teórico relativo a la atención integral. **Resultados:** se identificaron dos temas tras el análisis pormenorizado de los datos: (i) el conocimiento de los enfermeros sobre el riesgo de depresión en el embarazo como desencadenante de la atención de enfermería; (ii) los cuidados de enfermería a gestantes con riesgo de depresión durante el embarazo. **Conclusión:** los cuidados de enfermería sobre el riesgo de depresión en el embarazo, durante la pandemia de COVID-19, se relacionaron con la percepción de los enfermeros sobre el riesgo de desarrollo del trastorno, su conocimiento sobre tales factores de riesgo y los facilitadores y barreras para su evolución.

**Descriptores:** Enfermería; Depresión; Embarazo; Atención Prenatal; Cuidados de Enfermería; COVID-19.

## Introdução

Para todas as mulheres, a gravidez traz consigo muitos ajustes, que podem ser estressantes e gerar uma alta adversidade. Além disso, a pandemia de COVID-19 configurou-se como um estressor único com consequências potencialmente abrangentes para a gravidez e para a saúde mental<sup>(1)</sup>. Tal situação pode colaborar para o risco aumentado de comprometimento da saúde mental das mulheres grávidas como, por exemplo, a depressão.

A depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbio de sono ou apetite, sensação de cansaço e baixa concentração. Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para a depressão, apenas metade das pessoas afetadas em todo o mundo recebe tratamento<sup>(2)</sup>.

A alta prevalência da depressão na gravidez, também chamada de depressão pré-natal, varia de 36%, em estudo asiático, a 53,8% em estudo iraniano, tornando-a um dos maiores problemas de saúde das gestantes<sup>(3-4)</sup>. No Brasil, estudos evidenciaram risco de depressão na gravidez, variando de 29,5% a 62,2% entre gestantes de risco habitual<sup>(5-6)</sup>. Na pandemia, níveis mais elevados de sintomas depressivos foram observados em gestantes<sup>(1)</sup>. Além disso, a depressão pré-natal é um problema de saúde pública, dadas as consequências adversas que incluem vários desfechos negativos amplamente estabelecidos, como resultados maternos e neonatais indesejáveis, incluindo parto prematuro<sup>(7)</sup>, pré-eclâmpsia, ruptura prematura da membrana, cesariana, morte fetal intrauterina e restrição de crescimento fetal intrauterino<sup>(4)</sup>, além de ser preditora da depressão pós-parto<sup>(8)</sup>.

A julgar pelas sérias consequências e pelo impacto indesejável na mãe, no feto e no bebê acarretados pelo desenvolvimento da depressão na gravidez, a identificação do risco de desenvolvimento do transtorno, juntamente com a implementação de cuidado em saúde, é fundamental para a prevenção e detecção precoce.

Isso representa grandes possibilidades para os profissionais de saúde no que se refere ao desenvolvimento de intervenções, em especial para o enfermeiro que atua na assistência pré-natal de risco habitual, no ambiente da Atenção Primária de Saúde (APS) e secundária que, não raras as vezes, depara-se com gestantes com potenciais chances de desenvolvimento de depressão.

A assistência pré-natal se apresenta como um momento crucial para a implementação do cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão, por ser um período em que há níveis relativamente altos de contato entre as mulheres vulneráveis e o sistema de saúde<sup>(9)</sup>. Desta forma, o cuidado de enfermagem neste

momento permite que intervenções precoces sejam estabelecidas para o monitoramento da saúde mental da gestante em risco de depressão, prevenindo este e outros transtornos, promovendo a saúde e minimizando os custos para o sistema de saúde<sup>(10)</sup>.

Para tanto, a percepção do enfermeiro diante do risco de depressão na gravidez é salutar para a promoção do cuidado de enfermagem baseado em estratégias e intervenções contextualizadas e mais eficazes para a prevenção e manejo desse transtorno e para a capacitação de recursos humanos em relação às práticas de cuidados em saúde mais condizentes com o modelo de atenção pré-natal que considere as necessidades da gestante em sua saúde física e mental.

No entanto, apesar da relevância do tema, poucos estudos têm abordado o risco de depressão na gravidez no contexto do pré-natal de risco habitual na APS, onde o enfermeiro tem grande atuação, uma vez que a visibilidade da depressão muitas vezes se concentra no período pós-parto. Portanto, este estudo busca contribuir com o modo de produção do cuidado em enfermagem na assistência pré-natal que atenda às necessidades de saúde mental das mulheres durante a gravidez. Nesse sentido, é essencial enriquecer o conhecimento sobre o risco de depressão na gravidez. Esta pesquisa pode subsidiar uma base teórica e empírica sólida para o desenvolvimento de modelos teóricos e clínicos que considerem a atuação do enfermeiro e a promoção da saúde mental na gravidez.

Desta forma, este estudo objetivou analisar a percepção dos enfermeiros e o cuidado de enfermagem sobre risco de depressão na gravidez na pandemia da COVID-19.

## Metodologia

### Tipo de estudo

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A apresentação dos resultados foi orientada pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O estudo guiou-se pelo princípio da integralidade do cuidado, o qual norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) e concebe o cuidado considerando o indivíduo no seu contexto social, cultural e psicológico, a fim de proporcionar a resolutividade das ações em saúde<sup>(11)</sup>.

### Local

O estudo foi desenvolvido em um Ambulatório de Pré-natal de Risco Habitual de uma maternidade secundária vinculada a um hospital universitário e em 21 unidades de APS, sendo seis com equipes de Saúde da Família (eSF) e 14 com equipes de atenção básica (eAB), as quais compõem um distrito de saúde gerido

pela Secretaria Municipal de Saúde de um município localizado no interior do Estado de São Paulo, Brasil.

### Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram enfermeiros inseridos na assistência pré-natal de risco habitual nas referidas unidades e no ambulatório de pré-natal.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiro com atuação na assistência pré-natal de risco habitual. Os critérios de exclusão foram: período de férias, afastamento por licença-saúde ou maternidade no período da coleta de dados, não resposta ao convite de participação e indisponibilidade para o agendamento da coleta de dados, sendo estes dois últimos critérios considerados após três tentativas sem sucesso.

As unidades de saúde totalizavam 51 enfermeiros, sendo 46 lotados nas unidades de APS e cinco lotados no ambulatório de pré-natal. Diante dos critérios de inclusão, seis enfermeiros foram excluídos, sendo cinco enfermeiros de duas unidades de saúde cujo serviço de assistência pré-natal não era oferecido à população; e um enfermeiro que não atuava na assistência pré-natal, embora o serviço fosse oferecido na unidade de saúde.

Entre os enfermeiros elegíveis, 24 foram excluídos pelos seguintes motivos: dez não responderam ao convite de participação, entendendo-se como recusa após três tentativas; um estava de férias; dois estavam afastados por licença-saúde; uma estava em licença-maternidade; nove não possuíam disponibilidade de horário para agendamento da coleta de dados, após três tentativas; e uma aposentou-se. Desta forma, participaram 21 enfermeiros.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 29 de abril a 27 de setembro de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas de forma presencial e *online* na plataforma *GSuite*<sup>®</sup>, por meio da ferramenta *Hangouts Meet*<sup>®</sup>, devido ao cenário epidemiológico imposto pela pandemia de COVID-19.

As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora, a qual era aluna de graduação em enfermagem, do sexo feminino, após realização de treinamento para essa finalidade, e foram guiadas por um roteiro desenvolvido pela equipe de pesquisa, o qual foi testado em um estudo-piloto anteriormente. O roteiro continha duas partes. A primeira parte era composta por um questionário de caracterização com dados socioeconômicos, demográficos e de formação profissional dos participantes, tais como idade, estado marital, religião, renda, cor da pele, formação profissional (graduação e pós-graduação), tempo de atuação profissional. A segunda parte foi norteadada pela sentença: "Fale-me sobre a sua percepção do risco de

depressão na gravidez e o cuidado de enfermagem". Havia outras cinco perguntas de suporte que eram aplicadas caso a resposta inicial não contemplasse os temas específicos de interesse: 1) Qual a sua percepção sobre a depressão na gravidez? 2) Você conhece quais são os fatores de risco para a depressão na gravidez? 3) Na sua prática profissional, você identifica gestantes em risco de depressão na gravidez? 4) Como ocorre o cuidado de enfermagem às gestantes com potencial para desenvolver depressão na gravidez? 5) Em sua prática profissional, quais as potencialidades e as dificuldades para identificar o risco de depressão na gravidez?

Para o recrutamento dos participantes, os enfermeiros foram contatados na unidade de saúde, por telefone e/ou *e-mail*, para convite e, no caso do aceite, houve o agendamento da coleta de dados em dia e horário acordados previamente. No momento, foram esclarecidos o objetivo da pesquisa, os procedimentos a serem realizados para a coleta de dados, a modalidade de coleta de dados e a sua disponibilidade.

A modalidade da coleta de dados, presencial ou *online*, foi definida pelo participante. A entrevista presencial foi realizada em sala reservada nas dependências da unidade de saúde, conforme disponibilidade, em horário previamente agendado com o participante, de maneira que não afetasse sua rotina de trabalho, respeitando as medidas de distanciamento e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) preconizados para a prevenção do coronavírus. Posteriormente, foi aplicado o formulário de caracterização dos participantes e realizada a entrevista.

A entrevista *online* foi realizada de forma síncrona, por meio de videoconferência pela ferramenta *Hangouts Meet*<sup>®</sup>, em dia e horário previamente agendados com o participante. Para tanto, o participante recebeu um *link* de acesso por *e-mail*. Antes da entrevista, o participante recebeu no *chat* um *link* que o direcionou para a página da pesquisa *online* na ferramenta de gerenciamento *Google Forms*<sup>®</sup>. Nessa página, após ler as explicações sobre a pesquisa e sobre os aspectos éticos, aquele que aceitou participar expressou sua concordância eletronicamente, ao clicar no botão de aceite de participação na página que continha o TCLE. Na sequência, o participante respondeu ao formulário de caracterização, no formato eletrônico, o qual foi autopreenchido, ou seja, o participante realizou a leitura e respondeu diretamente sem a intervenção da pesquisadora. Ao final do preenchimento, o participante permaneceu na página da videoconferência e procedeu-se à entrevista *online*.

As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos, sendo seis realizadas de forma *online* e 15 realizadas presencialmente. Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas com a autorização do participante, em áudio quando realizadas de forma presencial ou em vídeo quando realizadas de forma *online*.

## Análise e tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas em formato digital pela entrevistadora. Após a transcrição, os dados foram analisados por duas pesquisadoras, utilizando a análise de conteúdo<sup>(12)</sup> na modalidade temática, a qual compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os dados que emergiram das entrevistas resultaram em textos discursivos. Após a leitura dos dados empíricos, os depoimentos redundantes, semanticamente equivalentes, irrelevantes, pouco claros ou não relacionados ao tema foram eliminados, sendo selecionados os fragmentos relevantes dos depoimentos. A seguir, os depoimentos foram organizados sistematicamente e agregados em unidades temáticas que emergiram dos dados, de acordo com o cuidado de enfermagem nele identificados. As citações dos participantes foram checadas por verificação dos membros, os quais receberam a transcrição por e-mail.

Os dados referentes à caracterização dos participantes foram exportados do *Google Forms*<sup>®</sup>, por procedimentos automáticos próprios, para uma planilha eletrônica estruturada no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> e foram realizadas análises descritivas de frequência simples.

## Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, parecer número 4.474.220, atendendo à determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os depoimentos dos participantes foram codificados e identificados por E1 (Enfermeiro 1) a E21 (Enfermeiro 21) para preservar suas identidades.

## Resultados

Participaram do estudo 21 profissionais, entre os quais prevaleceram enfermeiras, na faixa etária entre 30 e 40 anos (47,6%), sendo a idade mínima 24 anos e a máxima 56 anos; casadas/com companheiro (71,4%); católicas (52,4%), brancas (61,9%); com renda entre seis a sete salários-mínimos (38%), sendo o mínimo de três e o máximo de dez salários-mínimos.

Com relação à formação profissional, 20 (95,2%) enfermeiros formaram-se no curso de Bacharel em Enfermagem e um (4,8%) concluiu o curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Em relação à pós-graduação, 66,7% (14) das participantes concluíram a especialização, 23,8 % (5) fizeram residência e 19% (4) possuíam mestrado.

Quanto ao trabalho atual, a maioria dos entrevistados trabalhava em um emprego (81%) e atuava na atenção pré-natal/cuidado a gestantes há 5 anos (38,1%).

Em relação ao cuidado em enfermagem frente ao risco de depressão na gravidez, emergiram dois temas:

### Conhecimento do enfermeiro sobre o risco de depressão na gravidez como disparador para o cuidado

Os participantes relataram perceber um risco de depressão na gravidez entre as gestantes em sua atuação no pré-natal. Tais percepções são articuladas ao período pandêmico, além de ser ressaltada a necessidade de vigilância em saúde e longitudinalidade do cuidado à mulher ao longo do processo gravídico-puerperal:

*Eu tenho percebido que tem aumentado bastante nesses últimos 2 anos, acho que mais por causa mesmo da pandemia, muitas delas trabalhavam, aí tem que ficar mais em casa porque mesmo não sendo despedida, porque não pode, elas têm que ficar mais reclusas em casa. Então, a gente tem percebido bastante que aumentou bastante a questão da depressão, acredito que seja por causa disso. (E6)*

*O que a gente tem observado aqui na prática é que a gente tá realmente tendo um aumento dos casos que acontecem nos episódios. A gente vê na gravidez que são momentos de pacientes que não tinham ainda o diagnóstico, algumas mulheres que já começaram o pré-natal e já tinham o diagnóstico e mulheres que já tiveram no passado. E a gente mantém uma vigilância porque, às vezes, durante a gravidez elas não agudizam, mas no momento do puerpério é um momento que muitas vezes esses sintomas, esses sinais, começam a reaparecer. (E14)*

Desvelaram-se também dificuldades no reconhecimento do risco de depressão, visto o olhar ampliado e contextual para as situações vividas pelas mulheres. Vivências relacionadas à vulnerabilidade social são emergentes nos relatos:

*A gente percebe que tem, não vou falar que é uma coisa diária, que a gente lida todos os dias assim como a gravidez é, mas, infelizmente, faz parte do contexto, tem muita coisa envolvida, né? Tem questões familiares, questões econômicas, questões emocionais de vida da própria pessoa, mas a gente vê uma recorrência sim. (E15)*

*A depressão em geral para mim tem sido um problema muito recorrente na APS e ela, principalmente, nas partes mais periféricas que tem uma questão social associada, ela aparece muito na gestação. Não sei se o diagnóstico, mas a gente percebe um entristecimento da mulher quando a gente dá a notícia da gravidez. Fazer consulta de pré-natal em regiões mais vulneráveis é muito diferente do que fazer em regiões menos vulneráveis. (E18)*

Os depoimentos elucidaram o conhecimento dos fatores de risco para depressão na gravidez pela maioria dos entrevistados.

A análise dos depoimentos permitiu identificar o conhecimento de fatores de risco socioeconômico

(vulnerabilidade social, baixa renda, baixa escolaridade, ausência de apoio social – familiar e parceiro/a); saúde mental (histórico de transtorno mental, histórico de depressão, histórico familiar de depressão); obstétrico (gravidez não planejada/desejada, histórico de abortamento) e uso e abuso de substâncias (álcool e drogas). Tais aspectos denotam um olhar integral às necessidades em saúde das gestantes pelos enfermeiros, aspectos que podem tornar-se relevantes para prevenção e/ou manejo de sinais de sofrimento psíquico das mesmas, em especial a depressão:

*Eu acho que algumas coisas que acabam entrando são comorbidades prévias, que têm algum quadro psiquiátrico prévio, uma gravidez não planejada/desejada, eu acho que seja um dos fatores, pouco suporte familiar/social. (E2)*

*Acho que essa questão da gestação ter sido planejada ou não, né? A idade acho que pode ser um fator de risco, ter já tido um histórico de doença psiquiátrica ou depressão ou algum outro transtorno psiquiátrico anterior a gestação. E acho que a questão social mesmo, né? Então, a escolaridade, a renda familiar. (E8)*

*São vários, né? Tem a questão biológica de idade, tem a questão que a gente consegue intervir, uso abusivo de álcool, drogas, a questão da família, se ela tem algum parceiro ou parceira que apoia, se ela já teve tentativa de suicídio, acabar com a própria vida, se ela tem histórico na família, aí são tantas, vulnerabilidade social, questão econômica, são várias. (E12)*

### **Cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão na gravidez**

O cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão na gravidez desenvolvido pelas enfermeiras perpassa ações como: identificação de gestantes em risco de depressão na gravidez, monitorização da saúde mental (pré-natal psicológico), encaminhamento para assistência especializada, discussão em equipe, busca ativa, formação de rede de apoio, aumento da frequência de consultas de enfermagem, desenvolvimento de projeto terapêutico singular, escuta qualificada e fortalecimento do vínculo. Desvelam-se aqui, portanto, elementos necessários para a integralidade do cuidado:

*A gente procura um familiar, que a gente possa identificar um familiar, a gente encaminha ela para CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), a gente procura agendar uma visita domiciliar para gente ver, tentar resgatar esse familiar, se a gente consegue um contato próximo. (E3)*

*A gente tenta ao máximo comunicar a equipe né, mobilizar a equipe sobre isso e a gente têm esse serviço específico de psicologia. Então, a gente conversa com a psicóloga, tenta fazer um trabalho multiprofissional ali. (E11)*

Neste sentido, os depoimentos evidenciaram a importância da identificação precoce de gestantes que apresentaram fator de risco para depressão, como fator

imprescindível para o cuidado centrado na prevenção e o manejo precoce do transtorno.

*Sim, a gente consegue identificar, a gente consegue abordar e fazer um pré-natal psicológico, pelo menos eu sempre coloco isso nas minhas práticas do cuidado no pré-natal, não só de observar questões orgânicas das mudanças, mas também as mudanças de ordem emocional que vem junto com essa questão do pré-natal. (E2)*

*Bastante, a gente tem o psicólogo aqui ou a gente acaba encaminhando, principalmente com alguns sinais que ela acaba demonstrando pra gente em consulta. (E10)*

Cabe ressaltar a importância da educação permanente dos profissionais inseridos na assistência pré-natal para a identificação e rastreamento do risco e ocorrência da depressão na gravidez, visto que a sua ausência foi referida nos depoimentos:

*Mais instintivamente do que pautada pela literatura, a gente tem pouco conhecimento e pouco trabalho no sentido de capacitar os enfermeiros da APS para fazer esse tipo de identificação e de um fluxo realmente desenhado para quando a gente faça esse tipo de percepção. (E18)*

As potencialidades para o cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão referidas foram: vínculo estabelecido com a gestante, conhecimento do histórico da gestante, conhecimento da população adstrita no território, trabalho em equipe multidisciplinar, anamnese, conversa e escuta qualificada, consulta de enfermagem, abordagem multidisciplinar, tomada de decisão, disponibilidade de encaminhamento para atenção especializada, atendimento baseado em evidências científicas, experiência profissional e o próprio modelo de assistência à saúde desenvolvido na APS. Percebe-se que tais potencialidades dialogam e são parte do cuidado integral, que tem a APS como força motriz:

*Agora potencialidades, talvez por conta da gente estar na saúde da família e às vezes já até ter feito outros pré-natais dessa paciente, e a gente ter um vínculo com ela. (E1)*

*Eu acho que as potencialidades é o fato de ser Atenção Primária, então, normalmente, são gestantes que a gente já conhece, que eu conhecia ela antes de engravidar, conhece família, sabe onde ela mora, conhece um pouco da rede dela já. (E2)*

*Potencialidade acredito que a gente estar na saúde da família, você vai ver que eu amo, eu acho que essa é uma potencialidade e o que eu disse da longitudinalidade, de conseguir acessar o apoio que ela tem da sociedade, fazer um genograma e um ecomapa para entender essa família, questão de estar na comunidade e de ter uma equipe multiprofissional. (E12)*

### **Discussão**

A percepção da depressão na gravidez pelos enfermeiros foi evidenciada neste estudo, corroborada na literatura como integrante das responsabilidades do enfermeiro, permeada pela avaliação e encaminhamento

ao serviço especializado<sup>(13)</sup>. Em contraste, outro estudo brasileiro demonstrou que menos de 30% dos enfermeiros sabem reconhecer sinais e sintomas da depressão gestacional, porcentagem considerada pequena pelo fato de ser fundamental a qualificação do enfermeiro para o enfrentamento desse problema de saúde pública<sup>(14)</sup>.

Os baixos níveis de reconhecimento da depressão por parte dos profissionais de saúde, especialmente em ambientes de cuidados primários, com poucos recursos, sugerem que a identificação é complexa devido à falta de um protocolo padrão e à escassez de instrumentos específicos validados para o uso neste período<sup>(15)</sup>.

Tal fato chama a atenção para a importância da implementação, no cenário da APS brasileira, de instrumentos específicos e validados que auxiliem o enfermeiro e outros profissionais de saúde na identificação do risco e no rastreamento universal da depressão na gravidez, como é recomendado internacionalmente<sup>(16)</sup>, principalmente no contexto da rotina na APS, onde o enfermeiro possui grande atuação na assistência pré-natal e a depressão na gravidez, não raramente, permanece indetectada e não tratada<sup>(17)</sup>.

Cabe ressaltar ainda a percepção relativa ao aumento do número de casos na pandemia. Fato que caminha ao encontro de evidências recentes de estudos do Canadá e Turquia que demonstraram maiores índices de depressão em gestantes neste período<sup>(18-19)</sup>. Na pandemia, as gestantes integraram o grupo de risco para a doença e enfrentaram exacerbação do sofrimento psíquico devido ao medo e inseguranças em relação à sua saúde e do feto, às restrições recomendadas, distanciamento social, isolamento, incapacidade de fazer consultas pré-natais regulares, o que as afetou de forma desigual, predispondo-as a maior risco de depressão, como evidenciado em estudo no Egito<sup>(20)</sup>.

O conhecimento dos enfermeiros em relação aos fatores de risco da depressão na gravidez demonstra consonância com as evidências científicas sobre a temática, a qual evidencia que múltiplos fatores de risco contribuem para a depressão na gravidez, como os fatores de origem socioeconômica, obstétrica/materna, psíquica e psicossocial<sup>(15)</sup>.

É fundamental que os profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes tenham conhecimento sobre como lidar com a depressão pré-natal e seus sintomas, visto a gravidade das repercussões na saúde da mãe e do feto, aliadas ao fato de grande parte dessas depressões continuar no pós-parto, conforme revisão realizada na Dinamarca<sup>(21)</sup>. Assim, o enfermeiro deve estar preparado para lidar e direcionar demandas diversificadas na atenção à saúde da gestante, inclusive a respeito das alterações em sua saúde mental e desajustes psíquicos.

Munido de conhecimento, o enfermeiro pode assistir e orientar a gestante durante o acompanhamento pré-natal para evitar repercussões futuras em sua saúde mental, além de promover o encaminhamento em tempo oportuno para a assistência. Neste contexto, o desconhecimento dos profissionais identificados ressoa como um alerta, pois não conhecer e, conseqüentemente, não observar os fatores de risco, pode resultar em falha na identificação precoce do risco de depressão na gravidez, impactando diretamente na saúde da gestante e feto.

Esses resultados contrastam com estudo anterior que demonstrou que, embora seja de extrema importância, a identificação dos fatores de risco para a depressão durante a gestação é baixa, sendo mais comum de ser observada no período pós-parto<sup>(22)</sup>.

Após a identificação das gestantes em risco de depressão, as intervenções são fundamentais e, algumas vezes, envolvem o compartilhamento do cuidado com uma equipe multidisciplinar na atenção especializada em saúde mental.

O CAPS oferece o acolhimento e consultas com profissionais especializados em saúde mental, psicólogos e psiquiatras, sendo uma estratégia dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como objetivo ofertar cuidado para as pessoas com transtornos mentais, de forma territorializada<sup>(23)</sup>.

Além disso, a busca por familiares da gestante para formação da rede de apoio e auxílio no cuidado é plausível tanto em termos da literatura quanto pragmaticamente, pois sem apoio familiar a gravidez provavelmente é altamente angustiante e isso pode se agravar à medida que o nascimento da criança se torna mais iminente. Assim, pensando no bem-estar materno, uma rede de apoio estruturada é um forte aliado contra o transtorno depressivo. O apoio tem um efeito protetor para a maioria das mulheres, particularmente mulheres deprimidas, conforme demonstram estudos anteriores realizados na Inglaterra<sup>(24)</sup> e África do Sul<sup>(25)</sup>.

O cuidado de enfermagem identificado no presente estudo incita à reflexão sobre a forma como o cuidado é operado cotidianamente nos serviços de saúde. Assim, um dos desafios fundamentais é a construção do fazer, de modo a garantir um cuidado integral e que deve se alinhar ao princípio da integralidade<sup>(26)</sup>.

Em relação à definição, é importante compreender que o significado de cuidado integral está atrelado à integralidade, uma vez que, no encontro de um sujeito com outro, a aproximação permite identificar as necessidades imediatas, mas necessita de novos encontros para serem exploradas outras necessidades<sup>(27)</sup>. O cuidado integral é entendido como aquele que atende às múltiplas dimensões do ser humano. Nessa direção, as práticas no processo de produção do cuidado devem resolver as necessidades dos usuários com ferramentas

que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriem dos campos políticos e organizativos<sup>(26)</sup>.

Considerar a integralidade como orientadora da organização do cuidado, da rede de atenção e das políticas, implica compreender a interação dos sujeitos envolvidos na construção de respostas capazes de contemplar as diferenças expressas nas necessidades em saúde<sup>(28)</sup>. Desta forma, no trabalho do enfermeiro na APS a enfermagem adota como essência o cuidado, e este deve compreender as relações intersubjetivas que permeiam os encontros com os usuários e famílias na prática cotidiana dos serviços de saúde, bem como considerar outros elementos importantes do processo saúde-doença, buscando interfaces com a racionalidade científica e articulados por projetos de trabalho em equipe<sup>(26)</sup>. Nestas relações busca-se compor a integralidade do cuidado.

Diversos facilitadores apontados remetem aos atributos da APS, reiterando a importância destes conceitos e como o enfermeiro pode apropriá-los no seu trabalho em consonância com os princípios e as diretrizes que norteiam o SUS.

Nesta contextualização, é importante destacar que as políticas e as práticas adotadas e implementadas pelo enfermeiro devem compreender o paradigma da atenção à saúde alicerçado no modelo ampliado do processo saúde-doença como uma produção social. O modelo de atenção que entende esta concepção é da APS, que se pauta pelos seus atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural<sup>(29)</sup>.

No Brasil, o SUS também se pauta pelo conceito ampliado do processo saúde-doença e tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a regionalização, a descentralização e o controle social. Pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera-se os termos APS e Atenção Básica (AB) como equivalentes. A AB se fundamenta nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É importante destacar que a estratégia prioritária, para o Ministério da Saúde (MS), de expansão e consolidação da APS/AB é a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>(30)</sup>.

Desta forma, o cuidado de enfermagem desenvolvido na APS aumenta a vinculação com a gestante e com sua família, estimulando uma relação de confiança com o enfermeiro e a equipe envolvida e potencializando as ações em saúde durante o pré-natal que considerem a saúde física e mental da gestante.

O cuidado de enfermagem à gestante em risco de depressão também apresenta dificuldades. Segundo

os enfermeiros, as principais barreiras foram: tempo de consulta, a falta de instrumentos de triagem e protocolos, o isolamento social devido à pandemia de COVID-19, o estigma social da depressão, ausência de verbalização da gestante, ausência de vínculo com as gestantes, ausência de equipe multiprofissional no serviço de saúde, a falta de conhecimento sobre o tema e a dificuldade de seguimento em outros serviços da rede de atenção à saúde.

É importante destacar que o encaminhamento da gestante para acompanhamento em serviços especializados não descaracteriza a APS do seu papel de coordenação do cuidado<sup>(30)</sup>, uma vez que ela cumpre seu papel de articuladora da Rede de Atenção à Saúde quando compartilha o cuidado com outros serviços de saúde especializados.

Esta ação promove o compartilhamento da assistência em diferentes níveis, o qual demanda comunicação efetiva entre os diferentes serviços e não apenas impressos assistenciais de referência e contra referência<sup>(31)</sup>.

Entende-se também pelos depoimentos que a falta de protocolos, instrumentos e de capacitação do enfermeiro que deve aplicá-los durante as consultas prejudica a possibilidade de identificação precoce do transtorno depressivo. Este resultado demonstra a importância de se identificar mulheres em risco de depressão na gravidez e a necessidade crítica da triagem universal da saúde mental perinatal<sup>(32)</sup>, como recomendado internacionalmente pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia<sup>(16)</sup>.

Além disso, destaca-se a Educação Permanente em Saúde como ferramenta para espalhar o conhecimento e capacitar o enfermeiro para que atue nas consultas de pré-natal de maneira a abordar os aspectos da saúde mental e utilizar seus conhecimentos para observar possíveis alterações na saúde mental, identificar precocemente o risco de depressão e realizar o encaminhamento adequado da gestante na rede de atenção à saúde.

O estudo traz contribuições ao dar luz aos saberes e práticas de enfermeiros em direção à integralidade do cuidado à gestante em risco de depressão. Compreende-se que uma limitação pode concentrar-se nos dados de apenas uma região de saúde que podem limitar a generalização, porém entende-se que os achados aqui apresentados não podem ser desprestigiados, pois apresentam vivências importantes sobre a percepção do enfermeiro frente a uma temática pouco estudada durante a gravidez no Brasil.

## Conclusão

O cuidado de enfermagem sobre o risco de depressão na gravidez, durante a pandemia de COVID-19, foi atrelado à percepção do enfermeiro sobre o risco de desenvolvimento do transtorno, ao seu conhecimento

sobre tais fatores de risco e aos facilitadores e barreiras para o seu desenvolvimento.

Tais facilitadores e barreiras do cuidado, juntamente com as ações e estratégias que o compõem, podem ser disparadores para a transformação das práticas em saúde que podem fortalecer a atuação do enfermeiro nas ações voltadas à prevenção da depressão na gravidez, encaminhamento oportuno para a assistência especializada, visando o diagnóstico diferencial e início precoce do tratamento, bem como promoção da saúde mental das gestantes vulneráveis, principalmente no contexto da APS e durante uma emergência de saúde pública, como a pandemia de COVID-19.

## Referências

1. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020;277:5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
2. Ayele S, Alemayehu M, Fikadu E, Tarekegn GE. Prevalence and Associated Factors of Depression among Pregnant Mothers Who Had Intimate Partner Violence during Pregnancy Attending Antenatal Care at Gondar University Hospital Northwest Ethiopia in 2020. *Biomed Res Int.* 2021;1:9965289. <https://doi.org/10.1155/2021/9965289>
3. Insan N, Slack E, Heslehurst N, Rankin J. Antenatal depression and anxiety and early pregnancy BMI among White British and South Asian women: retrospective analysis of data from the Born in Bradford cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:502. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03097-2>
4. Khanghah AG, Khalesi ZB, Afagh RH. The importance of depression during pregnancy. *JBRA Assist Reprod.* 2020;24(4):405-10. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20200010>
5. Silva MMJ, Serrano TBM, Porcel GS, Monteiro BB, Clapis MJ. Risk of depression during pregnancy in usual risk antenatal care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e3963. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3963>
6. Silva GFP, Santos SV, Santana FS, Medeiros JS, Jesus SB. Risk of depression and anxiety in pregnant women in primary care. *Nursing (São Paulo).* 2020;23(271):4961-70. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970>
7. Miller ES, Saade GR, Simhan HN, Monk C, Haas DM, Silver RM, et al. Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(1):108. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.07.007>
8. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry.* 2018;20(18):49. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
9. van Heynigen T, Myer L, Onah M, Tomlinson M, Field S, Honikman S. Antenatal depression and adversity in urban South Africa. *J Affect Disord.* 2016;203:121-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.052>
10. Silva MMJ, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invest Educ Enferm.* 2016;34(2):342-50. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
11. Mezaroba E, Camargo MG, Scortegagna NC, Silva N, Rodrigues BA, Wander AB. Integrality of care: an experience report. *J Manag Prim Health Care.* 2021;13:e023. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1152>
12. Bardin, L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011. 280 p.
13. Tektas P, Çam O. The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(5):440-6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.002>
14. Aoyama EA, Souza EM, Sousa FG, Souza ILM, Araújo JAF, Firmino TAB. The importance of the qualified nursing professional for detection of gestational depression. *Braz J Health Rev [Internet].* 2018 [cited 2022 Jun 20];2(1):177-84. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/879>
15. Silva MMJ, Clapis MJ. Depression during Pregnancy Risk Scale: elaboration of a theoretical model. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03780. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020027503780>
16. ACOG Committee Opinion no. 757: Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208-12. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
17. Fedock GL, Alvarez C. Differences in Screening and Treatment for Antepartum Versus Postpartum Patients: Are Providers Implementing the Guidelines of Care for Perinatal Depression? *J Womens Health (Larchmt).* 2018;27(9):1104-13. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6765>
18. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel E, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(7):848-55. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
19. Akgor U, Fadiloglu E, Soyak B, Canan U, Cagan M, Temiz EB, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;304(1):125-30. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>
20. Khamees ER, Taha OT, Ali TYM. Anxiety and depression during pregnancy in the era of COVID-19. *J Perinat Med.* 2021;49(6):674-7. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0181>

21. Christensen T, Videbeck P. Pregnancy and depression. *Ugeskr Laeger* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 20];183(11):V11200843. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33734070/>
22. Silva MMJ, Clapis MJ. Risk of depression in pregnancy in the perception of health professionals. *Enferm Foco*. 2023;14:e-202321. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202321>
23. Silva TA, Paula JD Júnior, Araújo RC. Psychosocial Care Center (CAPS): actions taken by a municipality of the state of Minas Gerais State, Brazil. *Rev Latinoam Psicopat Fundam*. 2018;21(2):346-63. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>
24. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
25. Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Antenatal depression and anxiety across pregnancy in urban South Africa. *J Affect Disord*. 2020;277:296-305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.010>
26. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):333-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>
27. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Siqueira HCH, Martins FDP, Zamberlan C. Comprehensive care: meanings for teachers and nursing students. *Rev Rene*. 2017;18(1):43-50. <https://doi.org/10.15253/2175-6743.201700100007>
28. Pinheiro R, Ferla A, Silva-Junior AG. Integrality in the populations health care programs. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):343-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200010>
29. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 725 p.
30. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
31. Peters AA, Cruzeiro HR, Bertolini OGP, Assis GP, Silva AD, Peres MAA. Pregnant women using psychoactive substances attended by nurses in Primary Health Care. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;6(2):66-74. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166357>
32. Ruyak SL, Kivlighan KT. Perinatal Behavioral Health, the COVID-19 Pandemic, and a Social Determinants of Health Framework. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021;50(5):525-38. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.012>

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Mônica Maria de Jesus Silva. **Obtenção de dados:** Ana Julia Inácio Cassoni, Ana Laura Fornaciari. **Análise e interpretação dos dados:** Ana Julia Inácio Cassoni, Mônica Maria de Jesus Silva. **Obtenção de financiamento:** Mônica Maria de Jesus Silva. **Redação do manuscrito:** Ana Julia Inácio Cassoni, Mônica Maria de Jesus Silva. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Angelina Lettiere-Viana, Diene Monique Carlos, Tauani Zampieri Fermino, Mônica Maria de Jesus Silva.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 24.07.2024

Aceito: 18.02.2025

Editora Associada:  
Margarita Antonia Villar Luis


**Copyright © 2025 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Mônica Maria de Jesus Silva

E-mail: [monicamjs@usp.br](mailto:monicamjs@usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>