

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIAH RAMIRO PINHO COSTA

**INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO
GESTACIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

JOÃO PESSOA-PB
2020

MARIAH RAMIRO PINHO COSTA

**INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO
GESTACIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, para fins de defesa final.

Área de concentração: Atenção e Gestão de Cuidado em Saúde

Linha de Pesquisa: Saberes, práticas e tecnologias do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Kay Francis Vieira

C87i

Costa, Mariah Ramiro Pinho

Instrumento de rastreio da depressão gestacional para a atenção básica / Mariah Ramiro Pinho Costa. – João Pessoa, 2020.
66f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kay Francis Leal Vieira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Inquéritos e Questionário. 3. Depressão. 4. Gravidez. I. Título.

CDU: 616.89

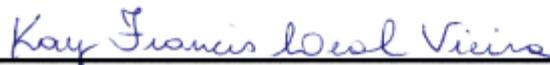
MARIAH RAMIRO PINHO COSTA

**INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO
GESTACIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

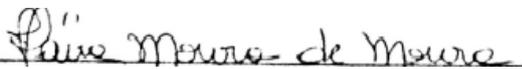
Dissertação apresentada pela aluna Mariah Ramiro Pinho Costa, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Kay Francis Vieira – Orientadora
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE)



Prof^ª. Dra. Flávia Moura de Moura – Membro Externo
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)



Prof^ª. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira – Membro Interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização da minha dissertação. Em especial, gostaria de agradecer ao meu marido e companheiro de todos os momentos, Arthur Costa, por apoiar as minhas decisões, principalmente na admissão do Mestrado Profissional e por ser um pai maravilhoso para a nossa filha Ana Sofia, suprimindo a minha ausência quando estava trabalhando e me dedicando ao projeto de dissertação.

Agradeço imensamente a Deus, por me permitir vivenciar essa experiência de qualificação profissional e poder ter meus pais, Julio Pinho e Ivone Ramiro, ao meu lado, mostrando-me que o estudo é a única coisa que ninguém pode nos tirar e o quanto ele é importante para o nosso presente e futuro.

Não poderia deixar de agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Kay Francis Vieira, por todos os seus ensinamentos, paciência e dedicação. Obrigada por acreditar e confiar em mim, favorecendo e permitindo-me trabalhar com a temática pela qual eu sou apaixonada. Além dos agradecimentos às professoras Débora e Vagna, que, prontamente, se disponibilizaram e dedicaram o seu tempo para me ajudar a fazer as melhorias na dissertação. Quando eu imaginava que a minha capacidade já tinha chegado ao limite, elas me mostraram que não existe limite para o aprendizado. Serei eternamente grata por isso – impulsionou-me ainda mais.

Por fim, agradeço à banca por aceitar o convite e pela disponibilidade em analisar a minha dissertação. Fico extremamente grata e acato todas as sugestões para o meu crescimento e aprendizado profissional.

RESUMO

O período gestacional é caracterizado por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, podendo interferir de forma positiva ou negativa na relação mãe e filho. Esse período é de maior vulnerabilidade para manifestação das doenças mentais, a exemplo da depressão gestacional. Verifica-se a insuficiência de recursos para os profissionais da Atenção Básica identificar sintomas e rastrear a depressão gestacional. Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo elaborar um Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional (IRDG) para gestantes assistidas na Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa metodológica para desenvolver um produto tecnológico, sendo este um questionário autoaplicável. Para a elaboração do instrumento, foi necessário percorrer três etapas: a primeira, uma revisão integrativa da literatura, para verificar a viabilidade para o desenvolvimento de um instrumento específico para depressão no período gestacional. A segunda etapa deu-se por meio do modelo de Pasquali, que versa sobre a teoria para a elaboração de instrumentos compostos por três procedimentos. Neste estudo, foi possível desenvolver o IRGD com base no procedimento teórico. A elaboração de itens foi respaldada cientificamente pelo CID-10 e DSM- V, bem como artigos e livros especializados na temática. O IRGD foi organizado em três etapas, segundo conceito da Terapia Cognitivo Comportamental com perguntas que contemplem o estado cognitivo, emocional e comportamental. Foi apresentado em formato de questionário, composto por 23 perguntas, em um quadro organizado com 3 colunas: a primeira para a pergunta, a segunda e a terceira para a resposta SIM ou NÃO, para a gestante marcar X. No final, apresenta uma linha para o campo “TOTAL”, em que será registrada a pontuação total referente à “ocorrência” dos sintomas segundo a quantidade de respostas SIM. Após a validação, serão apresentadas diretrizes de acordo com o resultado final da pontuação (POSITIVO/NEGATIVO). O instrumento apresentado trata de uma tecnologia viável a ser desenvolvida, levando-se em consideração o baixo custo, o direcionamento e a objetividade do instrumento. Uma ferramenta a ser utilizada por profissionais da saúde em consulta de pré-natal, uma tecnologia que possibilitará o direcionamento de práticas mais assertivas em saúde, proporcionando qualidade na assistência à mulher gestante. Considera-se que ações desenvolvidas com acolhimento e rastreamento de agravos à saúde mental são de extrema importância por viabilizar o encaminhamento precoce de casos para o tratamento especializado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Inquéritos e questionários. Depressão. Gravidez.

ABSTRACT

The gestational period is characterized by physiological, psychological and social changes in the woman's life, which can positively or negatively interfere in the mother-child relationship. This period is more vulnerable to the manifestation of mental diseases, such as gestational depression. There are insufficient resources for primary care professionals to identify symptoms and track gestational depression. In view of the above, the present study aimed to develop an Instrument for Screening Gestational Depression (IRGD) for pregnant women assisted in Primary Care. This is a methodological research to develop a technological product, which is a self-applicable questionnaire. For the elaboration of the instrument, it was necessary to go through three stages: the first, an integrative review of the literature to verify the feasibility for the development of a specific instrument for depression during pregnancy. The second stage was through the Pasquali model, which deals with the theory for the elaboration of instruments composed of three procedures. In this study, it was possible to develop the IRGD based on the theoretical procedure. The elaboration of items was scientifically supported by the CID-10 and DSM-V, as well as articles and books specialized in the theme. The IRGD was organized in three stages, according to the concept of Cognitive Behavioral Therapy with questions that address cognitive, emotional and behavioral state. It was presented in a questionnaire format, composed of 23 questions, in a table organized with 3 columns: the first for the question, the second and the third for the answer YES or NO, for the pregnant woman to mark X. At the end, it presents a line for the field "TOTAL", in which the total score will be recorded for the "occurrence" of symptoms according to the amount of YES responses. After validation, guidelines will be presented according to the final result of the score (positive/negative). The instrument presented is a viable technology to be developed, taking into account the low cost, direction and objectivity of the instrument. A tool to be used by health professionals in prenatal consultation, a technology that will enable the direction of more assertive health practices, providing quality care to pregnant women. It is considered that actions developed with reception and screening of mental health problems are extremely important because it enable the early referral of cases for specialized treatment.

Descriptores: Primary health care. Surveys and questionnaires. Depression. Pregnancy.

RESUMEN

La etapa gestacional está caracterizada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la vida de la mujer, pudiendo haber una interferencia de forma positiva o negativa en la relación madre e hijo. Esta etapa es de gran vulnerabilidad para manifestarse las enfermedades mentales, por ejemplo, la depresión en el embarazo. Se comprueba la insuficiencia de recursos para que los profesionales de la Atención Básica puedan identificar los síntomas y rastrear la depresión gestacional. A partir de lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo elaborar un Instrumento de Rastreo de Depresión Gestacional (IRDG) para embarazadas asistidas en la Atención Básica. Se trata de una investigación metodológica para desarrollar un producto tecnológico, siendo el mismo un cuestionario auto aplicable. Para la elaboración de la herramienta, fue necesario recurrir tres etapas: la primera, una revisión integral de la literatura, para verificar la viabilidad para el desarrollo de un instrumento específico para la depresión en la etapa gestacional. La segunda etapa se dio a través del modelo de Pasquali, que trata sobre la teoría para la elaboración de instrumentos compuestos por tres procedimientos. En este estudio, se hizo posible desarrollar el IRGD basado en el procedimiento teórico. La elaboración de elementos fue respaldada científicamente por el CID-10 y DSM- V, así como por artículos y libros especializados en la temática. El IRGD fue organizado en tres etapas, según el concepto de la Terapia Cognitivo Conductual con preguntas que contemplen el estado cognitivo, emocional y conductual. Fue presentado en un modelo de cuestionario, compuesto por 23 preguntas, en un cuadro organizado con 3 columnas: la primera para las preguntas, la segunda y la tercera para las respuestas Sí o No, para la embarazada marcar con una X. Al final, presenta una línea para el campo "TOTAL", en que será registrada la puntuación total refiriéndose a la "ocurrencia" de síntomas según la cantidad registrada de las respuestas Sí. Después de la validez, serán presentadas directrices de acuerdo con el resultado final de la puntuación (POSITIVO/NEGATIVO). El equipamiento presentado se trata de una tecnología viable a ser desarrollada, teniendo en cuenta el bajo costo, el direccionamiento y a objetividad del instrumento. Una herramienta a ser utilizada por los profesionales de la salud en consultas prenatales, una tecnología que posibilitará el direccionamiento de prácticas más incisivas en la salud, proporcionando cualidad en la asistencia a la mujer embarazada. Se considera que acciones desarrolladas con acogidas y rastreo de agravamientos a la salud mental son de importancia extrema por viabilizar el tramite precoz de casos para el tratamiento especializado.

Descriptor: Atención Primaria a la Salud. Consultas y cuestionarios. Depresión. Embarazo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Fluxograma das etapas percorridas para a elaboração do instrumento IRGD.. 36
- Figura 2** – Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional..... 51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Revisão integrativa dos instrumentos de rastreamento da depressão gestacional.....	17
Quadro 2 –Análise de conteúdo.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
IRDG	Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SCIELO	<i>Scientific Electronic Librany Online</i>
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	11
1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Contextualização e Problematização do Estudo.....	12
1.2	Objetivo.....	14
2	QUADRO TEÓRICO.....	15
2.1	Revisão Integrativa: Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional como Ferramenta para Diagnóstico e Tratamento.....	15
2.2	Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico no Contexto da Atenção Básica.....	22
2.3	Depressão.....	27
2.4	Depressão Gestacional e Rastreamento Diagnóstico.....	29
3	MÉTODO.....	35
3.1	Tipo de Pesquisa.....	35
3.2	Etapas percorridas para a elaboração do produto tecnológico.....	36
3.2.1	Primeira etapa: Revisão Integrativa.....	36
3.2.2	Segunda etapa: Procedimentos para a construção de instrumento, segundo Pasquali (1998).....	37
4	INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO GESTACIONAL (IRDG).....	44
5	PRODUTO FINAL.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	55

APRESENTAÇÃO

Pretendo, com esta dissertação, apresentar que o período gestacional pode favorecer inúmeras experiências para as mulheres e suas famílias.

Revisitando o meu período gestacional, posso dizer que foi de muitas aprendizagens referentes às mudanças que ocorreram não só em meu corpo, como também em meus aspectos psicológicos diante de todas as novidades que surgiram em cada trimestre da gravidez, podendo, assim, ter a oportunidade de descobrir a ciência chamada Psicologia Perinatal.

A partir dos estudos da psicologia perinatal, tenho hoje a oportunidade de realizar, em meu consultório, atendimentos voltados a mulheres que desejam engravidar, às que já estão grávidas e àquelas que passaram por uma perda gestacional. Descobertas de doenças materno-fetais, reprodução assistida, bem como atendimento voltado para as mulheres que já estão vivenciando a maternidade.

Posso dizer que trabalhar com a psicologia perinatal é oportunizar, no meu dia a dia, a qualidade de vida emocional e psicológica para mulheres e seus filhos, desde o início da vida. Neste sentido, o que me levou a realizar esta dissertação foi a busca da oportunidade de expandir o meu trabalho e poder colaborar com a Atenção Básica e as suas demandas, apesar de não trabalhar dentro desse contexto, mesmo que seja por meio da literatura científica e do produto tecnológico.

Escuto constantemente, em meu consultório, relatos de mulheres dizendo que não imaginavam que a gravidez traria emoções desagradáveis e comportamentos inesperados, associando, muitas vezes, a maternidade à “romantização”, deparando-se, assim, com a estranheza diante da realidade. Essa vivência, na minha prática médica, fez-me que os psicólogos, bem como todos os outros profissionais que trabalham com mulheres no ciclo gravídico, precisam compreender que este momento é único e que podemos, por meio dos nossos estudos e da humanização no atendimento, favorecer uma maior qualidade de vida para as mesmas.

Diante do exposto, apresento a seguir, o trabalho desenvolvido com a perspectiva de contribuir com a academia para a prática no desenvolvimento de melhorias no atendimento e no cuidado à mulher no ciclo gravídico, que seja usuária do serviço da Atenção Básica (AB).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Problematização do Estudo

Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública com alta prevalência e vêm repercutindo nas condições gerais de saúde da população pelo seu grande impacto psicossocial. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), a depressão afeta pessoas, independentemente de raça ou classe econômica, estimando-se um número de 350 milhões de pessoas com o diagnóstico, sendo, em sua maioria, mulheres (SILVA et al., 2014).

Segundo dados do órgão internacional, existe uma média de 1 em cada 20 pessoas com a doença no mundo, e, no Brasil, a prevalência é de 10% no ranking mundial, o que equivale a 20 a 36 milhões de pessoas. A depressão é uma doença com alta morbidade e mortalidade, com consequências individuais, familiares e de alto custo para a sociedade (OMS, 2017).

Estima-se que, em 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacidade em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Nos serviços de cuidados primários, ela continua sendo subdiagnosticada, e, quando rastreada, muitas vezes o tratamento se dá de forma inadequada, tanto em relação à medicalização como na manutenção do tratamento (SILVA et al., 2014).

De acordo com a literatura é comum identificar que algumas mulheres vivenciam o primeiro episódio depressivo no período gestacional e que o risco é maior entre aquelas com antecedentes pessoais (LEANDRO, 2016).

No estudo de Jarde et al. (2016), a depressão pré-natal apresenta-se como uma preocupação para a saúde pública, chegando a afetar de 5 a 15% das mulheres grávidas, podendo ser considerada um risco para o parto prematuro e o baixo peso do neonato. Considerando esses riscos, é importante salientar que os profissionais da saúde, necessitam identificar por meio de instrumentos e de uma escuta qualificada a depressão gestacional, pois, problemas de saúde mental neste período não têm recebido a merecida atenção.

A experiência da maternidade é bem diferente do que é popularmente difundida. Para algumas mulheres, principalmente as de classe média e baixa, a gestação pode não ser uma experiência tão prazerosa, visto que possa existir algum nível de sofrimento psíquico, físico e social associado a esse período. O sofrimento e a tristeza contínuo pode gerar uma incapacidade de sentir prazer nesse período levando a mulher a desenvolver alguns

transtornos psíquicos, caso elas não sejam assistidas adequadamente (ALMEIDA; ARRAIS, 2016),

Na atualidade, os transtornos do pós-parto são mais evidentes na literatura científica do que os transtornos associados ao período gestacional. No pós-parto os índices de adoecimento mental são maiores, verificando-se um grande número de hospitalização em decorrência dos transtornos psicóticos. Desta forma, faz-se indispensável identificar e tratar o adoecimento mental no período gestacional para minimizar os prejuízos no pós-parto, por exemplo, diminuir a incidência de depressão pós-parto (LIMA et al., 2017).

Considerando que os serviços da atenção básica são porta de entrada para a mulher grávida na rede de saúde, atenta-se, ao pré-natal adequado e a importância do papel de toda equipe durante o processo. O pré-natal deve ser oferecido de forma individual, compreendendo suas particularidades, questões psíquicas e os riscos que ela possa ter ou desenvolver, assim, entendendo, que para este serviço ser realizado, é preciso a capacitação dos profissionais quanto à identificação do adoecimento psicológico e suas intervenções (LIED, 2018).

No que se refere à assistência a atenção básica, segundo Costa et al., (2018) a avaliação clínica e o acompanhamento durante o pré-natal, são fundamentais para a saúde da mulher grávida, pois favorece intervenções nos contextos biológicos e psicossociais. De acordo com Lied (2018) o pré-natal na atenção básica visa assegurar uma boa assistência para a mãe e feto, identificando e tratando patologias, além, de preparar os pais para a paternidade. A assistência envolve a avaliação dos aspectos psicossociais da mulher grávida, levando em consideração seu histórico pessoal e cultural, juntamente com suas experiências emocionais e psicológicas já vividas.

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde a detecção e intervenções realizadas precocemente, busca trazer melhores resultados no prognóstico dos transtornos mentais. Desta forma, se faz necessário, o desenvolvimento de instrumentos, diretrizes e protocolos para uma triagem adequada, assim, minimizando os impactos no período gestacional (LIED, 2018).

Para Martins (2014), mesmo existindo ferramentas para triagem da depressão, os pontos de corte podem necessitar de ajustes, de acordo com a amostra a ser estudada. A autora afirma ainda que menos de um quarto dos obstetras utiliza ferramenta de triagem validada para a depressão em contexto nacional. Frente à possibilidade de ocorrência de sofrimento psíquico e/ ou transtornos mentais durante a gestação, há a necessidade de instrumentos e

ferramentas que possibilitem um rastreio e detecção precoce pelos profissionais de saúde, que sejam desenvolvidos especificamente para este período da vida da mulher.

Portanto, o produto tecnológico a ser produzido com o objetivo de acrescentar aos serviços da Atenção Básica, contribuindo com melhorias na saúde mental de gestantes, foi a elaboração de um instrumento de rastreio para depressão Gestacional, por se apresentar uma tecnologia viável a ser desenvolvida, levando em consideração o baixo custo, o direcionamento e a objetividade, tendo em vista que o mesmo poderá ser manejado por profissionais da área da saúde que atuam com as gestantes em consultas de pré-natal. A tecnologia permitirá o direcionamento do profissional, quanto ao problema da gestante, de forma mais adequada e segura, proporcionando uma intervenção precoce com possibilidade de tratamento imediato, quando necessário.

A relevância desse estudo respalda-se à necessidade de desenvolvimento de um instrumento de rastreio que possa contribuir com a prevenção e a intervenção de forma precoce nos sinais e sintomas da depressão gestacional, bem como atenuar os problemas no nascimento do neonato como a prematuridade e baixo peso ao nascer e minimizar as chances dos possíveis transtornos do pós-parto, principalmente aos que levam ao infanticídio e suicídio. Além dessas questões, contribuir com pesquisas inovadoras na área acadêmica e com melhorias para assistência na Atenção Básica.

O instrumento de rastreio desenvolvido deverá ser utilizado pelo profissional da enfermagem, bem como médicos que atuem na atenção primária e que tenham acesso à usuária nas consultas de pré-natal, identificando os sintomas do sofrimento psíquico e intervindo de imediato, realizando o direcionamento para a atenção secundária e terciária, onde se encontram os serviços de Psiquiatria e Psicologia.

1.2 Objetivo

- Elaborar Instrumento de Rastreio da Depressão Gestacional (IRDG) para gestantes assistidas na Atenção Básica.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Revisão Integrativa: Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional como Ferramenta para Diagnóstico e Tratamento

Segundo Pereira e Lovisi (2007), a depressão gestacional está associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que ela é o principal fator de risco para a depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação.

Sabe-se que a depressão não tratada durante a gravidez aumenta o risco do uso de tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e dificuldade de seguir instruções médicas no pré-natal, incluindo a redução da frequência nas consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal (PEREIRA et al., 2010). O rastreamento da depressão gestacional de maneira a facilitar o diagnóstico irá beneficiar tanto a saúde das grávidas como das crianças, pois, quanto mais precoce este problema for identificado, mais precocemente também será instituído o tratamento.

Nesse sentido, diante da relação que a gestação pode estabelecer com a saúde mental materno-infantil, surge a necessidade de investigar os estudos que abordam o tema, com o intuito de ampliar o entendimento sobre o assunto e, conseqüentemente, as condições assistenciais maternas. Sendo assim, o objetivo da revisão integrativa foi de identificar produções bibliográficas sobre instrumentos de rastreamento para a depressão no período gestacional, visto que a mulher pode apresentar alterações psicológicas nesse período, analisando, assim, se os mesmos são apropriados e adequados para esta demanda.

Visando traçar um panorama global dos estudos que envolvem escalas ou protocolos de rastreamento para depressão pré-natal, foi realizada uma pesquisa online nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com base nas literaturas encontradas no PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), SCIELO (*Scientific Electronic Librany Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde), nos meses de outubro a dezembro do ano de 2017, utilizando os descritores, pelo BIREME: “depressão”, “gravidez” e “atenção primária”.

Devido à abrangência nacional no que se refere à depressão gestacional, optou-se pelo site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e, nele, realizou-se a busca, selecionando-se “todos os índices”, o “método integrado” e “todas as fontes”: *Medline*, *Lilacs*, *CENTRAL* –

Registros de Ensaio Clínicos Controlados, IBECS (Espanha) e Index Psi (Psicologia). O filtro restringiu-se apenas ao “tipo de documento”, pois foram selecionados apenas “artigos”. E, por fim, selecionou-se a PsycINFO, considerada uma das mais importantes bases de dados da área da Psicologia.

Após a inserção dos artigos que preenchiam os critérios de inclusão acima descritos, foram criados dois documentos para cada base de dados a partir das buscas realizadas – 1: “Utilização de instrumento específico para rastreamento da depressão gestacional” e 2: “Não utilização de instrumento para rastreamento da depressão gestacional”. A primeira etapa dos critérios de exclusão foi a identificação dos artigos que não utilizaram nenhum instrumento para rastreamento de depressão na gestação ou que utilizaram apenas no pós-parto, não sendo, portanto, o objetivo desta revisão. A segunda etapa dos critérios de exclusão foi identificar os artigos repetidos nas bases de dados e excluir os documentos.

Após estes procedimentos, as próximas fases contaram com a leitura dos títulos, resumos e instrumentos. Excluíram-se ainda aqueles que não tinham como objetivo analisar, comparar ou apresentar instrumentos de rastreamento que pudessem favorecer aos profissionais da área da saúde um suporte para atendimentos e identificação com sensibilidade e qualidade na depressão pré-natal. Os artigos que não foram encontrados na íntegra foram excluídos na última fase.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão acima descritos, realizou-se a leitura minuciosa dos artigos na íntegra. A análise dos dados possibilitou extrair as seguintes informações dos estudos incluídos: 1) autoria e ano; 2) país de publicação; 3) metodologia utilizada; 4) característica da amostra; 5) instrumentos avaliativos utilizados e 6) Conclusão.

Nesse sentido, para esta revisão, foram consideradas as fases de pesquisa: identificação do problema e objetivo de pesquisa; pesquisa da literatura com foco sobre o tema a ser estudado; avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados, extraindo das fontes primárias dos métodos e instrumentos especificamente nesta situação, ou com qualquer referência a instrumentos de rastreio da depressão gestacional. Como última fase, temos a apresentação da síntese, que retrata a construção dos resultados encontrados.

Com base nos descritores definidos para esta revisão, 267 documentos foram encontrados nos bancos de dados. Os estudos primários foram selecionados em relação ao título, resumo e instrumentos utilizados. Após a análise inicial, foram excluídos 248 documentos por não apresentarem instrumentos aplicados para rastreamento da depressão gestacional. Assim, foram selecionados 19 artigos para leitura completa. Após a leitura dos 19

artigos, 16 foram excluídos, uma vez que não se relacionaram com a questão da orientação desta revisão.

As principais razões para a exclusão desses documentos nesta fase foram relacionadas ao fato de que os mesmos não apresentaram um instrumento específico e validado com características de sinais e sintomas da depressão gestacional. É necessário levar em consideração que, na gravidez, ocorrem alterações hormonais, fisiológicas e psicológicas, específicas dessa fase, não sendo recomendada a utilização de uma escala ou um instrumento a uma mulher que não está no seu período gestacional, pois corre-se o risco de se obter como resultado um falso negativo ou falso positivo. Desta forma, a amostra final desta revisão abrangente incluiu 3 trabalhos, conforme apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Revisão integrativa dos instrumentos de rastreamento da depressão gestacional (Continua)

Título do artigo	Autores	País/Ano de publicação	Objetivo	Instrumento de rastreamento da depressão pré-natal	Conclusão do artigo
Prevalência da depressão gestacional e fatores associados.	PEREIRA; Priscila Krauss. LOVISI; Giovanni Marcos.	Brasil, 2007.	Revisar a prevalência e os fatores de risco para a depressão durante a gravidez.	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); Clinical Interview Schedule (CIS-R); Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); Structure Clinical Interview (SCID); The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale; Inventário Beck de Depressão (BDI); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); DSM-IV.	A maioria dos autores usou a EPDS, outros utilizaram o BDI e HAD. A maioria dos estudos utilizou instrumentos que forneciam apenas a sintomatologia, e não o diagnóstico de depressão.

Quadro 1 – Revisão integrativa dos instrumentos de rastreamento da depressão gestacional (Continuação)

Título do artigo	Autores	País/Ano de publicação	Objetivo	Instrumento de rastreamento da depressão pré-natal	Conclusão do artigo
Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes.	LAM; Nelly. et al.	Perú, Lima, 2009.	Evaluar el comportamiento de dos cuestionarios autoaplicables para detectar síntomas depresivos en una misma población de gestantes.	EPDS; BDI-II.	Ambas são validadas, identificam a depressão, mas com possibilidades de falso-positivo. Considera futuros estudos para determinar com mais precisão e complexidades. Reforça a existência de uma maior sensibilidade e especificidade na EPDS. (Tradução nossa)
Como gerir o stress e a depressão na gravidez?.	LEANDRO; Ana Filipa Santos.	Portugal, 2016.	Revisar a bibliografia sobre a depressão na gravidez e os mais recentes avanços nesta área.	Beck Depression Inventory; Center for Epidemiologic Study Depression Scale; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Hamilton Rating Scale for Depression; Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; Patient Health Questionnaire – 2; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ -9); Postpartum Depression Screening Scale; RAND 3 – Question Screen.	Para as mulheres com apenas depressão maior, as escalas EPDS, PDSS e BDI, obtêm uma precisão relativamente alta, porém, as sensibilidades variam. A EPDS e o PDSS mostraram ser mais sensíveis do que a BDI. Para o rastreio da depressão pré-natal, elas apresentam ainda uma maior sensibilidade.

O estudo de Pereira e Lovisi (2008) teve o objetivo de identificar os principais estudos epidemiológicos sobre a prevalência da depressão durante o período gestacional e os fatores de risco relacionados, levando em consideração duas categorias: estudos de países desenvolvidos e estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais. A

seleção dos principais estudos realizados, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, permitiu a análise das variações nas taxas de frequência da depressão e os fatores relacionados encontrados nos diferentes estudos, além dos principais métodos e instrumentos utilizados na coleta de dados.

Levando em consideração que, nos estudos dos autores, foram analisados também os instrumentos de identificação da depressão durante o período gestacional, o artigo entrou como critério de inclusão para compor esta revisão. Nesta mesma revisão analisada, conclui-se que os fatores de riscos para a depressão gestacional nos países desenvolvidos são avaliados por meio dos seguintes instrumentos: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); *Clinical Interview Schedule* (CIS-R); *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI); *Structure Clinical Interview* (SCID); *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*; *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D) *Scale*; Inventário Beck de Depressão (BDI); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD);

Já os países em desenvolvimento avaliam os fatores de risco para a depressão gestacional, por meio do EPDS e, em havendo confirmação em alguns casos, utilizam também uma entrevista padronizada, como a MINI, que visa ao diagnóstico de transtornos mentais do eixo I, de acordo com os critérios do DSM-IV, e o *General Health Questionnaire* (GHQ), questionário multidimensional autopreenchível, que avalia a presença de transtornos mentais comuns.

Em contrapartida, nos estudos nacionais, foram mais utilizadas escalas como o BDI e a HAD e entrevistas diagnósticas como o *Composite International Diagnostic Interview* (CID), instrumento padronizado da Organização Mundial da Saúde (OMS), a CIS-R e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA), que investiga sintomas psiquiátricos atuais.

Vale destacar que, nos estudos revisados pelos autores, com relação aos instrumentos utilizados para o diagnóstico da depressão, a maioria utilizou a EPDS, e outros utilizaram o Inventário de Depressão de Beck– BDI, a HAD, entre outros instrumentos que avaliam apenas a sintomatologia e não fornecem o diagnóstico de depressão. Para esse fim, existem entrevistas diagnósticas padronizadas, mas que não foram tão utilizadas nos estudos revisados. Assim, os autores destacam a falta de estudos sobre a incidência da depressão durante a gravidez, já que a maioria é voltada para medidas de prevalência.

Já no artigo de Lam et al., (2009), pode-se encontrar um estudo que se aproxima do objetivo desta revisão integrativa, pois os autores compararam os questionários autoaplicáveis para a detecção dos sintomas depressivos em mulheres no período gestacional. Os autores afirmam que os únicos instrumentos validados no campo da saúde mental perinatal são a

Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), nos quais levaram em consideração a segunda versão do inventário.

O objetivo geral do estudo foi determinar o comportamento de ambos os questionários autoaplicáveis em gestantes, e os seus resultados de investigação constataram que tanto a EPDS como o BDI-II têm uma consistência interna alta, sugerindo que ambos são confiáveis e possivelmente válidos para serem utilizados na identificação de episódios depressivos com gestantes de Lima, Peru, local da pesquisa.

Os autores afirmam, no entanto, a existência de uma correlação que permite afirmar que, para efeitos de triagem de episódios depressivos, o BDI-II pode apresentar um falso positivo, devido aos itens somático-físicos. Por isso, recomenda-se levar em consideração, nos próximos estudos, a finalidade de determinar adequadamente e com uma alta precisão de probabilidade. Assim, os resultados reforçam o que já foi sugerido por outros investigadores: que existe maior sensibilidade e especificidade com a EPDS do que o BDI-II. A revisão do artigo “Como gerir o stress e a depressão na gravidez?”, de Leandro (2016), teve como objetivo revisar os fatores de riscos, as possíveis complicações numa depressão não tratada, a eficácia das intervenções de rastreio e diagnóstico (critério de inclusão do presente estudo), os diversos tratamentos disponíveis e as recomendações para o tratamento durante a gravidez.

Na revisão, a autora cita que, no período da gravidez, há uma tendência para a concentração na saúde física (materna e fetal), deixando a saúde mental desassistida, visto que a gravidez é um momento em que o corpo da mulher passa por alterações hormonais, de modo a tornar o diagnóstico de sintomas de depressão difícil e, muitas vezes, até ignorado (LEANDRO, 2016).

Como já referido, a autora também cita, em seus estudos, que, apesar de não haver uma escala própria para a depressão perinatal, outras podem ser utilizadas. Os resultados da pesquisa sobre escalas de rastreio mostram que elas identificam a depressão pré-natal, com maior sensibilidade para a depressão maior, em relação à detecção da doença por si só. Isto é, também na fase inicial. Se for assumido que, no caso de um rastreio da depressão, é pior ter falso-negativos do que falsos-positivos, a sensibilidade será então mais importante que a especificidade.

Atualmente, a Escala de Depressão de Edimburg (EPDS), apesar de ter surgido para avaliar a depressão pós-parto, tem sido o meio de rastreio mais utilizado para detectar a depressão durante a gravidez. Sendo importante lembrar que o rastreio não substitui o diagnóstico, mas pode ajudar na identificação de mulheres em risco de depressão, com necessidade de uma avaliação mais aprofundada e acompanhamento do tratamento. Assim,

Leandro (2016) finaliza com a definição da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V, 2013), que definem a depressão pré-natal como uma subcategoria do distúrbio depressivo maior, pelo que os critérios de diagnóstico se apresentam (LEANDRO, 2016).

Por meio dos estudos encontrados e analisados, podemos entender que os principais instrumentos validados e utilizados para identificar a depressão gestacional são: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).

No entanto, segundo Giavoni et al., (2008), o Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*) tem sido um meio de avaliação utilizado para estimar sintomas de depressão, podendo-se afirmar que o BDI é um dos instrumentos mais utilizados para essa avaliação, sendo aplicado em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, validado em outros países e profundamente analisado quanto aos critérios de confiabilidade e validade.

Porém, segundo Gorestein (1998, p. 245), “há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (...), dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo”. Ruscio e Ruscio (2002) comentam que comparações entre estudos utilizando o BDI tornam-se inconsistentes em função dos diferentes pontos de corte adotados.

Já outros estudos apontam para a importância da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) como o instrumento mais comum para a triagem da depressão pós-parto.

Assim, trazendo como uma explicação, Abuchaim et al., (2016) cita que a EPDS é um instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha e validado no Brasil por Santos et al., para rastreamento de sintomas depressivos, sendo composto por dez enunciados, cada um com quatro possibilidades de resposta, de acordo com a severidade ou duração da sintomatologia experimentada ou não, segundo as próprias mulheres, na semana que antecede a aplicação do teste. A pontuação da EPDS varia de 0 a 30 pontos, sendo 10 a pontuação de corte para identificação de sintomas da Depressão Pós-Parto (DPP).

No entanto, na visão de Cardillo (2016), a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) aborda a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias, mas não fornece o diagnóstico clínico de depressão maior ou menor. Portanto, ela identifica sintomas de depressão, e não o transtorno depressivo, distinção importante, na medida em que é improvável que a remissão da depressão maior ocorra sem tratamento com medicamentos.

O BDI foi a ferramenta de triagem mais usada pelos pesquisadores para detectar depressão pós-parto. No entanto, encontra-se uma limitação importante desse instrumento, que é a inclusão de vários sintomas somáticos. Nesta fase, torna-se difícil distinguir entre

reações fisiológicas normais e sintomas de depressão pós-parto. Devido a isso, instrumentos específicos para detectar a depressão pós-parto foram desenvolvidos, como o EPDS. O EPDS foi desenvolvido especificamente para evitar a identificação excessiva de depressão pós-parto com base em sintomas "físicos", como fadiga, alterações de peso e apetite e problemas de sono que podem ser sugestivos de depressão, mas são uma parte normal da recuperação pós-parto. Por estas razões, o EPDS torna-se mais sensível, visto que ela se concentra nas características cognitivas e afetivas da depressão.

Desta forma, conclui-se que os três artigos citados na discussão apresentam instrumentos de rastreamento para a detecção da depressão, não existindo, no entanto, nenhum instrumento desenvolvido para a aplicabilidade no período gestacional, levando em consideração as alterações psicológicas e sociais que a mulher vivencia. O rastreio da depressão gestacional realizado por meio de um instrumento específico facilitará o diagnóstico, bem como beneficiará a saúde das mulheres grávidas e sua qualidade de vida, devido à identificação e ao tratamento adequado.

2.2 Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico no Contexto da Atenção Básica

Com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde, o Brasil traz como perspectiva, depois da Constituição de 1988, o direito de cidadania, desenvolvendo práticas assistenciais preventivas e educativas para a saúde pública. Recuperar a saúde foi, desde então, prioridade para o país, por intermédio do modelo voltado para a qualidade de vida e a proximidade das equipes multiprofissionais com a comunidade (GONÇALVES et al., 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a manutenção do bem-estar do usuário que necessita de atendimento, entendendo o contexto biopsicossocial de cada indivíduo e como ele é formado em sua esfera familiar, trabalho, social e comunidade. Quando há um sofrimento que desestabiliza uma dessas esferas, corre-se o risco de afetar todas as outras, ou seja, o indivíduo por completo (COSTA; MOREIRA, 2017).

De acordo com Costa e Moreira (2017), quando falamos em promoção, proteção e prevenção, estamos falando de uma atenção integral. Assim, a Atenção Básica (AB) é a abertura e a representação para o acesso também do cuidado em saúde mental. Desta forma, pode-se encontrar um cuidado voltado para o individual e o coletivo, objetivando todas as necessidades do usuário, independentemente do seu sofrimento psíquico ou patologia.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por oferecer acesso e cuidado integral, longitudinal a todas as pessoas que necessitam dos serviços do sistema de saúde. Ela

faz parte do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (KIDD, 2016).

Souza e Carvalho (2013) acrescentam que a estratégia da saúde da família deve ser pautada em um atendimento acessível a todos da comunidade, de forma contínua, integral e de qualidade, porém consciente de que não dá conta de todas as demandas que a comunidade apresenta.

O enredamento sobre os serviços em saúde mental na saúde da família ainda apresenta questões que precisam de atenção. Os estudos de Gonçalves et al. (2014) e Nogueira et al. (2014) afirmam que é possível encontrar um panorama sobre prevalências e diagnósticos em saúde mental. No entanto, apontam dificuldades nos profissionais em oferecer estratégias de cuidados e tratamentos.

Uma equipe multiprofissional de Saúde da Família é composta por médico generalista ou especialista em medicina da família e da comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, ACS (no máximo 12 agentes por equipe), além do profissional de saúde bucal – toda essa equipe sendo operacionalizada pelos governos municipais.

De acordo com Molina et al. (2012), o diagnóstico clínico realizado por profissionais da saúde pública deve se dar de forma compartilhada, sistemática e colaborativa. Os enfermeiros especializados em saúde mental na prática do SUS são favorecidos com protocolos que direcionam os diagnósticos, possibilitando o tratamento e encaminhamento para o profissional específico.

Campos (2015) reafirma Molina et al., (2012), quando diz que as possibilidades para um tratamento bem-sucedido na depressão se dá por meio de um diagnóstico rápido com a avaliação dos sintomas. Acrescenta que é de extrema importância a saúde pública obter instrumentos para identificação da depressão de maneira efetiva, que possam ser utilizados pela equipe multiprofissional.

Para a aceitação e a utilização de instrumentos na prática pública, é necessária a participação dos usuários dos serviços (podendo ser durante a fase de construção do instrumento), como também é imprescindível a validação dos profissionais que irão fazer uso do mesmo (CAM et al., 2015). Neste sentido, Vieira et al., (2016) acrescentam que a avaliação dos profissionais ajuíza a necessidade de uma tecnologia de acordo com a realidade, e não generalista.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. Desta forma, a gestão

em tecnologias de saúde é de fundamental importância para a avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias nos sistemas de saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005, que instituiu a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPG) no âmbito do Sistema Único de Saúde, conceitua tecnologias em saúde como:

[...] medicamentos, materiais e procedimentos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados de saúde são prestados (BRASIL, 2005c, n.p).

Pode-se também entender por tecnologias e inovações um equipamento, dispositivos e medicamentos, com características de artefato físico, além de ideias ou (re)organização dos serviços, por meio dos novos procedimentos e práticas (BRASIL, 2011).

Avaliar a qualidade das informações produzidas é imprescindível para os autores Maia et al., (2017). Os instrumentos visam aos planejamentos de estratégias terapêuticas, analisando as necessidades de cada demanda, bem como suas especificidades, levando em consideração as condições de saúde.

Para Cordeiro et al., (2017), a saúde da mulher é um assunto que envolve todos os profissionais da área da saúde, em âmbito nacional e internacional. Se especificarmos o ciclo reprodutivo, podemos encontrar diversos transtornos relacionados a essa temática, incluindo doenças físicas, como as psicológicas, tendo ainda uma maior predisposição a comorbidades. As mulheres estão vulneráveis a fatores estressores, como abuso, estupro e violência desde muito cedo. Porém, deve-se ressaltar que nem todas as mulheres desenvolvem transtornos por estes fatores.

Neste sentido, Maia et al., (2017) acrescentam que, no ano de 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL). O sistema tem como objetivo acompanhar todas as informações da assistência no período gravídico puerperal, pela assistência obstétrica, além de acompanhar a gestão, o planejamento, o controle e a operacionalização das ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

É um instrumento de atendimento *online*, denominado Ficha Clínica de Pré-natal, adaptada da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que funciona como um guia de preenchimento de forma sistematizada para ser utilizado

durante toda assistência pré-natal, permitindo uma coleta de dados mais preciso e atendimento sistematizado entre os profissionais.

Com as políticas voltando seu olhar para a saúde da mulher, surge, então, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004 a 2007. A proposta foi discutida com representações de diversas áreas e gestores do SUS, baseando-se nos princípios da promoção e prevenção de saúde, autonomia das mulheres (direitos sexuais e reprodutivos) e suas necessidades (atenção obstétrica), diminuindo os índices de morbidade e mortalidades. Pode-se incluir também a melhoria na atenção ao abortamento inseguro, no combate à violência doméstica e sexual e saúde mental (FREITAS et al., 2009).

Ainda na perspectiva dos referidos autores, é necessário considerar que a PNAISM objetiva a humanização com questões de acessibilidade ao serviço, sendo oferecida a provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços.

Segundo Teixeira et al., (2019), a proposta da Rede Cegonha, criada em 2011, vem para fortalecer toda atenção e cuidado materno-infantil. É necessário entender que, mesmo existindo políticas de saúde, alguns problemas estão constantemente cercados de incertezas e recursos que não se aplicam na prática. Desta forma, avaliar o Sistema de Saúde é necessário para identificar as necessidades de mudanças.

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil envolve a mulher no seu período gestacional, parto e pós-parto, como também a criança até 5 anos. Envolvendo a saúde materno-infantil, pode-se encontrar um modelo de assistência que busca assegurar também a sobrevivência e a qualidade de vida dos filhos, visando a uma nação forte e saudável (SILVA, 2016).

Conforme Silva (2016), todo o modelo de atenção à mulher aconteceu devido ao movimento da Reforma Sanitária, dos movimentos feministas e sociais, na década de 1980. Assim, todo o processo de implementação ocorreu em uma fase em que o país estava vivenciando uma redemocratização e fixando as bases do SUS, sendo regulamentado na década de 1990.

O Ministério da Saúde também firmou um compromisso por meio do Pacto pela Saúde com os gestores do SUS, garantindo estratégias para a saúde da mulher. Assim, as ações passaram a ser executadas em parceria e de forma articulada, com setores governamentais e interfederativos. Desta forma, a Atenção Primária de Saúde (APS) também foi contemplada nas propostas, ações e serviços.

Ainda na visão de Silva (2016), a saúde da mulher vem sendo contemplada no Brasil, nos últimos 30 anos, seja em relação as suas questões gerais e biológicas, como específicas da gestação, parto e pós-parto. Pode-se afirmar que é um serviço que está buscando a consolidação, qualificação e humanização. Desafios existem e existirão sempre no que diz respeito a gravidez, devido ao que denominamos como “risco reprodutivo”, e é por esta razão que as políticas existem, com o objetivo de minimizá-lo, por meio do pré-natal de qualidade, humanização no atendimento em geral, como também a capacitação adequada para o parto e a atenção com o pós-parto e puerpério.

Articular e integrar os serviços, além das ações em conjunto, são os passos que a Rede temática da Saúde da Mulher propõe para reduzir as taxas de morbimortalidade materna. Para se ofertar um atendimento seguro e adequado, é necessário trabalhar o planejamento familiar, a notícia da gravidez para a mulher, bem como o próprio pré-natal, parto e pós-parto.

Diante do exposto, as autoras Silva, Souza e Sousa (2016) elaboraram uma síntese, resgatando todas as assistências oferecidas à população feminina, com ano e tipo do programa, como se pode ver a seguir: 1975 – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI). 1978 – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco. 1984 – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). 1988/1990 – Sistema Único de Saúde – SUS. 1995 – Projeto Maternidade Segura. 2000 – Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). 2003 – Política Nacional de Humanização (PNH). 2004 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). 2004 – Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. 2005 – Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2006 – Pacto pela Saúde. 2007 – Política Nacional de Planejamento Familiar. 2008 – Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessárias. 2008 – Vigilância do Óbito Materno. 2010 – Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2010 – Plano de Qualificação das Maternidades. 2011 – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e em 2011 – Rede Cegonha (RC).

Podemos encontrar, no artigo de Arrais, Araujo e Schiavo (2019), informações sobre a importância de se avaliar e comparar serviços e programas destinados ao acompanhamento em Saúde da Mulher e em Saúde Materno e Infantil, já que alguns programas apresentam suas limitações.

As autoras também citam os programas que foram lançados para atender à demanda do período gravídico-puerperal, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 1980. Em seguida, surgiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (PHPN) no ano de 2000, e, posteriormente, na data de 24 de julho de 2011, foi lançada a Rede Cegonha, evidenciando os direitos humanos e reprodutivos, bem como a capacitação profissional para atender a essa demanda.

No entanto, com todos os programas voltados para a mulher, o SUS ainda enfrenta a problemática da mortalidade materna, e, por isso, o mesmo tem sido seu alvo de atenção. Mesmo existindo diversas propostas e intervenções para o ciclo gravídico-puerperal, a linha de cuidado para esse período tem apresentado isolamentos nos serviços prestados, que podem gerar inadequações, comprometendo a qualidade da atenção no atendimento à mulher como um todo (SILVA et al., 2016). Muitas ações ainda se voltam para os aspectos biológicos da gestação, remetendo ainda ao atendimento convencional, e se limitam aos atendimentos psicossociais nessa fase da vida da mulher (ARRAIS; ARAUJO, 2016).

2.3 Depressão

A Associação Americana de Psiquiatria (APA-DSM-5, 2013) desenvolveu uma definição para a enfermidade mental, considerando ser processamentos particulares voltados para os pensamentos, as emoções e comportamentos interpretados pelo sujeito de maneira disfuncional, favorecendo prejuízos em seus aspectos pessoais, em suas relações sociais e no campo profissional.

Em estudos, Mello (2014) pontua como fatores estressores para a depressão, nos dias atuais, a maneira de viver sob a pressão das cobranças externas, tecnologias, exigências de desempenho pessoal e profissional, sendo esses fatores correlacionados com as modulações epigenéticas, que são responsáveis pelo aumento da prevalência da doença.

Reverenciando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), para diagnóstico de depressão, o indivíduo deve apresentar os seguintes sinais e sintomas: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diária; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso; ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Para a avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, deve-se pontuar e classificar de acordo com o total de itens respondidos, sendo possível encontrar três grupos: a) depressão menor: dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; b) distímia: três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido,

durante dois anos, no mínimo; c) depressão maior: cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia (DSM-V, 2013).

A Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (1998), define que a depressão se apresenta como a dificuldade para prosseguir com o trabalho e atividades sociais normais, sendo classificada por sua gravidade em leve, moderada e grave, limitando-se a três sintomas fundamentais (humor deprimido, ou tristeza persistente, fadigabilidade aumentada, ou perda de energia física ou mental, e perda de interesse e prazer) e oito sintomas acessórios (apetite diminuído, atividade diminuída, autoestima e autoconfiança reduzidas, concentração e atenção reduzidas, sentimentos de culpa e inutilidade, pensamentos de atos lesivos ou suicidas, sono perturbado, visões desoladas e pessimistas do futuro).

Pode ser denominada como F32.0 depressão leve; F32.1 depressão moderada e F32.2 depressão grave. Contextualizando, entende-se que a depressão leve é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e mais dois sintomas acessórios. A depressão moderada é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e pelo menos três ou quatro sintomas acessórios. A depressão grave é caracterizada pela presença de três sintomas fundamentais da depressão, mas, pelo menos, quatro dos sintomas acessórios (CID-10, 1998).

As mulheres apresentam fatores de risco para a depressão, ainda maiores que o homem, pelas mudanças que ocorreram no seu papel diante da sociedade, como, por exemplo, a jornada de trabalho, estado marital, número de filhos, a própria gestação pode também ser um fator predisponente e outras funções que ela passou a exercer ao longo da sua vida (DUAILIBI et al., 2016).

Duailibi et al., (2016) afirmam que o que pode levar ao subdiagnóstico são comportamentos e pensamentos do próprio paciente de preconceito com a doença, a descrença ao tratamento e a não adesão à medicação. Os fatores que podem estar relacionados aos médicos são a falta de treinamento, tempo, reconhecimento apenas dos sintomas físicos e a efetividade do tratamento.

Foi realizada uma pesquisa no Brasil, pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que evidenciou inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental, verificando que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento (GONÇALVES et al., 2017).

Segundo os autores citados acima, a pesquisa demonstra que a frequência da depressão na atenção primária é facilmente encontrada na literatura nacional e internacional, porém,

encontram-se também lacunas na assistência e nas políticas públicas e pouco investimento em pesquisas nesse âmbito.

Outros autores, como Melo et al., (2018), reafirmam que os transtornos depressivos têm sido destaque para a área médica e psicológica, encontrando artigos científicos que mencionam doenças crônicas em associação com a depressão, sendo consideradas doenças psicossomáticas.

Powell (2008), contudo, apresenta os estudos de Aaron Beck, nos quais se declara que a depressão não é resultante de forças inconsistentes, como afirmado pela teoria freudiana, e sim, que o humor e os comportamentos negativos são o resultado de pensamentos e crenças distorcidas e disfuncionais, interpretando, assim, as situações vividas de forma catastrófica e pessimista.

O autor cita as distorções cognitivas do indivíduo com depressão, pressupondo: a visão negativa de si, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo: “Sou uma pessoa chata”, “Sou desinteressante”, “Sou muito triste para gostarem de mim”); a visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividades (por exemplo: “As pessoas não apreciam meu trabalho”), e a visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança. Os pensamentos mais típicos e expressões verbais sobre a visão negativa do futuro incluem: “As coisas nunca vão melhorar”, “Nunca vou servir para nada” ou “Nunca serei feliz”.

Quando o sofrimento psicológico é tão intenso, e o indivíduo acredita não conseguir mais suportar a dor, a desesperança se agrava, podendo levá-lo a pensamentos e ideação suicida.

As distorções cognitivas são frequentemente identificadas nas pessoas com depressão, pois as mesmas tendem a desenvolver, ao longo da sua vida, crenças/conceitos de estilos de vida de forma absolutista e inflexível, que resultam nas suas formas de interpretações quanto às situações vivenciadas no seu cotidiano. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias, como o estresse, e frequentemente levam a estratégias interpessoais inabilidosas (POWELL, 2008).

Com base nessa aproximação teórica, podemos entender que a depressão pode ser desencadeada a qualquer momento da vida do ser humano, devido aos sentidos subjetivos dados às experiências vividas, levando ao sofrimento psíquico e descaracterizando o protagonismo do sujeito, mediante os pensamentos rígidos e inflexíveis.

2.4 Depressão Gestacional e Rastreio Diagnóstico

Rosenberg e Chiattonne (2007) afirmam que, diferentemente de algumas mulheres, a gestação pode vir em um momento inesperado, trazendo sentimentos opostos, como tristeza e medo, favorecendo também sentimentos em relação ao bebê e à sua própria vida. Nessa fase, é comum observar, além da alteração hormonal, as mudanças nos aspectos sociais, familiares, conjugais, profissionais e pessoais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a gestação deve ser vivida de maneira saudável, fazendo parte da vida da mulher, envolvendo suas mudanças nos contextos físico, social e emocional. Devido a todas essas mudanças e ao surgimento de sentimentos conflituosos, trabalhar os aspectos psicológicos durante o pré-natal obstétrico é de extrema importância, proporcionando uma experiência positiva diante da gestação e da maternidade (RIOS; VIEIRA, 2007).

Os cuidados, manejos e intervenções diante da depressão gestacional estão longe da atenção dada pelos ginecologistas e obstetras nas avaliações do pré-natal, devido ao olhar voltado para o atendimento tradicional, podendo isso estar associado a atraso de desenvolvimento dos filhos aos 18 meses de idade, com 4,7 vezes mais risco de terem depressão na adolescência (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019).

As estimativas apontam que, em 2013, 50% dos casos diagnosticados de depressão pós-parto foram desencadeados quando a mulher ainda estava grávida (*American Psychiatric Association* [APA], 2014). No entanto, mesmo com esses dados, menos de 20% dos cuidados pré-natais visam diagnosticar e tratar dificuldades em nível de Saúde Mental (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019).

O psicólogo perinatal tem um papel fundamental nesse processo, visando trabalhar com a profilaxia, a partir do momento em que ele esclarece para a usuária sobre os aspectos psicológicos dessa gestante, favorecendo um entendimento quanto aos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos diante dessa experiência. Assim, a profilaxia realizada por um psicólogo também se faz importante nesse momento, contribuindo para uma vivência maturacional da mãe, também do bebê, minimizando os fatores de riscos para doenças psicopatológicas da gestação e do pós-parto (BORTOLETTI, 2007).

De acordo com os estudos de Falcone et al., (2005), pode-se entender que a tensão que a gestante apresenta favorece a produção de determinados hormônios que atravessam a barreira placentária, atingindo o organismo do feto em desenvolvimento. Pode-se constatar suas consequências desde a primeira infância da criança, com reações de choro, irritabilidade ou apatia.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), Gonçalves et al., (2018) apontam que um em cem usuárias que buscam atendimento apresenta, como queixa principal, sinais e sintomas da depressão. Esta situação piora quando existem quadros clínicos, como, por exemplo, uma gestação, acarretando problemas futuros no desenvolvimento infantil, ambiente familiar e questões pedagógicas.

Com base nos estudos de Faisal e Menezes (2012), pode-se associar fatores de risco para a depressão gestacional ao desemprego, pouco suporte social, falta de instabilidade afetiva, eventos estressantes, baixa escolaridade e histórico psiquiátrico.

Para Moraes et al., (2016, n.p):

A depressão durante o pré-natal é um episódio patológico; embora não tenha sido estudado extensivamente, pode ser um preditor de depressão pós-parto e implicações clínicas, como depressão, alto risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e parto cirúrgico.

Segundo DSM-V (2013), estima-se que 3 a 6% das mulheres apresentam alteração de humor durante a gravidez ou semanas ou meses após o nascimento do bebê. Pode-se dizer que 50% das mulheres que apresentam algum sintoma no pós-parto apresentaram também esses sinais durante o período da gestação, assim sendo resignado como *periparto*. Além disso, pode-se encontrar a ansiedade grave e ataques de pânico na gestação, favorecendo o *baby blues*, depressão pós-parto e/ou psicose puerperal.

Em aspectos psicológicos que a mulher apresenta na gestação, o primeiro e o terceiro trimestres da gravidez são as fases de maior vulnerabilidade para transtornos psíquicos e nos 30 primeiros dias do pós-parto, sendo a depressão o transtorno psíquico mais frequente de se encontrar.

Conforme os estudos de Thiengo et al., (2012), é necessária uma maior compreensão sobre a depressão gestacional, com o objetivo de proporcionar uma busca por estratégias de políticas públicas para o binômio materno-infantil no Brasil, preenchendo, assim, lacunas quanto ao método de rastreamento e avaliação sobre a problemática em questão, minimizando o número de transtornos psíquicos encontrados na perinatalidade.

Estudar e delinear a depressão gestacional, seus fatores de risco, rastreamento e tratamento são fundamentais para a compreensão e a desmistificação de que a gravidez é sinônimo de felicidade. Assim, a literatura científica e os profissionais da área da saúde ganham espaço para realizar o diagnóstico e intervenções de tratamento o mais precoce possível.

Mesmo identificando a depressão gestacional como um problema de saúde pública, nota-se que o olhar científico ainda é voltado para transtornos do pós-parto, principalmente os que necessitam de hospitalização. Como medida de proteção e prevenção, deve-se voltar o olhar para essa mulher, devendo ser avaliada por profissionais capacitados, desde o início, com o objetivo de rastrear sinais e sintomas da depressão gestacional (LIMA et al., 2017).

Ardisson e Biasotto (2017) reafirmam a ideia de que, quanto mais precoce for o diagnóstico, maior é a probabilidade de o tratamento corresponder positivamente. Eles ressaltam a importância para a saúde pública em ter um protocolo de diagnóstico identificando a depressão e que possa ser aplicado pelos profissionais da área da saúde.

Conforme Moraes et al., (2016), as intervenções e tratamentos voltados para os transtornos mentais, devem enfrentar ainda algumas barreiras, como por exemplo, a falta de recursos e profissionais de saúde treinados para esse tipo de atendimento. Identificar a ocorrência de transtornos mentais seria um avanço para a melhoria no atendimento e planejamento de intervenções.

Uma excelente oportunidade de inserir os cuidados à depressão gestacional como medida de prevenção pode ser também por meio do Programa de Saúde da Mulher adotado no Brasil. Segundo Krob et al., (2017), quando estratégias de intervenções são implementadas e comprometidas sistematicamente durante o acompanhamento pré-natal, os fatores de risco para a depressão minimizam, obtendo um potencial controle para a depressão pós-parto posteriormente, devido ao reconhecimento prévio.

O estudo de Murata et al., (2012) enfatiza a necessidade de observar a saúde mental das mulheres grávidas desde o início da gestação, primando, assim, por futuros problemas do pós-parto. Já os dados apontados por Pereira e Lovisi (2008) e Pereira et al., (2010) mostram que um quinto das mulheres que apresenta a depressão ao longo do período gestacional não tem tido tratamento, gerando, assim, uma tendência a se expor ao álcool e outras drogas, fastio, não seguimento das orientações médicas e abandono ao pré-natal, além do maior risco de mortalidade neonatal.

Thiengo et al., (2012) acrescentam que o atendimento integral à gestante na saúde pública ainda apresenta uma fragilidade em seus serviços, principalmente quanto aos recursos limitados para rastreamento e diagnóstico em saúde mental, apesar de o SUS (Sistema Único de Saúde) se apresentar como referência para o atendimento à depressão, desde a triagem até o acompanhamento psicoterápico e medicamentoso.

Tendo em vista que o profissional da área da enfermagem está à frente da linha de atuação no pré-natal, espera-se que o mesmo realize estratégias que sejam capazes de

identificar fatores de riscos e sintomas que possam favorecer agravos à saúde da mulher e do bebê (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Neste mesmo estudo, os autores trazem entrevistas realizadas com enfermeiros, relatando a identificação dos aspectos emocionais da gestante, como ansiedade, choro fácil ou tristeza. Apesar de não existir um protocolo específico para identificação da depressão gestacional, é possível, pela prática dos enfermeiros e pela escuta qualificada, identificar por meio das próprias queixas da gestante.

Meira et al., (2015) afirmam que os protocolos de identificação da depressão pós-parto definidos pelo Ministério da Saúde são limitados porque não direcionam aos transtornos mentais do ciclo gravídico. A educação sobre os aspectos emocionais é realizada em atividades de grupos, mas pouco ou raramente psicoeduca-se sobre depressão gestacional.

O atendimento pré-natal de gestantes, realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, é uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos e, conseqüentemente, minimizar os negativos efeitos da depressão pós-parto na relação mãe-filhos (MEIRA et al., 2015, p. 706).

Segundo Duailibi et al., (2016), o tratamento da depressão deve seguir de forma individualizada, e o fato de existir, em algum momento, a diminuição do humor deprimido e da anedonia não significa dizer que houve a remissão completa da doença. O paciente deve ser acompanhado para identificação de uma possível oscilação e estado do humor, a fim de se ajustar aos diversos tipos de tratamento para a depressão, devendo ser avaliada a disponibilidade para o paciente, principalmente nos casos de mulheres grávidas.

O apoio social tem um efeito benéfico sobre as mulheres grávidas depressivas, melhorando a sua qualidade de vida e seus relacionamentos. A depressão gestacional pode favorecer a incapacidade funcional da mulher. Por isso, o tratamento visa ao confronto das situações e eventos estressantes (MORAES et al., 2016).

Ações profiláticas e o apoio social favorecem a minimização dos sintomas depressivos em mulheres grávidas, além do auxílio para desenvolver pensamentos funcionais, com o objetivo de enfrentar as situações adversas e a visão negativa dessa experiência. O cuidado integral pode ajudar a minimizar os sintomas da depressão. No entanto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem apresentar infraestrutura para esse atendimento, com profissionais capacitados (MORAES et al., 2016).

Para Gonçalves (2016), a fim de corresponder às demandas da atenção básica, é necessário que o psicólogo se desobrigue do tradicional atendimento clínico e amplie seu atendimento, contemplando emergências e necessidades de acordo com as necessidades da

demanda, seja na própria unidade básica ou em domicílio. Além disso, pode-se falar em propostas, como o Plantão Psicológico, para contemplar aos serviços ofertados.

Neste sentido, Scorsolini-Comin (2014) entende que a abordagem da psicologia não deve ser a única linha para trabalhar com a população diante das demandas de saúde mental, mas também introduzir outras práticas que favoreçam bem-estar e crescimento pessoal. A saúde mental deve ser marcada por ações interdisciplinares e compartilhamento de funções, sem invadir as especificidades profissionais.

Desta forma, com todas as adaptações sendo realizadas na saúde pública, o atendimento ao usuário torna-se um desafio para os profissionais se levarmos em consideração a necessidade de reinventarem suas práticas e extinguir práticas cristalizadas.

De acordo com o artigo de Cristoni (2018) a prática da psicologia enfrentou um movimento de entrada nas equipes multiprofissionais em hospitais, unidades de saúde, ambulatórios, entre outros, exigindo sua preparação para consolidar sua prática em diversos contextos e desenvolver novas habilidades na saúde pública, estando em consonância com o que se busca construir por meio das Políticas Públicas de Saúde e da Política Nacional de Humanização.

Amaral, Gonçalves e Serpa (2012) acrescentam que o psicólogo da saúde pública deve estar presente nas comunidades, compreendendo o cotidiano e a dinâmica das pessoas, com comprometimento. Já o Conselho Federal de Psicologia traz a reflexão sobre o papel do psicólogo no contexto das camadas populares, onde os mesmos apresentavam um trabalho individual, gerando, assim, críticas, visando a novas formas de ação. Assim, os cursos de Psicologia precisaram de uma reformulação, para estar em consonância com as políticas públicas no acolhimento e no cuidado em saúde (COSTA; MOREIRA, 2017).

Dentro de um outro ponto de vista, podemos citar como proposta para atuação do psicólogo o Pré-Natal Psicológico (PNP), que é uma prática inovadora e complementar ao pré-natal ginecológico, na qual se realizam intervenções aos cuidados humanizados durante a gestação, preparando a gestante e sua rede social de apoio, bem como favorecendo os papéis parentais voltados para a integração de um novo membro. Adotam-se técnicas variadas de dinâmica de grupo, aulas expositivas e debates, conforme descrito por Arrais e Araujo (2016).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Pesquisa

O tipo de pesquisa selecionado para a construção desse estudo foi o da pesquisa metodológica, modalidade em que se busca obter, organizar e analisar dados, etapas necessárias para a realização e o desenvolvimento de instrumentos, dos quais o pesquisador necessita para investigar ou orientar práticas profissionais (POLIT; BECK, 2011).

Para a efetivação de uma pesquisa metodológica, a exemplo do desenvolvimento de um instrumento para rastrear a depressão no período gestacional, como proposto nesse estudo, o pesquisador deve produzir um instrumento que transpassa garantia, que seja preciso e que possa ser aplicado por outros profissionais envolvidos com o objeto de estudo. Esse tipo de pesquisa deve ter como objetivos específicos melhorarias de intervenções, desenvolvimento de novas tecnologias, melhorias de instrumento, dispositivo ou de um método de mediação existente (POLIT; HUNGLER, 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

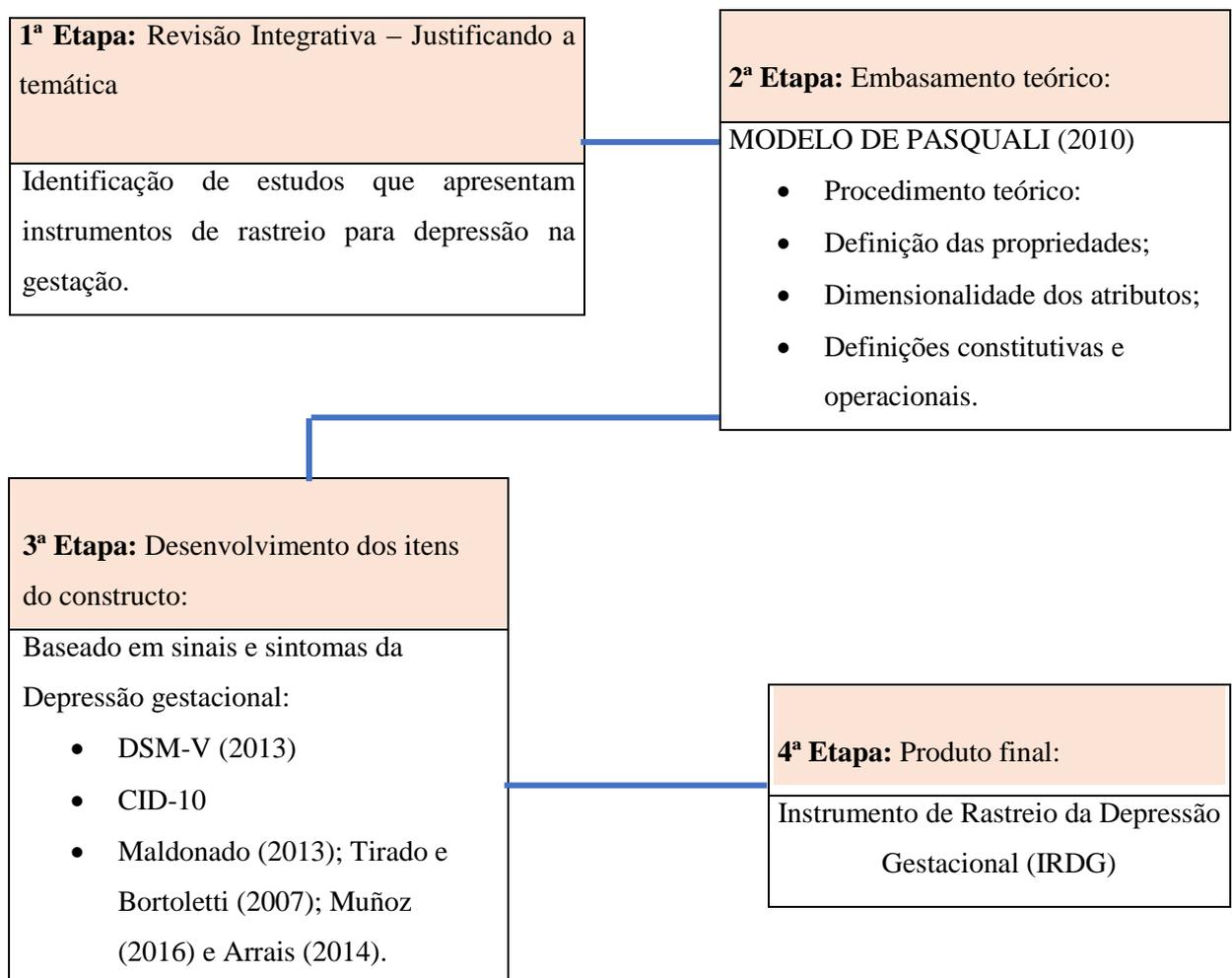
De acordo com Medeiros et al. (2015) para que o método científico seja cumprido e contemple todos os seus aspectos, são necessários indicadores confiáveis e de qualidade. Assim, para a elaboração do instrumento proposto, foi utilizado o modelo de Pasquali (2010) (que versa sobre a teoria da elaboração de instrumentos), composto por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos).

Na primeira fase de elaboração, o procedimento proposto pelo autor é o teórico, que considera o referencial teórico sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida, isto é, a definição das suas propriedades, a dimensionalidade dos atributos, bem como a definição constitutiva e operacional para a construção dos itens e a validação de conteúdo. Na segunda fase, o procedimento consiste nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto, bem como na colheita de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento. E, na terceira fase, são desenvolvidos os procedimentos analíticos, que determinam as análises estatísticas dos dados com vista à validação do instrumento (PASQUALI, 2010).

3.2 Etapas percorridas para a elaboração do produto tecnológico

Para a elaboração do Instrumento de Rastreio da Depressão Gestacional (IRDG), foi necessário um planeamento prévio com etapas a serem seguidas, obedecendo a uma sequência de 3 etapas, apresentadas na Figura 1 e descritas a seguir.

Figura 1 – Fluxograma das etapas percorridas para a elaboração do instrumento IRGD



3.2.1 Primeira etapa: Revisão Integrativa

Inicialmente, para trilhar o caminho de elaboração do produto tecnológico, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar tecnologias desenvolvidas para rastrear a depressão no período gestacional.

Foi realizada uma pesquisa online nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com base nas literaturas encontradas no PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), nos meses de outubro a dezembro do ano de 2017, utilizando os descritores, pelo BIREME: “depressão”, “gravidez” e “atenção primária”.

O critério de inclusão para leitura completa foi a partir dos artigos que apresentavam instrumento de rastreio da depressão gestacional, enquanto os artigos que não apresentavam instrumentos para rastreio da depressão gestacional consistiram no critério para exclusão dos mesmos.

Com base nos critérios definidos, 267 documentos foram encontrados, tendo sido excluídos 248 após a análise inicial, por não apresentarem instrumentos para rastreamento da depressão gestacional. Assim, foram selecionados 19 artigos para leitura completa, porém, 16 foram excluídos por não tratar do objeto da revisão.

Dos 3 estudos incluídos, o primeiro apresentou um apanhado de estudos epidemiológicos sobre depressão na gestação, identificando os instrumentos que foram utilizados. O segundo comparou os questionários autoaplicáveis para a detecção dos sintomas depressivos em mulheres no período gestacional. Por fim, o terceiro artigo revisou as intervenções de rastreio e diagnóstico e diversos tratamentos disponíveis para a depressão no período gestacional.

A revisão integrativa foi fundamental por apontar a relevância no desenvolvimento de um instrumento de rastreio psicológico, especificamente para aplicabilidade em mulheres gestantes, considerando sinais e sintomas da depressão e suas modificações referentes a esse período, uma vez que não foram identificados na literatura estudos que mostrem a existência de um instrumento que tenha sido elaborado para rastrear a depressão no período gestacional.

3.2.2 Segunda etapa: Procedimentos para a construção de instrumento, segundo Pasquali (1998)

De acordo com Pasquali (1998), o trabalho científico como produção de elaboração de um instrumento deve ser fundamentado no polo teórico, no qual, a teoria é o que assume as definições relativas ao conteúdo do instrumento em desenvolvimento, devendo estar claramente definido.

O polo teórico tem como objetivo respaldar o instrumento científico, bem como nortear a operacionalização do constructo em itens. Ele deve ser desenvolvido para cada

instrumento com o qual se pretende medir algum objeto psicológico. É necessário também estabelecer a dimensionalidade do construto, bem como definir constitutivamente e operacionalmente, além de operacionalizá-lo em tarefas comportamentais (PASQUALI, 1998; 2010).

As definições constitutivas situam o construto, exata e limita a definição dentro da teoria desse construto, dando, portanto, as balizas que ele possui. Impõem limitações definidas sobre o que se deve explorar quando o construto estiver sendo medido, limitações não somente em termos de fronteiras que não podem ser ultrapassadas, porém, mais ainda, em termos de fronteiras que devem ser atingidas. Já as definições operacionais deverão especificar e elencar aquelas categorias de comportamentos, que seriam a representação comportamental do construto. Quanto melhor e mais completa for esta especificação, melhor será a garantia de que o instrumento que resultar para a medida do construto será válido e útil (PASQUALI, 1998).

A seguir são apresentados os dois procedimentos realizados para a construção do Instrumento de Rastreio da Depressão Gestacional (IRDG), de acordo com os princípios de elaboração de instrumentos, segundo o autor Pasquali (2010).

1º PROCEDIMENTO – Teórico

Elencando critérios para elaboração de itens do IRGD

Compreendendo a importância do estudo dos sinais e sintomas de uma doença para a área da saúde, especificamente para a área da saúde mental, a elaboração do IRGD foi respaldada cientificamente, tomando como base a leitura do CID-10, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*), que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas, utilizado em todo o contexto mundial, segundo recomendações da OMS (CID-10, 1993).

Ainda para fundamentar a elaboração das perguntas, foi utilizado o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da *American Psychiatry Association*, usado para definir como é feito o diagnóstico dos transtornos mentais, dedicado exclusivamente para todos os profissionais que assistem e se dedicam ao cuidado da pessoa

em adoecimento mental, a exemplo de Médico, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, entre outros (DSM-V, 2013). O DSM-V apresenta critérios de forma objetiva dos sintomas, seja no contexto de internação, ambulatório, consultório particular e atenção primária, proporcionando, assim, informações, como taxas de morbidade e mortalidade na saúde pública. Ele está em harmonização com a classificação do CID-10 pela codificação alfanumérica (DSM-V, 2013).

Dessa forma, para a elaboração do instrumento aqui apresentado, foram averiguadas as descrições nas classificações apresentadas para depressão e depressão gestacional nos manuais apresentados que são referência para a área da saúde e utilizados rotineiramente na prática clínica. Vale enfatizar a necessidade do profissional de saúde, compreender que os sinais e sintomas são manifestações anatomofisiopatológicas, essenciais para as identificações de doenças e que, para melhor identificá-las, torna-se necessário compreender que os sinais de uma doença são passíveis de observação, e os sintomas são aqueles que podem ser classificados como efeito da doença sobre a pessoa. (CASSELL; 1991; MÄDER, HOLANDA, COSTA; 2019).

Segundo Dalgalarondo (2008, p. 19), “o estudo dos sinais e sintomas de uma doença, permite ao profissional de saúde identificar alterações físicas e mentais para ordenar os fenômenos observados e melhor formular diagnósticos para na sequência empreender terapêuticas”.

Outra etapa importante para a formulação das perguntas foi fundamentada na teoria da Terapia Cognitivo Comportamental, por considerar que, no processo de adoecimento mental, o estado cognitivo, a regulação emocional e o comportamento do indivíduo refletindo diretamente nos seus processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental, afetando diretamente suas atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes que envolvem as vivências pessoais (BECK, 2013).

Dessa forma, o instrumento foi dividido em três etapas, utilizando-se dos conceitos da TCC (Terapia Cognitivo-comportamental): ESTADO COGNITIVO, EMOCIONAL e COMPORTAMENTO, considerando que, no processo de adoecimento mental, verificam-se interferências e até prejuízos nestes aspectos.

Portanto, na avaliação do estado cognitivo, o profissional deve avaliar como as pessoas percebem, aprendem, lembram de algo ou pensam sobre informações. São consideradas funções mentais, a exemplo: do pensamento, memória, aprendizagem, inteligência, raciocínio, atenção, tomada de decisões, percepção visual, coordenação motora.

Os itens do constructo elaborado a respeito dos sinais e sintomas da depressão gestacional, considerando os ASPECTOS COGNITIVOS da mulher, são:

7- Você tem se preocupado diariamente com os preparativos para chegada do bebê?
11- Você pensa que nada de bom acontece na sua vida nesse momento?
14- Você não tem se preocupado com você e com o seu bebê?
15- As preocupações com a gravidez têm afetado o seu sono?
19- Você pensa que a gravidez interfere negativamente na sua produtividade no trabalho?
20- Você pensa que esta gravidez pode te prejudicar financeiramente?
21- Você pensa que não conseguirá conciliar o trabalho com a maternidade?
22- Você pensa que pode ser demitida depois que o bebê nascer?

Para Leahy, Tirch e Napolitano (2013), o estado emocional pode ser compreendido como a dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências ou processar emoções, contribuindo para que as emoções de ansiedade, tristeza ou raiva surjam, e a pessoa não consiga lidar com sua intensidade, gerando experiências estressante e levando a comportamentos problemáticos.

Os itens do constructo elaborado a respeito dos sinais e sintomas da depressão gestacional, considerando os ASPECTOS EMOCIONAIS da mulher, são:

1 -Você se sente triste por estar grávida?
2 -Você sente expectativas em relação ao bebê?
3 - Você tem algum receio quanto à amamentação?
5 -Você se sente irritada grávida?
6- Você se sente com baixa autoestima?
8 - Você se sente desconfortável quando o bebê se move?
9 - Você sente um medo incontrolável em relação à maternidade?
10 - Você se sente apoiada pelo pai do seu bebê?
12 - Você sente vergonha ou medo de conversar sobre seus sentimentos a respeito dessa gravidez?
16 - Você se sente culpada por estar grávida?
18 - Você aceita esta gravidez?

Por fim, no que se refere ao comportamento do indivíduo acometido pela depressão, ocorre uma redução na frequência de certas atividades tidas (anteriormente pelo indivíduo) como prazerosas e aumento, concomitante, de comportamentos de fuga e esquiva de situações aversivas. Esses comportamentos estariam relacionados à depressão em razão da dificuldade do indivíduo em acessar os reforçadores disponíveis em seu ambiente (CARDOSO, 2011).

Os itens do constructo elaborado a respeito dos sinais e sintomas da depressão gestacional, considerando os ASPECTOS COMPORTAMENTAIS da mulher, são:

4 - Você chora com frequência?
13 - Você se sente forçada ou obrigada a enfrentar a gestação?
17 - Você tem percebido que não consegue se concentrar para tomadas de decisões a respeito da gravidez?
23 - Você gosta de ser vista como grávida pelas pessoas?

Para elaborações dos itens citados acima, também foram averiguados os aspectos psicológicos da mulher no período gestacional em artigos e livros científicos que tratam da depressão gestacional. Dentre eles, podemos destacar autores como Maldonado (2013), Tirado e Bortoletti (2007), Muñoz (2016), Arrais (2014), entre outros. Sendo essa a possibilidade para realizar um aporte entre os aspectos psicológicos da gestação e a vulnerabilidade da mulher para o adoecimento mental no período gestacional.

Desenvolvimento dos itens

O segundo passo foi para desenvolvimento dos itens do Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional (IRDG). Para compor as etapas de elaboração dos itens, foi necessário um tempo de 1 ano, seguindo as instruções metodológicas do autor Pasquali (2010) quanto aos procedimentos teóricos.

Foram adotadas regras seguindo as orientações de Pasquali (1998) de que essas devem ser aplicadas de forma individual para cada item, bem como para o conjunto dos itens. Por essas razões, o autor sugere alguns critérios no momento da elaboração, como: critério comportamental; critério de objetividade ou de desejabilidade; critério da simplicidade; critério da clareza; critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade,

correspondência); critério da precisão; critério da variedade; critério da modalidade; critério da tipicidade e critério da credibilidade (face validity). Já para o conjunto de itens, são: critério da amplitude e critério do equilíbrio.

Dessa forma, além de considerar as regras sugeridas por Pasquali (1998), foram adotados, nesse estudo, alguns critérios para a inclusão e exclusão dos sinais e sintomas da depressão gestacional a partir da investigação na literatura. Foram incluídos para a construção dos itens sintomas psicológicos, sociais e fatores de risco, além da harmonização entre os sinais e sintomas do DSM-V, CID-10, de acordo com a literatura especializada sobre a depressão no quadro gestacional. Foram excluídos sintomas fisiológicos, pois os mesmos podem se confundir entre o estado gravídico ou não, além de não ser o objetivo proposto nesse estudo.

Sendo assim, o IRGD foi finalizado com uma composição de 23 perguntas, sendo esse número razoável segundo proposta de Pasquali (1998), apresentado em formato de questionário em um quadro organizado com 3 colunas: a primeira para questões (perguntas), a segunda e a terceira para resposta SIM ou NÃO.

Dessa forma, com a pretensão de rastrear a depressão no período gestacional, a proposta do instrumento é de ele ser aplicado no momento da consulta de pré-natal e será disponibilizado à grávida para que ela leia as perguntas e marque com X a resposta SIM ou NÃO. Caso a mulher não seja alfabetizada, o profissional em atendimento poderá auxiliá-la, fazendo a leitura do instrumento e fornecendo as opções de resposta. Ao final do preenchimento das alternativas, será apreendido o maior número de sintomas de acordo com as respostas fornecidas pela investigada.

No final, uma linha para o campo “TOTAL”, no qual será registrada a pontuação total referente à “ocorrência” dos sintomas (respostas SIM) relatados pela gestante. Após a validação, serão apresentadas diretrizes de acordo com o resultado final da pontuação, referente ao resultado final. Deve-se ressaltar que esta pontuação só existirá depois que a pesquisa de campo for executada, com o objetivo de validar o produto tecnológico, como também depois que for testado em uma amostra, para, assim, analisar e determinar o meio de correção do instrumento com o fim dos resultados dos sintomas da usuária.

Após validação de conteúdo, aplicação de teste piloto e validação final do instrumento, definir-se-á: sequência final de questões (perguntas) e ponto de corte para identificar se a mulher apresenta depressão na gestação. Estas etapas são propostas para outro momento, tendo em vista o cumprimento de tempo para concluir um curso de mestrado ao qual foi apresentada a elaboração do IRGD.

O instrumento aqui apresentado consiste em uma importante ferramenta de saúde por ter sido elaborado para investigar um agravo em um grupo populacional específico. Dessa forma, servirá como instrumento favorável para a elaboração de indicadores de saúde, contribuindo positivamente para a análise de tendências, como forma de indicar prioridades e, conseqüente, para o planejamento de ações relacionadas à saúde do grupo investigado.

Análise teórica dos itens (Questões)

A elaboração do IRGD é uma proposta para defesa de um Mestrado Profissional em Saúde da Família, e, considerando o tempo para a conclusão de suas etapas, não foi possível finalizar a etapa de análise teórica dos itens (validação do conteúdo), que, de acordo com os procedimentos propostos por Pasquali (1998), finaliza o primeiro procedimento para elaboração de instrumentos segundo a sua proposta.

Estamos diante da hipótese, no entanto, de que estes representam adequadamente o tal construto, sendo esse ponto de partida a ser adotado em uma nova fase para continuidade e finalização das etapas. Considerando a importância de se avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros especialistas e expectes, assim, antes de partir para a validação final do instrumento piloto, este será submetido a uma análise teórica dos itens através da análise semântica e análise dos juízes.

4 INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO GESTACIONAL (IRDG)

Esse capítulo tem como objetivo apresentar o Instrumento de Rastreo da Depressão Gestacional (IRDG) e a construção de suas etapas.

Foram elaboradas 23 perguntas para identificação de sinais e sintomas da depressão gestacional, no formato de questionário. Para formato final do instrumento, as perguntas foram elaboradas considerando os principais sinais e sintomas e os efeitos sobre os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, sendo estas organizadas em três campos de influência: vida pessoal, profissional e social da mulher grávida.

Foi atribuído o termo Campo para categorizar as perguntas relacionadas aos sinais e sintomas e sua interferência na vida pessoal, profissional e social. As questões trazem os principais sinais e sintomas a serem identificados e base teórica para sustentar teoricamente a relevância dos questionamentos a serem realizados à mulher grávida.

Vale destacar que as 23 perguntas para identificar os sinais e sintomas foram desenvolvidas com embasamento científico, considerando os principais fatores de risco da depressão no período gestacional.

Quadro 2–Análise de conteúdo

QUESTÃO	BASE TEÓRICA
CAMPO – Vida Pessoal	
1-Você se sente triste por estar grávida?	1- Muitas mulheres experimentam sérios problemas psicológicos durante a gravidez, a exemplo da tristeza, medo e angústia (MUÑOZ et al., 2016).
2-Você sente expectativas em relação ao bebê?	2- A gravidez pode ser vivenciada com o surgimento de sentimentos conflitantes tanto em relação ao bebê quanto à própria vida da gestante (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).
3- Você tem algum receio quanto à amamentação?	3- Amamentar significa o desencadeamento de conteúdos psíquicos latentes oriundos de situações conflitantes. O pré-natal evita dificuldades, uma vez que as orientações recebidas fortalecem a confiança e as capacidades maternas (MARGOTTI,2013).
4 - Você chora com frequência?	4- Entre 3 e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação, com choro frequente (DSM-V, 2013)
5- Você se sente irritada grávida?	5- Os níveis de estresse pode causar um componente psicológico de alto risco, tanto para a mãe como o neonato (RODRIGUES; SCHIAVO,

	2011).
6- Você se sente com baixa autoestima?	6- Para Maçola, Vale e Carmona (2010) cada mulher experiencia a gestação de forma única e particular, seja positiva ou negativa. Nesse aspecto, inclui-se a percepção da sua autoestima, fazendo-se necessário trabalhar a autoestima da grávida na assistência pré-natal.
7- Você tem se preocupado diariamente com os preparativos para a chegada do bebê?	7- A depressão pode acarretar para a mulher sintomas como cansaço, tristeza, preocupação excessiva, diminuição de interesses por atividades cotidianas de forma contínua (CAMACHO et al., 2006).
8- Você se sente desconfortável quando o bebê se move?	8- As transformações no corpo e no psicológico da mulher grávida são tão complexas e individuais que podem gerar medos, dúvidas e angústias (LEITE et al., 2014).
9- Você sente um medo incontrolável em relação à maternidade?	9- O sentimento de ser capaz de realizar a maternagem em todos os seus aspectos confere segurança à mulher, tornando-a menos vulnerável à depressão pós-parto, uma vez que um dos desencadeantes desse quadro é justamente o sentimento de incapacidade de cuidar do recém-nascido e de ser uma boa mãe, podendo gerar disfunções psíquicas desde a gravidez (BORTOLETTI et al., 2007).
10- Você se sente apoiada pelo pai do seu bebê?	10- Em estudo para avaliar os fatores associados a sintomas de depressão em gestantes, observou-se que a situação conjugal instável, ausência de um parceiro, falta de apoio social e o não planejamento da gravidez foram considerados fatores de risco (SANTOS; SANTOS; MONTEIRO, 2015).
11- Você pensa que nada de bom acontece na sua vida nesse momento?	11- Na depressão gestacional, normalmente, os sintomas prejudicam a saúde materna e fetal, pois, além das alterações no padrão de sono e no apetite, os pensamentos negativos, humor deprimido são predominantes (KLIEMANN, 2017).
12- Você sente vergonha ou medo de conversar sobre seus sentimentos a respeito dessa gravidez?	12- Faz-se importante desmistificar as expectativas quanto à representação social, temores, tabus e preconceitos que envolvem todo o ciclo gravídico-puerperal. A maioria das mulheres apresentam sentimentos ambivalentes na gestação, e dialogar sobre esses aspectos pode favorecer no entendimento e remissão de sensações desagradáveis, consequentemente aumentando a autoconfiança da grávida (NUNES et al., 2018).
13- Você se sente forçada ou obrigada a	14- O período da gestação desencadeia anseios na

enfrentar a gestação?	mulher, diante do processo de transição que ela vivencia, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajustamento em vários aspectos da sua vida (NUNES et al., 2018).
14- Você não tem se preocupado com você e com o seu bebê?	14- A gravidez é uma etapa caracterizada por diversas preocupações de caráter normativo, cujo conteúdo versa, com mais frequência, tópicos ligados especificamente à gestação. Estas preocupações são relativamente comuns e transversais ao grupo de grávidas, tendendo a não depender da sua idade escolaridade, ou situação profissional (NAZARÉ, et al., 2012).
15- As preocupações com a gravidez têm afetado o seu sono?	15- A depressão gestacional pode gerar sintomas que prejudicam a saúde materna e fetal como [...] alterações no padrão de sono [...] (KLIEMANN, 2017).
16- Você se sente culpada por estar grávida?	16- O estresse durante o período gestacional pode gerar importantes danos à saúde materna e, conseqüentemente, ao desenvolvimento fetal. A maioria das mulheres que vivenciam uma “gravidez indesejada”, sentem-se culpadas, pelo ocorrido, experienciando o impacto do estresse (ESPER; FURTADO, 2010).
17- Você tem percebido que não consegue se concentrar para tomadas de decisões a respeito da gravidez?	A sintomatologia ansiosa tem sido indicada, invariavelmente na literatura desde os anos 80, como a condição mais comum na mulher que vive a gravidez (CARMANEIRO, 2011).
18- Você aceita essa gravidez?	Para Carmaneiro (2011), o desejo de ter um filho e a decisão de engravidar são processos de longo prazo que incluem o permitir-se elaborar todo um desenvolvimento pessoal e relacional, aceitando, <i>a priori</i> que, depois desta experiência, a mulher estará internamente modificada e não vai voltar a ser uma pessoa singular.
CAMPO – Vida profissional	
19- Você pensa que a gravidez interfere negativamente na sua produtividade no trabalho?	19- Segundo Fiewski (2002) a mulher que trabalha durante a gestação deve ter a atenção voltada da equipe de saúde da empresa, pois o desenvolvimento da gravidez pode ser doloroso. Seja no primeiro trimestre (com os desconfortos, tais como: vertigens, sonolência e vômitos), ou no segundo trimestre (com o aumento do útero provocando alterações em outros órgãos), ou, ainda, no último trimestre (com o risco de parto prematuro) e no período do pós-parto, ocorrem

	grandes mudanças físicas e emocionais, que, somadas ao desenvolvimento do trabalho, podem tornar a gestação penosa e o retorno ao trabalho inviável, sem elencar o aumento de risco de acidentes por esses fatores.
20- Você pensa que esta gravidez pode te prejudicar financeiramente?	20- Os fatores de risco para a depressão na gravidez também incluem as dificuldades econômicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social (GOMES, et al., 2010).
21- Você pensa que não conseguirá conciliar o trabalho com a maternidade?	21- Entende-se que as grávidas da atualidade enfrentam problemas diferentes de outras épocas em consequência da sobrecarga para conciliar o trabalho fora de casa e a maternidade. As mulheres têm buscado alternativas, diminuindo o número de filhos, adiando a maternidade ou até mesmo optando por não tê-los, priorizando a carreira profissional (BARBOSA; COUTINHO, 2007).
22- Você pensa que pode ser demitida depois do nascimento do bebê?	22- Para Alves, Siqueira e Pereira (2018) a falta de renda e a espera por um novo membro para a família geram ansiedade pelo aumento dos gastos, principalmente entre aquelas mulheres que não têm um emprego formal e são economicamente inativas.
CAMPO – Vida social	
23- Você gosta de ser vista como grávida pelas pessoas?	23- Sentimentos de insatisfação, medo e insegurança são frequentemente identificados em gestantes. Elas não têm controle no processo gravídico, perdem a referência de um corpo que simbolizava uma condição de mulher independente e desejada. Situação que pode estar associada ao medo de que a experiência da maternidade a modifique como pessoa, e ela não mais consiga recuperar sua identidade (KLIEMANN, 2017).

De acordo com Pereira et al., (2010), a depressão está entre os principais problemas de saúde pública que mais causam incapacidade entre as pessoas em todo mundo. Por esta razão, faz-se importante rastreá-la no período gestacional para minimizar os prejuízos ocasionados à vida da mulher, seja no campo pessoal, profissional ou social.

Um dos períodos de maior predisposição da mulher a esse agravo é na gestação e puerpério. Portanto, fazem-se necessárias novas ferramentas para rastrear a patologia nas consultas de pré-natal.

Deve-se considerar que as vulnerabilidades psíquicas da gestação estão associadas às alterações hormonais e às transformações que ocorrem no corpo e até no psicológico, mudanças complexas e individuais que podem gerar medos, dúvidas, angústias e até curiosidades (LEITE et al., 2014). Faz-se necessário que a mulher reajuste sua vida pessoal e profissional, para conseguir lidar com as novas responsabilidades, pois o fator hormonal pode desencadear sentimentos desagradáveis, e, quando não tratados e reestruturados adequadamente, isso pode contribuir para a manifestação de quadros depressivos (SIMAS et al., 2013).

Trata-se de um período delicado na vida da mulher. Embora não seja uma doença, representa mudanças intensas no quesito fisiológico e psicológico, necessitando dos cuidados profissionais e familiares (REZENDE; SOUZA, 2012).

Durante a gestação, a mulher tem a oportunidade de redefinir o seu papel para assumir novas responsabilidades que fazem parte da sua nova identidade. Nessa fase, ela é vista por ela e pelos outros como um ser em transformação, necessitando reelaborar o seu luto infantil para o lugar materno. Para este processo acontecer, a mulher precisará reelaborar também seu relacionamento conjugal, profissional e financeiro, envolvendo ganhos e perdas, favorecendo, assim, sentimentos ambivalentes diante dessa nova experiência (ZANATTA; PEREIRA, 2014).

A gestação desencadeia anseios, diante do processo de transição que a mulher vivencia, envolve necessidade de reestruturação e reajustamento em vários aspectos da sua vida. O profissional que acompanha o pré-natal deve ter, entre seus objetivos, o de realizar uma escuta qualificada e orientar a paciente sobre alguns sentimentos desagradáveis, apresentando a mulher como estes surgem no decorrer da gestação, ficando atentos à intensidade e às consequências desses sentimentos na vida delas (NUNES et al., 2018).

Lidar com as expectativas na gestação é uma tarefa difícil, pois requer um certo controle das emoções, a exemplo de medos, angústias e incertezas sobre a vinculação com o bebê. É possível identificar, ainda nesse período, expectativas geradas em relação às possíveis dificuldades quanto à adaptação à nova rotina, estreitamento das relações sociais, diminuição do tempo para si e sobrecarga no trabalho (DEMARCHI et al., 2017). Tornam-se características, no ciclo gravídico, as necessidades associadas às mudanças fisiológicas e psicológicas, necessitando, muitas vezes, de compreensão e aceitação, tanto por ela como das pessoas do seu convívio (MENEZES, 2012).

É sabido que, na gestação, acontecem os preparativos para a chegada de um filho, sendo a mulher envolvida por múltiplos sentimentos relacionados ao novo ser e ao seu

desempenho enquanto mãe, fazendo-se necessária uma reelaboração de uma nova identidade (ZANATTA, PEREIRA; 2015). Deixar de lado as necessidades da mulher é um dos fatores que mais contribuem para uma baixa autoestima e sentimentos negativos durante esse período. O conceito de autoestima é elaborado pela própria pessoa desde a sua infância, e esses conceitos vão se reafirmando de acordo com as experiências vividas pelo indivíduo. Por isso, ao se difundir os desafios da maternidade, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior sua chance de sucesso nessa tarefa, e mais fortalecida será a sua autoestima (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Portanto, faz-se fundamental que o profissional compreenda e volte o seu olhar para as expectativas e mudanças que ocorrem na vida da mulher grávida, já que, muitas vezes, elas podem não estar preparadas para tais enfrentamentos, principalmente, quando se refere à intensidade das mudanças em sua vida, seu corpo e seu psicológico (DEMARCHI et al., 2017).

Verificam-se fatores de risco apontados em estudos a respeito dos agravos à saúde mental da mulher e verifica-se que, na contemporaneidade, estas assumem múltiplos papéis que vêm resultando em uma sobrecarga. Outro fator de risco está relacionado à baixa condição econômica ou ao desemprego, pois mulheres que vivenciam esta realidade enfrentam sofrimentos frequentes no período da gestação, de modo que a renda mensal e a ocupação podem favorecer tranquilidade ou instabilidade emocional para a gestante (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; BARBOSA; COUTINHO, 2007).

De acordo com Gomes et al. (2015), também é frequente o atendimento a gestantes solteiras que apresentam sentimentos de solidão e vergonha, além do relato de uma concepção não desejada. Sendo assim, a gestação passa a ser um evento traumático em suas vidas. Elas tendem a se sentir ressentidas em relação ao pai da criança, gerando sobrecarga emocional e física na gestação. Além disso, esse grupo refere sofrimento pelas dificuldades financeiras e dificuldade para se inserir no mercado de trabalho.

Desta forma, a falta de rede de apoio, seja do pai da criança ou da própria família, pode levar a mulher a um isolamento social e, conseqüentemente, à vulnerabilidade para a depressão. A ausência de uma rede de apoio reforça uma expectativa negativa e carência de cuidados para com a mãe, não atendendo a suas demandas emocionais (GOMES, et al., 2015). A rede de apoio presente auxilia no enfrentamento das transformações físicas, mentais e sociais, favorecendo o empoderamento da mulher grávida (MATOS et al., 2019).

Assim, a consulta pré-natal oferece oportunidade para o profissional identificar e analisar estrategicamente, os aspectos psíquicos, físicos e sociais da mulher, além de se

apresentar como oportunidade de diálogo e informações necessárias à gestante (LIMA, 2013). Nessa consulta, o profissional pode identificar de forma precoce sofrimentos psíquicos, sinais ou vulnerabilidade para depressão nesse período, fazendo-se indispensável uma escuta qualificada, transmitindo apoio, confiança e empatia às usuárias (MELO et al., 2011).

Fica claro que ações desenvolvidas por meio do acolhimento adequado às gestantes, por profissionais da Saúde, durante o pré-natal na rede de atenção básica, são de extrema importância, além do fato de que os mesmos possuem habilidades técnicas e científicas para a identificação de imediato dos sintomas da depressão, possibilidade de indicar o tratamento adequado, contribuindo para remissão ou diminuição da doença (ALDRIGHI et al., 2016).

Na gestação, a mulher necessita de um acolhimento integral, pois cada experiência nessa fase é tida como única e particular, seja de forma positiva ou negativa, e, dentro desse aspecto, inclui-se a percepção de si mesma e da sua autoestima (MAÇOLA; VALE, CARMONA; 2010).

Para Sardinha et al. (2019), uma forma de aumentar a confiança e habilidade da gestante é, no início do pré-natal, realizar uma série de procedimentos clínicos e educativos, promovendo saúde e identificando antecipadamente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito como forma de prevenir prejuízos e promover vínculo entre mãe e filho.

Destarte fazer uso de instrumento de rastreio para depressão na gestação possibilitará ao profissional de saúde intervir precocemente, permitindo um acompanhamento focal nas causas e sintomas da usuária. Sendo essa oportunidade para agir com antecedência na saúde das mulheres grávidas, destacando a importância do problema, bem como os mecanismos que devem ser usados para prevenir e iniciar tratamentos adequados, fazendo, assim, uma boa triagem durante a gravidez.

5 PRODUTO FINAL

A seguir, será apresentado o produto final, intitulado de Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional (IRDG), como produto da Dissertação do Mestrado Profissional.

Figura 2 – Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional

INSTRUMENTO DE RASTREIO DA DEPRESSÃO GESTACIONAL (IRDG)		
QUESTIONÁRIO		
PERGUNTAS	SIM	NÃO
1-Você se sente triste por estar grávida?		
2-Você sente expectativas em relação ao bebê?		
3- Você tem algum receio quanto à amamentação?		
4 - Você chora com frequência?		
5- Você se sente irritada grávida?		
6- Você se sente com baixa autoestima?		
7- Você tem se preocupado diariamente com os preparativos para chegada do bebê?		
8- Você se sente desconfortável quando o bebê se move?		
9- Você sente um medo incontrolável em relação à maternidade?		
10- Você se sente apoiada pelo pai do seu bebê?		
11- Você pensa que nada de bom acontece na sua vida nesse momento?		
12- Você sente vergonha ou medo de conversar sobre seus sentimentos à respeito dessa gravidez?		
13- Você se sente forçada ou obrigada a enfrentar a gestação?		
14- Você não tem se preocupado com você e com o seu bebê?		
15- As preocupações com a gravidez têm afetado o seu sono?		
16- Você se sente culpada por estar grávida?		
17- Você tem percebido que não consegue se concentrar para tomadas de decisões a respeito da gravidez?		
18- Você aceita essa gravidez?		
19- Você pensa que a gravidez interfere negativamente na sua produtividade no trabalho?		
20- Você pensa que esta gravidez pode te prejudicar financeiramente?		
21- Você pensa que não conseguirá conciliar o trabalho com a maternidade?		

22- Você pensa que pode ser demitida depois do nascimento do bebê?		
23- Você gosta de ser vista como grávida pelas pessoas?		
TOTAL DE PONTOS		

DIRETRIZES PARA QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL:

- Este é um questionário voltado para a saúde mental e emocional da mulher grávida, com o objetivo do rastreamento da depressão gestacional.
- A usuária tem o direito de interromper a qualquer momento o questionário, seja para esclarecimento de dúvidas ou caso não esteja se sentindo confortável para dar continuidade as respostas.
- Caso a mulher não seja alfabetizada o profissional em atendimento poderá auxiliá-la fazendo a leitura do questionário e fornecendo as opções de resposta.
- Deve-se deixar claro, o sigilo das respostas será mantido e respeitado.
- A leitura do questionário deve seguir na ordem de pergunta e opção SIM ou NÃO.
- Ao final do preenchimento das alternativas será apreendido o maior número de sintomas de acordo com as respostas fornecidas pela investigada, no campo TOTAL DE PONTOS, que deverá ser realizado pelo profissional em atendimento. Resultado final apontará para POSITIVO/NEGATIVO.

Obs.: Após a validação será apresentada diretrizes de acordo com o resultado final da pontuação, referente ao resultado final. Deve-se ressaltar que esta pontuação só existirá depois que a pesquisa de campo for executada, com o objetivo de validar o produto tecnológico, como também, depois que for testado em uma amostra para assim, analisar e determinar o meio de correção do instrumento com o fim dos resultados dos sintomas da usuária.

- Com o resultado final se a pontuação da usuária apontar para resultado **POSITIVO** para sinais e sintomas da depressão gestacional, a gestante deverá ser encaminhada para atendimento especializado com profissional da saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A valorização da atenção à saúde mental na atenção básica faz-se importante por antecipar a detecção de casos e interromper precocemente o processo de adoecimento mental entre os usuários. Entretanto, apesar da alta prevalência de sofrimento mental entre usuários atendidos nos serviços de saúde pública, ainda existem lacunas no rastreamento dos casos. Tal fato deve-se à dificuldade e à insuficiência de recursos para os profissionais identificarem os casos, disponibilizando a assistência necessária.

No período gestacional, esse quadro torna-se mais grave, uma vez que, no período gestacional, a assistência voltada à mulher prioriza os aspectos biológicos, ficando desassistidas, na maioria das vezes, quanto aos aspectos psíquicos. Outro fator que pode estar associado é a insuficiência e inexistência de recursos específicos para rastrear e diagnosticar a depressão gestacional, situação que pode resultar em prejuízos para a vida da mulher e da criança.

De acordo com estudos, não existem instrumentos desenvolvidos especificamente para rastrear a depressão na gestação, e, segundo pesquisadores, quando os instrumentos são validados em grupos homogêneos que apresentam características específicas, favorecem a identificação de agravos à saúde de forma precisa e suficiente para nortear com qualidade a assistência e todas as necessidades relacionadas ao agravo, a exemplo da depressão. Embora existam, na literatura, escalas de avaliação relacionadas ao estado de humor, não foram identificados instrumentos que contemplem todos os aspectos que interferem no desfecho da depressão gestacional.

Portanto, como contribuição para a área de saúde, apresenta-se, neste estudo, o Instrumento de Rastreamento da Depressão Gestacional (IRGD) a ser aplicado por enfermeiro e médico em consultas de pré-natal em serviços da Atenção Básica. Trata-se de um instrumento objetivo, elaborado especificamente para um grupo, com mensuração rápida, de fácil compreensão e de baixo custo, objetivando o rastreamento da depressão gestacional. O instrumento tem como proposta impactar positivamente na qualidade de vida de mulheres gestantes.

Como limitação para a realização desse estudo, aponta-se número limitado de estudos sobre a temática, em específico, ficando evidente a necessidade de novos estudos. Outra dificuldade foi o tempo para a conclusão do curso de mestrado, permitindo apenas a conclusão das duas primeiras etapas propostas por Pasquali, ficando em aberto para outro momento as etapas de validação de conteúdo por especialistas e validação do instrumento no

grupo populacional. Sendo assim, fica o desafio de validação do instrumento, pois se trata do desenvolvimento de tecnologia, por meio da qual é possível direcionar práticas mais assertivas em saúde, oferecendo melhor qualidade na assistência à mulher gestante.

Por fim, sugere-se que, ao final do processo de etapas que constituem para elaboração de um instrumento de rastreio, como a validação, seja feita uma apresentação do produto final para os gestores da saúde pública e, em seguida, uma capacitação dos profissionais quanto à aplicação do questionário para implementação do mesmo em unidades de saúde da família.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E.S.V, et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 29, n.6, p.664-70, 2016.

ALDRIGHI, J.D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3. p.512-521, jun., 2016.

ALMEIDA, N. M. de C.; ARRAIS, A. da R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2020.

ALMEIDA, N.M.C; ARRAIS, A.R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão.** v. 36 n.4, pp.847-863, 2016.

ALVARADO, R.; PERUCCA, E.; NEVES, E.; ROJAS, M.; MONARDES, J.; OLEA, E E.; VERA, A. Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**, v.58, n.2, p.135-141, 1993.

ALVES, J.S.; SIQUEIRA, H.C.H.; PEREIRA, Q.L.C. Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes. **J nurs health.**, v. 8, n.3, p. 188-307, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13621/8942>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

AMARAL, L.J.X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 127-134, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2020.

AMARAL, M.S; GONCALVES, C.H; SERPA, M.G. Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática Psi em uma Unidade de Saúde da Família. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 484-495, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2019.

ANJOS, N. M.; LIMA, I.C.S. **Delineamento dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão na gravidez e os cuidados do pré-natal.** Anais do 13º Simpósio de TCC e 6º Seminário de IC da Faculdade ICESP. 2018(13); 1975-1987.

APA. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™** (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc, 2013.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5** (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014.

ARDISSON CIRINO CAMPOS, F.A.; BIASOTTO FEITOSA, F. Elaboração de um protocolo para o diagnóstico da depressão. **Enfermeria: Cuidados Humanizados**, [S.l.], v. 6, n. 2, oct., 2017.

ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F.; SCHIAVO, R.A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Rev. Psicol. Saúde** [online], v.11, n.2, pp. 23-34. 2019.

ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.19, n.1, p. 103-116, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007>. Acesso em: 5 out. 2019.

ARRAIS, A. R.; MOURAO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde soc.** [online]. v. 23, n.1, pp.251-264, 2014.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 *Ltda*, 1979. 229 p. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/251-268-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20jan. 2020.

BARROS, V. C.; SANTOS, J. F. C.; LIMA, L. A.; FONSECA, D. L.; LOVISI, G. M. Depressão e apoio social em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. 2013.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORTOLETTI F. F.; TIRADO, M. C. B. **Psicologia na prática obstétrica**. São Paulo: Manole, 2007.

BORTOLETTI, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: MORON, A. F.; BORTOLETTI, F. F.; BORTOLETTI, J. Filho; NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M.; MATTAR, R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2007a. pp. 37-46.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 143 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Brasília, DF, 2012.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano (Caderno de Atenção básica, 39)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014.

BRASIL, R. F. G.; SILVA, M. J.; MOURA, E. R. F. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. esc. enferm.USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

CAM, P. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo (SP): Coren, 2015.

CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CAMARNEIRO, A.P.F. **Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação**. (Tese). Doutorado. Universidade de Lisboa, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6526/6/ulsd062931_td_tese.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2020.

CAMPOS, F.A.A.C. **A Elaboração do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adultos (PDDA): Uma experiência no CAPS II**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho - RO, 2015.

CARDILLO, V.A; OLIVEIRA, L.C.Q; MONTEIRO, J.C.S; GOMES-SPONHOLZ, F.A. Identificação de Sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Rev. Eletr. Enf.**, 2016.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão Psicol. **Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/20359-35195-1-SM.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CASSEL, E. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1991.

CATUNDA, H.L.O. et al. **Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos**. Enferm, 2017.

CHIATTONE, H.B.C. **Assistência psicológica de urgência**. In: MORON, A. F.; BORTOLETTI, F. F.; BORTOLETTI FILHO, J.; SANTANA, R. M.; MATTAR, R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar Barueri**, SP: Manole, 2007, pp. 52-59.

CID-10. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CINTRA, M.S.; BERNARDO, M.H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, dez., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400883&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 3, p. 381-398, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CONTRADIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F.; LOUISE, D.J.; POTVIN, L.D. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997.

CONTRADIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F.; LOUISE, D.J.; POTVIN, L.D. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997.

CORDEIRO, S.N. et al. Contribuições da Psicologia à Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher: Relato de Experiência. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 100-115, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

COSTA, Daisy Oliveira et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300691&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr. 2020.

COSTA, R.A.; MOREIRA, M.I.B. Formação interprofissional em saúde e o acolhimento a situações limites: compreensão do fenômeno do suicídio. **Mental**, Barbacena, v.11, n.21, p.378-395, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2019.

CRISTONI, S.M.B. **O Projeto Terapêutico Singular na construção do cuidado em saúde mental**. Marília, 2018. Disponível em: <<ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6584>>. Acesso em: 2 out. 2019.

DAHER, A.S; BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. Aspectos relevantes da depressão na gravidez e dos transtornos pós-parto. **Psico-USf**, v.4, n.1, p. 77-89, 1999.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2008.

DEMARCHI, R.F.; NASCIMENTO, V.F.; BORGES, A.P. et al. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n.7, p. 2663-73, jul., 2017.

DUAILIBI, K.; SILVA, A.S.M; JUBARA, C.F.B. **Como diagnosticar e tratar Depressão**. Moreira Jr. Editora. 2016.

ERRELLA, A.C. O cotidiano do psicólogo em um núcleo de apoio à saúde da família: relato de uma experiência. **Pesqui. prá. Psicossociais**, São João del-Rei, v.12, n.1. set., 2017.

ESPER, L.H.; FURTADO, E.F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 6 (Especial): 368- 86, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38723/41576>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

FAISAL, C.A.; MENEZES, P.R. A depressão pré-natal prediz fortemente a depressão pós-parto nos cuidados primários de saúde. **Rev. Bras Psiquiatria**, 2012.

FALCONE, V.M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Centro de Promoção e Atenção à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 4, 2005.

FARINHA, M.G.; SOUZA, T. M.C. Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento sócio-clínico. **Revista da SPAGESP**, v.17, n.1, p. 65-79, 2016.

FIEWSKI, M.F.C. **Trabalho feminino industrial e gravidez: Avaliação dos fatores de risco e seus impactos à saúde e ao processo de trabalho**. (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82841/190531.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

FREITAS G.L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Electr. Enf.** [Internet]. v.11, n.2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 8 out. 2019.

GIAVONI, A. et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p. 975-982, may, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

GOMES, A. G. et al. Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 399-411, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 jan. 2020.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V.S.; FEITOZA, A.R. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, 2010, pp. 117-123 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027973013.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

GONCALVES, A.M.C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.** [online]. v. 67, n.2, pp.101-109, 2018.

GONÇALVES, D.A.; MARI, J.J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C., TÓFOLI, L.F.; et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.3, p.623-632, 2014.

GONÇALVES, L.O.; FARINHA, M.C.; GOTO, T.A. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.** Goiânia, v. 22, n. 2, dez, 2016.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. et al. Inventário de depressão de beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. psiquiatr. Clín.**, Brasília, n. 25, p. 245-50, 1998.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineamento de pesquisa clínica.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.

JARDE, A; MORAIS, M, Kingston D., et al. Resultados neonatais em mulheres com depressão pré-natal não tratada em comparação com mulheres sem depressão. Uma revisão sistemática e meta-análise. **JAMA Psiquiatria**;v.73, n. 8, p. 826-837, 2016.

KIDD, M. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA).** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KLIEMANN, A. **Sintomas depressivos na gestação:** fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2017.

KRIPPENDORFF, K. **Metodología de análisis de contenido.** Teoría y Práctica. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A. 1990.

KROB, A.D.; GODOY, J.; LEITE, K.P.; SAMANTHA, G.M. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, Foz do Iguaçu, v. 9, n. 3, p. 3-16, set./dez, 2017.

LAM, N. et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. **An. Fac. med.**, Lima, v. 70, n. 1, p. 28-32, marzo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

LEAHY, R.L. **Regulação emocional em psicoterapia [recurso eletrônico]: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Trad.: Ivo Haun de Oliveira; revisão técnica: Irismar Reis de Oliveira. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEANDRO, A.F.S. **Como gerir o stress e a depressão na gravidez?**. Dissertação de mestrado integrado em medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2016.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LEITE, S.S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

LIED, A.P.P.M. **Saúde mental de gestantes e puérperas na atenção básica: a construção de um guia informativo**. Dissertação (Mestre em Saúde Materno Infantil) – Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil – Universidade Franciscana – UFN, 2018. Disponível em: <http://tede.unifra.br:8080/bitstream/UFN-BDTD/752/5/Dissertacao_AnaPaulaPalmeiraMarquesLied.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2020.

LIMA, M.O.P.; TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul Enferm.**, v.30, n.1, p.39-46, 2017.

MACOLA, L.; VALE, I.N.; CARMONA, E.V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 570-577, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MAEDER, B.J.; HOLANDA, A.F.; COSTA, I.I. da. Pesquisa qualitativa e fenomenológica em saúde mental: o mapeamento como método descritivo proposto. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 35, e35439, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100539&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MAIA, V.K.V. et al. Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n.3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300406&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital, 2013.

MANUAL. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 5. ed. rev. Porto Alegre, Artmed, 2013.

MANUAL. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 5. ed. rev. Porto Alegre, Artmed, 2013.

MARTINS, C.S.R. **Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS**. (Dissertação) Programa de Pós-graduação em Saúde Comportamento - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2014.

MATOS, G.C.; SOARES, M.R.; ESCOBAL, A.P.L. et al. Rede de apoio familiar à gravidez e ao parto na adolescência: uma abordagem moscoviciana. **J. nurs. health.**, v. 9, n. 1, p.199, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12754/9192>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MEDEIROS, R. K. da S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2020.

MEIRA, B.M.; PEREIRA, P.A.S.; SILVEIRA, M.F.A.; GUALDA, D.M.R.; JÚNIOR, H.P.O.S. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **Enferm, Florianópolis**, v. 24, n. 3, p. 706-12, jul-set., 2015.

MELLO, M.F. Depressão e fatores estressores. **Rev. Depressão em pauta**, v.1, n.2, p. 13-14, 2014.

MELO, A.K. et al. Alice no País das Maravilhas: a experiência de depressividade no diálogo entre gestalt-terapia e psicopatologia fenomenológica. **Memorandum**, n.34, p. 150-170, 2018.

MENEZES, L.O. et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28 n.10, Rio de Janeiro, 2012.

MOLINA, M.R.A.L et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. psiquiatr. Clín.** v.39, n.6, p.194-197, 2012.

MORAES, E.V.; CAMPOS, R.N.; AVELINO, M.M. Sintomas Depressivos na Gravidez: A Influência de Aspectos Sociais, Psicológicos e Obstétricos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.38, n.6, 2016.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <<http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/60815562/Analise%20de%20conte%C3%BAdo.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

MURATA, M.; LIMA, M. O. P.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, p. 194-200, 2012.

NASCIMENTO, M.H.M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal:** Estudo de Validação. Belém, 2012.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M.C. **Avaliação das preocupações sentidas durante a gravidez:** Estudos psicométricos da versão portuguesa da Cambridge Worry Scale (CWS). Laboratório de Psicologia. 2013. Disponível em: <<https://eg.uc.pt/bitstream/10316/20636/1/Artigo.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

NUNES, G.S.; LEITE, K.N.S.; LIMA, T.F.A. et al. Sentimentos vivenciados por primigestas. Português/Inglês **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n.4, p. 916-22, abr., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231096/28631>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OLABUÉNAGA, J.I.R.; ISPIZUA, M.A. **La descodificación de la vida cotidiana:** métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

OLIVEIRA, F. et al. Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n.2, e4900016, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200502&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1998.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.** Brasília, DF, 2017.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica:** Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiátrica Clínica**, v.5, n. 25, p. 206-213, 1998.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2010.

PEREIRA, P.K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v.37, n. 5, 2010.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiq Clín.** v.35, n. 4, p. 144-53. 2008.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2020.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011, p. 669.

POLIT, D. F; BECK, C, T; HUNGLER, B. P. **Análise quantitativa.** In: POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004, p.167-98.

POWELL, V.B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I.R.; SUDAK, D.. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatria**,v.30, pp.s73-s80, 2008.

REZENDE, C.L.; SOUZA, J.C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo in Formação.** v. 16, n, 16 jan./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3852/3476>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

RODRIGUES, O.M.P.R.; SCHIAVO, R. de A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2020.

RODRIGUEZ-MUNOZ, M. da F. et al. Prevenção de depressão perinatal. **Clínica e Saúde, Madri**, v. 27, n. 3, p. 97-99, novembro 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000300001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2020.

- RONSONI, R.M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2015.
- RUSCIO, A M; RUSCIO, J. **The latent structure of analogue depression:** should the Beck Depression Inventory be user to classify groups? *Psychol*, 2002.
- SANTOS, A.B.; SANTOS, K.E.P.; MONTEIRO, G.T.R. et al. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enferm.** v.20, n. 2, p.389-96, 2015.
- SARDINHA D.M.; MACIEL, D.O.; GOUVEIA, S.C. et al. Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n.3, p. 852-7, mar., 2019. Disponível em: <file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/238361-136441-1-PB.pdf>. Acesso em: 20jan. 2020.
- SCORSOLINI, C.F. Plantão Psicológico Centrado na Pessoa: Intervenção Etnopsicológica em Terreiro de Umbanda. **Temas em Psicologia**,2014.
- SILVA, A.M. **Atenção ao Pré-Natal, Parto e Pós-Parto na Perspectiva de mulheres Atendidas na Rede Cegonha.** Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/867017.pdf>. Acesso em: 2 out. 2019.
- SILVA, M.T; GALVAO, T.F; MARTINS, S.S; PEREIRA, M.G. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2014.
- SIMAS, F.B.; SOUZA, L.V; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Psicol. teor. Prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-34, abr. 2013.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**; Minas Gerais, 2013.
- TEIXEIRA, R.A. et al. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 1, p. 151-158, fev. 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200151&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2019.
- THIENGO, D.L. et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012.
- VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 129-139, 2010.

VIEIRA, AC, et al. Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. **Texto Contexto Enferm**, 2016.

WENCESLAU, L.D. **Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde no Brasil**: um estudo de caso sobre os cuidados às pessoas com sintomas depressivos na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro, 2017.

WHO. World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

WHO. World Health Organization. **Health topics**: Depression. Geneva: WHO, 2015.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R. Ela enxerga em ti o mundo: a experiência da maternidade pela primeira vez. **Temas psicol.** [online]. 2015, v.23, n.4, pp. 959-972. 2015. ISSN 1413-389X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-12>>. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400013&lng=pt&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 20jan. 2020.