

Protocolo de Atenção Psicológica Hospitalar à Crise em Saúde Mental no Período Perinatal

Hospital Psychological Care Protocol for Mental Health Crises in the Perinatal Period

Protocolo de Atención Psicológica Hospitalaria para Crisis de Salud Mental en el Periodo Perinatal

RESUMO

Objetivo: Apresentar propositura de protocolo de atenção psicológica à crise em saúde mental de gestantes e puérperas hospitalizadas. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, sobre um protocolo assistencial construído, como produto derivado do trabalho da psicóloga em Hospital-Maternidade. **Resultados:** O protocolo compõe nove etapas: acolhimento focal emergencial; conduzir a paciente para ambiente calmo, seguro; escuta ativa, atenta, compreensiva; exame psíquico, avaliação psicológica; identificar/adotar estratégias de enfrentamento adaptativas; não deixar a paciente sozinha, tentar mantê-la em segurança até estabilizar; escuta sensível do acompanhante/familiar; discussão do caso com equipe de saúde; registro no prontuário eletrônico e notificação da violência. **Conclusão:** A atenção à crise em saúde mental no período perinatal conclama: visão caleidoscópica, holística, integral; postura ética-estética-ativa-crítica-sensível-empática; legitimar sofrimento, idiosincrasias invisibilizadas, experiência sui generis, tríade paciente-equipe-acompanhante/familiar; coprodução em rede.

DESCRIPTORES: Protocolo de tratamento; Intervenção em crise; Assistência em saúde mental; Cuidado perinatal; Hospital Maternidade.

ABSTRACT

Objective: To present a proposal for a psychological care protocol for the mental health crisis of hospitalized pregnant and postpartum women. **Method:** A descriptive, qualitative study of a care protocol developed as a product of the psychologist's work in a maternity hospital. **Results:** The protocol comprises nine stages: emergency focal reception; taking the patient to a calm, safe environment; active, attentive, understanding listening; psychic examination, psychological assessment; identifying/adopting adaptive coping strategies; not leaving the patient alone, trying to keep her safe until she stabilizes; sensitive listening to the companion/family member; discussion of the case with the health team; recording in the electronic medical record and notification of the violence. **Conclusion:** Attention to the mental health crisis in the perinatal period calls for: a kaleidoscopic, holistic, integral vision; an ethical-aesthetic-active-critical-sensitive-empathetic stance; legitimizing suffering, invisible idiosyncrasies, a sui generis experience, a patient-team-accompanying person/family triad; co-production in a network.

DESCRIPTORS: Clinical protocols; Crisis intervention; Mental health assistance; Perinatal care; Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Presentar propuesta de protocolo de atención psicológica a la crisis de salud mental de gestantes y puérperas hospitalizadas. **Método:** Estudio descriptivo y cualitativo de un protocolo de atención desarrollado como producto del trabajo de la psicóloga en un hospital de maternidad. **Resultados:** El protocolo consta de nueve etapas: recepción focal de emergencia; llevar a la paciente a un ambiente tranquilo y seguro; escucha activa, atenta y comprensiva; exploración psicológica, valoración psicológica; identificación/adopción de estrategias adaptativas de afrontamiento; no dejar sola a la paciente, intentar mantenerla a salvo hasta que se estabilice; escucha sensible al acompañante/familiar; discusión del caso con el equipo sanitario; registro en la historia clínica electrónica y notificación de la violencia. **Conclusión:** La atención a la crisis de salud mental en el periodo perinatal requiere: visión caleidoscópica, holística, integral; postura ética-estética-activa-crítica-sensible-empática; legitimar el sufrimiento, la idiosincrasia invisible, una experiencia sui generis, una tríada paciente-equipo-acompañante/familia; coproducción en red.

DESCRIPTORES: Protocolos clínicos; Intervención en la crisis; Atención a la salud mental; Atención perinatal; Maternidades.

RECEBIDO EM: 19/05/2025 APROVADO EM: 05/06/2025

Como citar este artigo: Barbosa VRA. Protocolo de Atenção Psicológica Hospitalar à Crise em Saúde Mental no Período Perinatal. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(97):16140-16151. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i97p16140-16151

**Valéria Raquel Alcantara Barbosa**

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Psicóloga da Maternidade Dona Evangelina Rosa, Secretaria de Estado da Saúde do Piauí/Associação Reabilitar.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9281-740X>

INTRODUÇÃO

Crise em saúde mental engendra um conceito amplamente utilizado na prática clínica e na pesquisa científica, hegemonicamente na literatura sobre saúde mental e em disciplinas diversas dos campos da saúde e das ciências sociais. De natureza complexa e multifacetada, atravessado pela influência de fatores sociais e estruturais, é um fenômeno que postula abordagem sistêmica, interseccional, holística⁽¹⁾, na assistência a situações de urgência/emergência e produção do cuidado em rede (RAPS)⁽²⁾.

Situações de crise em saúde mental, transtorno mental, uso de álcool e/ou outras drogas, autolesão sem intenção suicida, tentativa de suicídio e vitimização por violência interpessoal, circunscrevem graves fatores de risco no ciclo gravídico-puerperal para o binômio mãe-bebê⁽³⁾. Nesse sentido, se destacam como transtornos mentais mais comuns no período perinatal⁽⁴⁾, transtorno de adaptação, transtornos depressivos e de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, transtorno de personalidade, transtorno afetivo bipolar, psicose puerperal⁽⁵⁾. Aliás, transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias constituem a principal causa de morte materna evitável durante a gestação, até o primeiro ano pós-parto⁽⁶⁾; ao passo que concorrem significativamente para desfechos adversos neonatais, do bebê e da criança⁽⁴⁾.

Uma combinação de fatores bioló-

gicos, psicológicos e sociais tornam o período perinatal particularmente desafiador para o risco elevado de transtornos mentais. Os transtornos mentais perinatais podem resultar de agravamento de doença psíquica preexistente; eclodir na gravidez ou no puerpério, como recidiva de prévia condição; ou, ser o primeiro episódio de um quadro psiquiátrico⁽⁷⁾.

Evidências generalizadas atestam o ônus e o impacto dos transtornos mentais sobre pacientes, cuidadores, sociedade⁽⁸⁾. Assim, gestantes e puérperas com condições de saúde mental moderadas a graves carecem de intervenções supervisionadas por especialistas em saúde mental⁽⁹⁾. Porém, o medo do encaminhamento para esses serviços pode fazer com que elas se sintam inibidas, receosas de buscar ajuda e revelar sobre a doença mental⁽⁵⁾.

Nesse intrincado panorama, é fulcral a integração dos serviços de saúde materno-infantil, para garantir que as mulheres recebam cuidado oportuno. Isso significa criar rotas claras de atenção a gestantes e puérperas que requerem cuidado em saúde mental; fazer a gestão dos casos e encaminhar tais pacientes para serviços especializados de saúde mental, sejam formais ou informais⁽⁹⁾. A propósito, tecnologias, técnicas e práticas de atenção à crise em saúde mental são potentes para fabricação de novos agenciamentos, respostas sociais e movimentos plurais de abordagem construídas em rede, abalizadas sob a ótica da transversalização do saber-poder en-

tre profissionais e usuários. Para isso, é substancial o envolvimento de serviços comunitários de saúde, leitos de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgências/emergências e rede intersetorial⁽²⁾.

Os protocolos se notabilizam como ferramentas de sistematização do uso de tecnologias de saúde (incluindo, procedimentos, medicamentos, equipamentos e recursos de saúde), para organização das práticas assistenciais, com ênfase nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que melhor se enquadrem às demandas específicas nos serviços⁽¹⁰⁾; cuja aplicabilidade produz efeitos sociais, clínicos, políticos sobre os processos de cuidado⁽²⁾. Consequentemente, a atenção psicológica à crise em saúde mental exige planos de trabalho bem definidos em protocolo, tal e qual intervenções assistenciais adaptadas aos contextos de emergência e promoção do cuidado⁽¹¹⁾. Dessarte, este estudo tem por objetivo apresentar a propositura de um protocolo de atenção psicológica à crise em saúde mental de gestantes e puérperas hospitalizadas em leitos de saúde mental.

MÉTODO

Estudo descritivo, qualitativo, referente à construção de um protocolo de atenção psicológica à crise em saúde mental no período perinatal, como produto inovador, derivado do trabalho profissional individual da psicóloga, componente da equipe técnica de

referência para atenção especializada a gestantes e puérperas internadas em leitos de saúde mental, em Maternidade pública de ensino e alta complexidade, situada em Teresina, Piauí, Brasil, desde o ano de 2022.

RESULTADOS

O protocolo de atenção psicológica à crise em saúde mental no período perinatal compõe nove etapas, as quais estão citadas na Figura 1, que esquema-

tiza e sumariza o produto resultante. O elemento gráfico foi criado com auxílio do Microsoft Word. Os detalhamentos atinentes estão expostos na sequência.

Figura 1 - Protocolo de atenção psicológica à crise em saúde mental no período perinatal, em Maternidade de alta complexidade, situada em Teresina, Piauí, Brasil.

1. Acolhimento focal emergencial, mediante contato psicológico empático, gentil, respeitoso e sem julgamento.				
2. Conduzir a paciente para ambiente calmo, seguro e silencioso (sempre que possível), onde ela possa se sentir protegida, apoiada.				
3. Escuta ativa, atenta e compreensiva, com abordagem não confrontativa; estimulando-se a fala sobre conteúdos angustiantes.				
4. Exame psíquico e avaliação psicológica, abalizados no diagnóstico <u>multiaxial</u> (reacional, médico, situacional e transferencial).				
5. Ajudar na identificação e adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas, diante da situação de crise psíquica evidenciada:				
Crise Psicossocial - Auxiliar na expressão e validação de emoções; - Facilitar <i>insights</i> sobre o evento estressor associado à eclosão da crise; - Focalizar a autonomia e estratégias de <i>coping</i> ante o sofrimento, a notícia difícil sobre perda e/ou óbito.	Crise Psiquiátrica Agir com paciência, firmeza, sem movimentos bruscos. Utilizar a Técnica de Desescalada Verbal⁽¹²⁾: 1. Respeitar a paciente e o seu espaço pessoal; 2. Não provocar a paciente; 3. Estabelecer contato verbal; 4. Ser concisa(o); 5. Observar desejos, sentimentos; 6. Ouvir atentamente; 7. Concordar em princípio (após, pode-se discordar); 8. Adotar regras e limites claros; 9. Oferecer opções e otimismo; 10. Informar a paciente e a equipe.	Crise Psicossomática - Abordagem holística, valorizando-se a comunicação verbal e não-verbal; - Auxílio na expressão de cognições, percepções, emoções, dores psíquicas e corporais emergentes; - Sondar estressores precipitantes; - Focalizar perdas reais e simbólicas.	Crise de Craving/ Fissura - Manter ambiente iluminado, sem ruídos; - Validação empática do sofrimento; - Respiração diafragmática; - Manter vigilância, manejo do medo, da ansiedade, da tranquilização.	Crise correlacionada a Violência Interpessoal/ Autoprovocada - Encorajar à expressão do sofrimento tocante à violência vivenciada; - Refletir sobre cognições, sentimentos ambivalentes; - Tolerar a ambivalência e explorar alternativas de enfrentamento, valorização da vida e prevenção do suicídio; - Reduzir acesso a meios letais.
6. Assegurar-se de que a paciente não seja deixada sozinha e tentar mantê-la em segurança até a estabilização psíquica.				
7. Escuta sensível do acompanhante/familiar, para suporte psicoemocional, psicoeducação, estímulo à participação ativa no cuidado.				
8. Discussão do caso clínico com a equipe de saúde, com ênfase no Projeto Terapêutico Singular e na longitudinalidade do cuidado.				
9. Registro no prontuário eletrônico e da notificação de violência interpessoal/autoprovocada (ante a suspeita ou confirmação).				

Fonte: Barbosa (2025).

A primeira etapa envolve acolhimento focal emergencial, mediante contato psicológico empático, gentil, respeitoso, sem julgamento. Almeja-se criar ambiente propício para que a paciente se sinta confortável, compreendida. De maneira consequente, favorece-se a relação colaborativa e a confiança mútua, próprios da aliança terapêutica.

A segunda etapa consiste em conduzir a paciente a ambiente calmo, seguro, silencioso (sempre que possível), onde possa se sentir protegida, apoiada. Como efeito, propicia-se a confiança,

permitindo que compartilhe informações sobre o sofrimento vivido.

Na terceira etapa, oferece-se escuta ativa, atenta, compreensiva, reflexiva, com abordagem não confrontativa, estimulando a paciente a falar sobre conteúdos angustiantes. Então, é fundamental a comunicação pautada por tom de voz sereno e não ameaçador, a fim de encorajar a gestante ou puérpera a compartilhar seus sentimentos, sofrimento, dores e preocupações. Consequentemente, as informações referidas pela mulher podem auxiliar na estruturação de um plano de cuidados adequado às

suas reais necessidades.

Na quarta etapa efetua-se exame psíquico e avaliação psicológica, abalizados no diagnóstico multiaxial (reacional, médico, situacional, transferencial) e na abordagem holística, focalizando-se sintomas psíquicos, estratégias de coping utilizadas em circunstâncias de crise em saúde mental, como também, o protagonismo, a participação ativa da paciente e da sua rede de apoio na coprodução do cuidado em saúde mental⁽¹³⁾.

A quinta etapa dedica-se a ajudar a paciente a identificar e adotar estraté-

gias de enfrentamento adaptativas, ante a crise vivida, seja relativa à *crise psicossocial, crise psiquiátrica, crise psicossomática, crise de craving/fissura, à vitimização por violência interpessoal ou à violência autoprovocada*.

A sexta etapa prioriza assegurar-se de que a paciente não seja deixada sozinha e tentar mantê-la em segurança até a estabilização do quadro de crise. Para tal, é indispensável mantê-la sob observação constante, evitando que fique em ambientes isolados ou desprotegidos. Pode incluir o acompanhamento direto pela psicóloga, para prestar suporte psicoemocional assertivo/sensível e vigilância em saúde mental. Assim, recomenda-se ambiente tranquilo, livre de potenciais gatilhos, tais como, discussões, estressores, objetos que constituem risco para autolesão ou violência interpessoal.

Na sétima etapa, oferta-se escuta ativa, acolhedora, sensível ao acompanhante e/ou familiar, proporcionando suporte psicoemocional, psicoeducação, apoio, aconselhamento psicológico, estímulo à participação ativa na coprodução do cuidado em saúde mental. Por consequência, estima-se robustecer a parceria colaborativa e o apoio mútuo entre a tríade paciente-equipe-acompanhante/familiar, de forma empática e informada, essenciais para o sucesso do tratamento.

A oitava etapa diz respeito à discussão do caso clínico com a equipe de saúde, sendo momento estratégico para a coprodução do projeto terapêutico singular, personalizado, centrado na paciente. Sua consubstancialização pressupõe corresponsabilidade, enfoque holístico; exige reconhecimento das interseccionalidades e vulnerabilidades psicossociais inerentes, com ênfase no manejo imediato da crise e na longitudinalidade do cuidado.

A nona e última etapa do processo destina-se ao registro da evolução psicológica no prontuário eletrônico da paciente, via Sistema MV®, após o cumprimento da intervenção, com inclusão da assinatura e do carimbo contendo

nome completo e número de inscrição da profissional no Conselho Regional de Psicologia. Em seguida, guarda-se o documento impresso no prontuário físico. Nos casos de suspeita ou confirmação de vitimização por violência interpessoal ou autoprovocada, também, registra-se a notificação compulsória.

DISCUSSÃO

Em nossa sociedade, e nos próprios estabelecimentos de saúde, o estigma associado a problemas de saúde mental repercute negativamente na disposição de gestantes e puérperas em buscar ajuda defronte dificuldades psíquicas⁽¹⁴⁾, devido ao medo do julgamento social, que as rotularia como incapazes de cuidar do filho, ou de, eventualmente, perder a guarda do bebê. Côncio dessas circunstâncias, é fundamental que os serviços de saúde ofereçam ambiente acolhedor, onde essas mulheres se sintam seguras, respeitadas, ouvidas ao compartilharem suas angústias⁽¹⁵⁾. Para tanto, não devem adotar estruturas rígidas, inflexíveis, descontextualizadas. Ao contrário, é imprescindível que incorporem abordagens culturalmente sensíveis, empáticas, criativas no cuidado ao sofrimento psíquico, aos transtornos mentais, ao uso de álcool e/ou outras drogas⁽¹⁶⁾. Categoricamente, devem assumir compromisso com a oferta de cuidado de saúde mental perinatal mais inclusivo⁽¹⁷⁾ e com a erradicação do estigma, que coloque em primeiro plano o bem-estar e a dignidade das pacientes, de seus filhos e respectivas famílias⁽¹⁸⁾.

Considerando-se que pacientes no período perinatal têm risco mais elevado de sofrimento psíquico, surgimento ou agravamento de doenças mentais, o ambiente obstétrico hospitalar configura espaço crítico para oferecer avaliação, educação e uma ampla gama de intervenções baseadas em evidências, mormente, ante situações de crise⁽¹⁹⁾. Adicionalmente, nos períodos anteparto e pós-parto, práticas correlatas concorrem com melhores condições de

saúde mental e bem-estar para a mulher e o bebê⁽²⁰⁾.

Situações de crise em saúde mental no período perinatal demandam intervenções direcionadas às peculiaridades dessa fase, com ênfase na psicoeducação, no aconselhamento, no fortalecimento das redes de apoio e incentivo à participação em atividades que promovam bem-estar⁽⁹⁾. Especificamente, o exame holístico no contexto do cuidado em saúde mental perinatal exige consideração da intrincada relação entre diagnósticos de saúde mental e fatores psicossociais próprios à experiência da paciente, sobretudo, alusivos a problemas de relacionamento, dinâmicas familiares, redes de apoio, estressores ambientais⁽²¹⁾. Por exemplo, a prevenção de suicídio e overdose no período perinatal requer cuidado ancorado em estratégias baseadas em evidências e nos princípios da redução de danos. Nessa lógica, são essenciais avaliações matizadas, adaptadas às necessidades das pacientes. Isso implica enfoque abrangente, para além da categorização diagnóstica, que esteja atento a fatores contextuais e estressores graves, tais como, desafios no exercício da maternidade, déficit de sono, violência por parceiro íntimo⁽²²⁾.

Minuciosamente, a atenção à crise em saúde mental reclama abordagem holística, que valorize a pessoa em sofrimento e a vivência de seus familiares⁽¹⁾. Logo, é axiomático o valor do cuidado colaborativo e centrado na paciente, o incremento de programas de qualificação profissional e o fortalecimento de políticas que priorizem a saúde mental materna, tal qual de reformas sistêmicas que ampliem a disponibilidade de recursos, reduzam o estigma e promovam o trabalho em equipe interdisciplinar⁽¹⁴⁾.

Atesta-se a magnitude da qualificação das equipes técnicas e do aprimoramento das diretrizes assistenciais, incorporando discussões sobre saúde mental perinatal, de modo que as pacientes recebam orientações claras quanto aos cuidados de que necessitam⁽²³⁾. Outros-

sim, é fundamental que os profissionais responsáveis pelo cuidado especializado em saúde mental perinatal sejam treinados para “pensar na família” e para atuar na lógica do curso de vida, cientes dos impactos da gravidez e das dinâmicas familiares⁽⁴⁾.

A competência relacional dos profissionais de saúde mental é atributo essencial para a promoção de cuidados de alta qualidade. De natureza holística e multifacetada, incorpora e interliga quatro componentes: (1) capacidade de autorreflexão e autorregulação; (2) interesse genuíno em compreender a pessoa; (3) envolvimento numa interação recíproca com a paciente; (4) ir ao encontro da pessoa adoecida, para que ela se sinta valorizada. Sua concretização exige habilidades para comunicação aberta com pacientes, acima de tudo, nos processos de tomada de decisão; oferta de calor humano, humor, flexibilidade, apoio; criação de atmosfera segura em situações de estresse. Por conseguinte, denota que a aliança terapêutica entre pacientes e profissionais esculpe a pedra angular nos processos

de cuidado em saúde mental e se associa a resultados terapêuticos positivos⁽²⁴⁾.

Deveras, é fulcral discutir o tratamento com as pacientes, fornecendo informações claras sobre incertezas, riscos e benefícios para a mãe e o bebê. Como as mulheres podem estar menos familiarizadas com riscos do não tratamento, essa conversa ajuda a promover uma decisão informada. Além disso, a prevenção de doenças mentais no período perinatal é mais eficaz do que o cuidado reativo, reforçando o valor da vigilância contínua, que deve ser compartilhada pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno-infantil⁽⁷⁾.

Isto posto, mudanças nos níveis de apoio recebido são fator crucial para a saúde mental perinatal, influenciando as escolhas das mulheres quanto a estratégias de enfrentamento (sejam positivas ou negativas), o que impacta nos desfechos em saúde mental. Assim, o apoio emocional demonstrado pelos profissionais de saúde associa-se a níveis mais baixos de sintomas psíquicos, como fator protetivo e impulso do bem-estar⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

A atenção psicológica à crise em saúde mental no período perinatal conclama apreensão sob a égide da interseccionalidade; visão caleidoscópica, holística, integral; postura ética-estética-ativa-crítica-sensível-empática; validação das idiosincrasias invisibilizadas e dos sentidos/significados imanentes à vivência sui generis das pacientes.

Afinal, exalta-se a tessitura e a exequibilidade do protocolo assistencial na sistematização do manejo psicológico da crise em saúde mental, assim como o cuidado longitudinal das demandas psíquicas perinatais e o robustecimento de pesquisas científicas sobre temáticas correlatas, em ato e de fato, eminentemente, não-estigmatizantes; a favor da potência política do movimento, da florescência e defesa da vida; que honrem a tríade paciente-equipe-acompanhante/familiar e a coprodução em rede inter-setorial.

REFERÊNCIAS

1. Hudson E, Pariseau-Legault P, Cassivi C, Chouinard C, Goulet M. Mental Health Crisis: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* [Internet]. 2024 Aug 29; Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.13412>
2. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Feb 1;25(2):595–602. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
3. Barbosa VRA. Itinerâncias, fluxos e protocolo de assistência psicológica a gestantes e puérperas internadas em leitos de saúde mental de maternidade de alto risco, em Teresina, Piauí. *Observatório de la Economía Latinoamericana* [Internet]. 2024 Jan 18;22(1):2251–71. Available from: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/2845>
4. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 15;19(3):313–27. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
5. Medland V, Nechowska A, Prevezanos P. Perinatal mental health: an overview of pathology, services and the law. *The Obstetrician & Gynaecologist* [Internet]. 2025 Jan 1;27(1):57–67. Available from: <https://doi.org/10.1111/tog.12963>
6. Gimbel LA, Weingarten SJ, Smid MC, Hoffman MC. Maternal mental health as a major contributor to maternal mortality. *Seminars in Perinatology* [Internet]. 2024 Jul 14;48(6):151943. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151943>
7. Womersley K, Alderson H. Perinatal mental health. *Medicine* [Internet]. 2024 Aug 26;52(10):632–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmpmed.2024.07.009>
8. Oladeji B, Oladele O, Gureje O. Mental health: Morbidity and impact. In: Elsevier eBooks [Internet]. 2024. p. 272–

86. Available from: <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-99967-0.00188-5>
9. World Health Organization. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. www.who.int. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
10. Bovo PJLB. Padronização para revisão administrativa de protocolos clínicos institucionais de hospital público terciário [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2024. Available from: <https://doi.org/10.11606/D.17.2024.tde-26092024-140531>
11. Limone P, Toto GA. Protocols and strategies to use emergency psychology in the face of an emergency: A systematic review. *Acta Psychologica* [Internet]. 2022 Aug 11;229:103697. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103697>
12. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry* [Internet]. 2016 Feb 17;17(2):86–128. Available from: <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
13. Barbosa VRA, Ferreira AFC, Gomes AdS, Nunes Neto J, De Sousa LTM, Sousa MCRG, et al. Avaliação psicológica hospitalar: experiência de parametrização de intervenções assistenciais em Maternidade-Escola de alto risco. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2023 Aug 18;27(8):4685–710. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10465>
14. Barksdale AN. Perinatal Mental Health Literacy of Healthcare Providers: A Qualitative Phenomenological Study Using an Ecological Systems Theory [Internet]. *Scholars Crossing*. 2025 Available from: <https://digital-commons.liberty.edu/doctoral/6761>
15. Swift E, Nasir N, Parry K. An individualised approach to the management of pre-existing mental health conditions in pregnancy and puerperium. *Obstetrics Gynaecology & Reproductive Medicine* [Internet]. 2025 Apr 1; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2025.03.002>
16. Hung P, Zhang J, Chen S, Harrison SE, Boghossian NS, Li X. A hidden crisis: postpartum readmissions for mental health and substance use disorders in rural and racial minority communities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2024 May 25;231(4):e117–29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.047>
17. Atmore KH, Taylor BL, Potts LC, Trevillion K, Howard LM. Caregiving and mental health needs in the significant others of women receiving inpatient and home treatment for acute severe postpartum mental illness. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2022 Dec 24;26(1):49–56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01286-w>
18. Habersham L, Townsel C, Terplan M, Hurd Y. Substance use and use disorders during pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2025 Jan 1; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.01.007>
19. King BC, Eastin SM, Ho SY, Shapiro P, Sheen JJ, Fitelson EM. Inpatient obstetric consultation-liaison services: Meeting unmet needs in perinatal mental health. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2023 May 1;83:179–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.04.014>
20. Ether ST, Afrin S, Habib NN, Akter F, Chowdhury AT, Sayeed A, et al. Managing Pre and Postpartum Mental Health Issues of Refugee Women from Fragile and Conflict-Affected Countries: A Systematic Review. *Public Health in Practice* [Internet]. 2024 Dec 24;9:100573. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100573>
21. Meurk C, Roberts S, Lam M, Wittenhagen L, Callaway L, Moss K, et al. Mental Health profile relating to suicide crises among women in and around pregnancy and surgical termination of pregnancy: a data linkage study. *Birth* [Internet]. 2025 Mar 28; Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12917>
22. Nagle-Yang S, Miles AG, Gores AM, Moses-Kolko E. Preventing perinatal suicide and overdose. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health* [Internet]. 2025 Apr 1; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2025.02.010>
23. Cook JL, Wilson RD. Providers need guidance on managing perinatal mental health. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2022 Oct 2;194(38):E1328. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.147105-l>
24. Beyene LS, Strand EB, Misund AR, Barder HE, Brent TL, Størksen HT. Conceptualizing healthcare professionals' relational competence in mental healthcare: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances* [Internet]. 2024 Nov 8;7:100266. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100266>
25. Bina R, Levy D, Alfayumi-Zeadna S, Mesquita ARM, Costa R, Domínguez-Salas S, et al. Changes to social and healthcare providers support in the perinatal period: Impact on coping strategies, depression and anxiety. *Midwifery* [Internet]. 2025 Jan 14;142:104295. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104295>