

Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso

Tracking of psychiatric nonpsychotic symptoms among pregnant women from a city in the state of Mato Grosso

Rastreamento de síntomas psiquiátricos no-psicóticos entre mujeres embarazadas de una ciudad del estado Mato Grosso

Louise Tinan REIS¹, Lidiane Souza BERNARDES², Michele Cristiene Nachtigall BARBOZA³, Angelica Martins de Souza GONÇALVES⁴

RESUMO

Objetivo: rastrear sintomas psiquiátricos não-psicóticos em gestantes atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** estudo transversal e descritivo, de amostra não-probabilística, envolvendo 36 gestantes, realizado em novembro de 2011 a setembro de 2012, utilizando entrevista estruturada para coleta de dados. A análise foi por meio de estatística descritiva. **Resultados:** a amostra apresentou idades entre 18 e 40 anos, 69,4% afirmava morar com o marido, 61,1% já tinham filhos e 44,4% estavam trabalhando. Quanto aos sintomas psiquiátricos não-psicóticos evidenciou-se que 61,1% das gestantes os apresentava como nervosismo e ideação suicida. **Conclusão:** os sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes são bastante comuns, e a gestação pode ser um período favorável ao desenvolvimento dos mesmos, devido a alterações físicas e emocionais decorrentes da gravidez, evidenciando a necessidade de elaborar ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde mental.

Descritores: Sintomas; Gestantes; Triagem.

ABSTRACT

Objective: to track the presence of psychiatric non-psychotic symptoms in pregnant women that attend to units of the Family Health Strategy. **Methods:** descriptive study, had non-probability sample involving 36 pregnant women, carried out from November 2011 to September 2012, using structured data collection interview. The analysis was made through descriptive statistics. **Results:** the sample aged between 18 and 40 years, 69.4% claimed to live with the husband, 61.1% had children and 44.4% were working. Regarding psychiatric nonpsychotic symptoms, it was observed that 61.1% of pregnant women has flutters and suicidal thoughts. **Conclusion:** psychiatric nonpsychotic symptoms among pregnant women are more common than people think, and pregnancy can be a very favorable period of development, due the physical and emotional changes, period consequences. Data showed that, for the local reality, the development of promotion, prevention and treatment actions is needed for the good of pregnant women's mental health.

Descriptors: Symptoms; Pregnant women; Triage.

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em UTI neo natal e pediátrica pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição (CEEN), Goiania, GO, Brasil. Email: lo_tinan@hotmail.com

² Enfermeira. Pós-graduanda em enfermagem do trabalho pelo Instituto Matogrossense de pós-graduação (IMP), Cuiabá, MT, Brasil. Email: lidiane.bernardes@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora Assistente II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: michelenachtigal@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: angelicamartins@ufscar.br

RESUMEN

Objetivo: rastrear síntomas psiquiátricos no-psicóticos en mujeres embarazadas inscritas en unidades de Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** estudio descriptivo transversal, la muestra fue no probabilística, con 36 mujeres embarazadas, realizado en noviembre 2011 hasta septiembre 2012, utilizando entrevistas estructuradas para recolección de datos. El análisis fue por estadística descriptiva. **Resultados:** la muestra fue de entre 18 y 40 años, 69,4% afirmó que vivía con su marido; 61,1% tenían niños y 44,4% estaban trabajando. A respecto de los síntomas psiquiátricos no-psicóticos se observó que 61,1% de las mujeres embarazadas tuvo nerviosismo e ideación suicida. **Conclusión:** síntomas psiquiátricos no-psicóticos son muy comunes entre las mujeres embarazadas, y el embarazo puede ser favorable a su período de desarrollo, debido a cambios físicos y emocionales relacionados con el embarazo, destacando la necesidad de desarrollar la promoción de la salud, prevención y tratamiento de salud mental.

Descriptor: Síntomas; Mujeres embarazadas; Triage.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento em que ocorrem alterações no corpo da mulher e essas transformações fazem parte do processo natural deste período. Adaptações psicológicas, orgânicas e fisiológicas tornam a mulher vulnerável e exposta a múltiplos fatores.¹⁻²

Dentre as transformações fisiológicas e psicológicas do período, pode-se destacar edema de extremidades, principalmente nos membros inferiores, aumento do peso corporal, das mamas, do útero, retenção de líquido, aumento da circunferência abdominal, alterações posturais, baixa autoestima, fragilidade e irritabilidade.³

Esta fase da vida de uma mulher é um momento único e com grandes repercussões, que favorecem com que a mulher fique mais sensível e ocorram diversas oscilações no afeto e no humor. A afetividade agrupa fatores como as emoções e respostas somáticas, que podem estar alteradas nas gestantes.⁴⁻⁵

Levando em consideração o contexto de transformações do período gravídico, sintomas psiquiátricos são

muito comuns durante a gestação e puerpério, mas passam despercebidos e muitos casos não são diagnosticados. Este tema vem ganhando importância e estão destacando as consequências e as dificuldades que a mulher e o bebê enfrentam em decorrência de transtornos psiquiátricos.⁶

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) na gestação incluem, especialmente, os quadros não-psicóticos, que serão o enfoque deste estudo. Os mais comuns são a sensação de inutilidade, depressão não-psicótica, ansiedade, queixas somáticas, queixas cognitivas e alteração de humor.⁷

Nos atendimentos prestados às gestantes, raramente se observa a realização de intervenções focadas para a saúde mental. Geralmente o assunto nem mesmo é comentado. Desse modo, evidencia-se a importância de investigar a realidade local de saúde mental das gestantes, pois tais alterações podem interferir significativamente, tanto na vida da mulher e da família, quanto na do bebê que está por vir.

Neste sentido, esse estudo propõe-se rastrear a presença de sintomas psiquiátricos não-psicóticos em gestantes atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O rastreamento de tais sintomas pode contribuir para uma reflexão e elaboração de estratégias que possam ser úteis para prevenir transtornos mentais e, conseqüentemente, favorecer uma melhora do nível de qualidade de vida de mulheres que estão em período gestacional e suas famílias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo de amostragem não probabilística. A abordagem quantitativa baseia-se na quantificação das modalidades de coleta de dados e no tratamento desses dados por meio de técnicas estatísticas, garantindo a precisão dos resultados e evitando distorções de análises e interpretações, além disso, possibilita uma margem de segurança quanto às conclusões. Essa abordagem é frequentemente aplicada nos estudos descritivos que busca a identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se associam com o fenômeno ou processo.⁸

Nesse sentido na abordagem não probabilística os elementos que constituem a amostra são os que apresentam melhor disponibilidade, ou que se tem acesso direto, e os resultados não permitem a generalização dos dados, pois não garantem a representatividade da população.⁸

Este estudo foi realizado em duas unidades de ESF do município de Barra do Garças do estado de Mato Grosso, no período de novembro de 2011 a setembro de 2012. A escolha destes campos de estudo foi devido a alta taxa de gestantes cadastradas nas devidas unidades e a facilidade de acesso, e justificou-se pela necessidade de visualizar o contexto relacionado à saúde mental das gestantes atendidas, pois na assistência prestada, são colocadas em questão, especialmente as transformações fisiológicas do período gravídico.

Foram incluídas no estudo 36 gestantes cadastradas nas unidades de ESF, fazendo acompanhamento pré-natal, que consentiram em participar da entrevista e que eram maiores de 18 anos.

Desta forma, inicialmente ocorreu aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), tendo número 80871. A coleta de dados iniciou com a autorização da Secretaria de Saúde do município, após isso em uma primeira etapa, checkou-se quantas gestantes estavam cadastradas em cada uma das ESF e quais eram os dias da semana de maior fluxo dessas mulheres em cada uma das unidades.

Em seguida, foi realizado o recrutamento, propriamente dito, das gestantes nas ESF. Elas foram abordadas sempre antes de passarem por consulta de enfermagem, momento propício para que a pesquisadora pudesse explicar o objetivo da pesquisa e solicitar a

participação no estudo. Após o convite, as gestantes que manifestaram anuência em participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, foram convidadas a se dirigir a uma sala reservada e orientadas sobre a justificativa, os objetivos e o procedimento, além de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Todos os esclarecimentos foram feitos em linguagem de fácil compreensão. Todas as mulheres foram esclarecidas que em nenhum momento da pesquisa seria necessário se identificar. Dessa forma, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁹, que rege as pesquisas com seres humanos.

O questionário foi dividido em 2 partes: informações sócio-demográficas; escala *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20).

Nas informações sócio-demográficas se propôs a avaliar o perfil de idade, sexo, estado civil, situação ocupacional, prática religiosa e nível de escolaridade das participantes da pesquisa.

A escala de SRQ-20 foi utilizada para rastrear a presença de transtornos mentais não-psicóticos.

Esta escala foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à alta prevalência de transtornos mentais, a lacuna entre a oferta e a demanda de assistência em saúde mental e a não detecção desses transtornos entre a população geral. Trata-se de um instrumento de rastreamento de sintomas psiquiátricos

não-psicóticos de fácil aplicação e baixo custo.

O SRQ-20 foi validado no Brasil no início da década de 1980 e é recomendado pela OMS para aplicação em serviços de Atenção Básica à Saúde. A composição da versão brasileira mantém a estrutura de 20 questões, cujas alternativas de resposta são do tipo dicotômica (sim/não). Para realizar sua leitura, cada resposta afirmativa soma um ponto, ou seja, os escores totais podem variar de 0 a 20, representando nenhuma a extrema probabilidade da presença de sintomas não-psicóticos. É um instrumento de fácil aplicação e custo reduzido.¹⁰

O ponto de corte utilizado para a versão brasileira é igual ou maior a 7. Os padrões psicométricos de sensibilidade e especificidade são de 86,33% e 89,31%, respectivamente, o que indica ser um ótimo instrumento, tanto para uso na clínica, quanto no âmbito de pesquisa.¹⁰

Para a análise de dados, foi desenvolvido um banco de dados no programa de estatística *Statistical Program of Social Science* (SPSS) versão 8 para Windows versão 17. No tratamento estatístico dos dados, realizou-se análises descritivas (média, mediana e desvio padrão) dos dados sociodemográficos e análise dos escores totais do SRQ-20, classificando as mulheres em dois grupos: com sintomas psiquiátricos não-psicóticos; sem sintomas psiquiátricos não-psicóticos. As frequências de cada uma das variáveis do instrumento psicométrico foram separadamente analisadas.

RESULTADOS

Nas descrições a seguir foram apresentados os resultados encontrados na pesquisa, os quais estão distribuídos em dois subtítulos: caracterização sociodemográfica e rastreamento da presença de sintomas não-psicóticos.

Caracterização sociodemográfica

As características sociodemográficas (idade, idade gestacional, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação e religião) foram analisadas e dispostas na Tabela 1, representadas quanto à frequência e à porcentagem.

Tabela 1 – Apresentação das informações sociodemográficas das gestantes de duas Estratégias de Saúde da Família do interior de Mato Grosso (N=36)

		N	%
Estado Civil	Solteiro	14	38,9
	Casado/Amasiado	21	58,3
	Divorciado/Separado	01	2,8
Filhos	Sim	22	61,1
	Não	14	38,9
Escolaridade	Primeiro grau completo ou incompleto	07	19,5
	Segundo grau completo ou incompleto	18	50,0
	Superior completo ou incompleto	11	30,5
Ocupação	Nenhuma	12	33,3
	Estudante	08	22,2
	Cargos operacionais	01	2,8
	Cargos administrativos	07	19,4
	Bicos	06	16,7
	Estuda e trabalha	02	5,6
Religião	Católica	15	41,7
	Evangélica	17	47,2
	Espírita ou umbandista	01	2,8
	Não tem, mas acredita em Deus	03	8,3

A Tabela 1 apresenta as informações sociodemográficas da amostra. A idade média das gestantes entrevistadas foi de 26 anos (DP±5,9), variando entre 18 e 40 anos. A idade gestacional média foi de 24,8 semanas (DP±8,6), variando entre 8 e 36 semanas. A maioria das mulheres afirma morar com o marido 25 (69,4%). Entre todas as entrevistadas 22

(61,1%), já tem filhos. Dessas, 14 (63,6%) afirmam já ter 01 filho, 06 (27,3%) afirmam já ter 02 filhos e 02 (9,1%) já ter 03 filhos.

Os níveis de escolaridade variaram entre 19,5% os que possuíam primeiro grau completo ou incompleto, 50% os que possuíam segundo grau completo ou incompleto e 30,5% os que

possuíam superior completo ou incompleto.

Das 33 gestantes que afirmam ter alguma religião, 16 (44,4%) disseram ser praticantes e 17 (47,2%) que não. Em relação à frequência que participa de reuniões religiosas, 16 (44,4%) referem participar raramente, 15 (41,7%) participar somente aos finais de semana, e apenas 2 (5,6%) referem participar todos ou quase todos os dias.

Apenas 16 (44,4%) afirmam estar trabalhando no momento, e a respeito de exercício de função laboral no último ano, 18 (50%) relatam ter

trabalhado em tempo integral, 8 (22,2%) em tempo parcial e 10 (27,8%) afirmam não ter trabalhado.

Rastreamento da presença de sintomas não-psicóticos

Para esclarecer o rastreamento da presença de sintomas não-psicóticos, foi realizada a identificação dos dados pertinente à apresentação de sintomas que sugerem alterações do estado emocional.

Os dados foram dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação de sintomas que sugerem alterações emocionais, segundo gestantes de duas ESF do interior de Mato Grosso (N= 36)

		N	%
A Sra. se sente nervosa, tensa ou preocupada?	Sim	29	80,6
	Não	7	19,4
Suas mãos tremem?	Sim	9	25,0
	Não	27	75,0
A Sra. chora mais que o comum?	Sim	20	55,6
	Não	16	44,4
Sente-se infeliz?	Sim	9	25,0
	Não	27	75,0
A Sra. perdeu o interesse nas coisas?	Sim	4	11,1
	Não	32	88,9

A Tabela 2 mostra que o sintoma mais frequente encontrado na amostra foi “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (80,6%), seguido por “chorar mais que o comum” (55,6%). Em relação à presença de tremor nas mãos (75,0%), sentimento de infelicidade (75,0%) e perda de

interesse nas coisas (88,9%), a grande maioria respondeu que não.

As entrevistadas foram interrogadas quanto à presença de ideias suicidas, autovalorização, organização do pensamento e medo. Os dados encontrados foram distribuídos na Tabela 3 e 4.

Tabela 3 – Apresentação das frequências em relação a repostas que remetem à autovalorização, ideação suicida e organização do pensamento

		N	%
A Sra. não é capaz de ter um papel útil na vida?	Sim	9	25,0
	Não	27	75,0
Acha que é uma pessoa que não vale nada?	Sim	1	2,8
	Não	35	97,2
O pensamento de acabar com sua vida já passou por sua cabeça	Sim	18	50,0
	Não	18	50,0
A Sra. não consegue pensar com clareza?	Sim	2	5,6
	Não	34	94,4

A Tabela 3 mostra que 09 gestantes responderam que sim em relação “a não ser capaz de ter um papel útil na vida”, 01 gestante refere “achar que é uma pessoa que não vale

nada” e 02 gestantes evidenciam “não conseguir pensar com clareza”. A respeito de pensamento suicida, metade das gestantes entrevistadas respondeu afirmativamente.

Tabela 4 – Apresentação das frequências em relação ao sentimento de medo, segundo gestantes de duas Estratégias de Saúde da Família (N= 36)

		N	%
A Sra. fica com medo com facilidade?	Sim	16	44,4
	Não	20	55,6

A Tabela 4 apresenta o relato das gestantes a respeito do medo, e um número expressivo afirma ficar com medo com facilidade.

A identificação da presença ou não de sintomas não psicóticos está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Leitura geral da escala SRQ-20, de acordo com a apresentação da presença ou ausência de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes

	N	%
Sem sintomas	14	38,9
Com sintomas	22	61,1

Como se observa, a Tabela 5 mostra que sintomas psiquiátricos não-psicóticos são encontrados na maioria das gestantes apresentando 61,1% do

total das entrevistadas. Essa classificação indica pontuação igual ou maior a 07 no instrumento SRQ-20.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que a presença da morbidade psiquiátrica entre gestantes é uma questão muito importante e que deve ser levada em consideração, pois pode trazer outras implicações clínicas. O perfil demográfico encontrado na presente amostra também se assemelha com um perfil geral de gestantes adultas encontrado em outro trabalho: idade média de 26 anos, casadas ou em união estável, maioria não primigesta, nível médio ou superior, sem trabalho formal.¹¹

Um outro estudo que também utilizou o SRQ-20 como instrumento de rastreamento, verificou a prevalência de transtornos mentais comuns em uma amostra de 1267 gestantes com idade média de 25 anos, e foi identificado que 41,4% das entrevistadas apresentavam transtornos mentais comuns. Foi destacado que quanto menor a autoestima, maior a probabilidade de apresentar transtornos mentais comuns no período gravídico.⁷

Nesta mesma perspectiva, a literatura científica sobre o tema vem tradicionalmente associando a gestação a sintomas depressivos e suas correlações com as condições de vida da mulher. Seguindo nessa perspectiva, um trabalho de revisão sistemática a respeito dos principais estudos epidemiológicos sobre a prevalência da depressão durante o período gestacional e seus fatores de risco relacionados, encontrou aumento da prevalência de depressão gestacional implicada com fatores como violência física, baixa

escolaridade, baixa renda familiar, abortos anteriores, famílias desestruturadas, desemprego, dificuldades financeiras, antecedentes psiquiátricos, ideação suicida, ser solteira, baixo suporte social e baixo suporte marital.¹²

A análise de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre as gestantes participantes da presente pesquisa evidenciou que 61,1% das gestantes entrevistadas apresentaram algum sintoma. O nervosismo foi um dos principais achados seguido por ideação suicida que atinge metade da amostra.

A respeito do nervosismo, um estudo prévio mostra que a principal preocupação comum entre mulheres grávidas se refere a saúde do feto. O referido estudo, que foi conduzido entre 285 gestantes, também revelou que tais preocupações da gravidez foram significativamente reduzidas durante o terceiro trimestre e os fatores de risco que influenciam a intensidade das preocupações são: primeira gestação, gravidez não planejada e abortos anteriores. Por outro lado, multiparidade e gravidez programada podem ser considerados fatores protetores à mulher.¹³

Outra variável encontrada na presente amostra com alta prevalência foi à ideação suicida. As ideias de morte e o comportamento suicida surgem mais na gravidez do que alguma vez na vida, e as possíveis razões mais comuns são a separação do casal, a morte de uma criança, o medo do parto e o medo de acidente ou de doença. As causas mais relacionadas a tentativas e consumação do suicídio se

referem a problemas com o companheiro no período gestacional e o pensamento frequente sobre a morte pode ser explicado por condições sociais desfavoráveis, e também por características específicas da gravidez.¹⁴

A ideação suicida, de acordo com classificação dos transtornos psiquiátricos da *American Psychiatric Association*, em seu quarto volume revisado (*Diagnostic and Statitiscal Manual af Mental Disorders - DSM IV-TR*), é um dos critérios que caracterizam a depressão.¹⁵

As gestantes, de alguma maneira, podem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de quadros depressivos, até mesmo em virtude das alterações de humor e hormonais comuns nesta fase. Arelado a isso, outros fatores, como observado em um estudo, a gravidez não planejada, ter emprego ocasional com baixa remuneração, relato anterior de depressão e eventos estressantes da vida (como doença física grave, perda de um ente querido e dificuldades financeiras) podem representar fatores de risco associados à depressão no período gravídico.¹⁶

Associada à depressão, os sintomas de ansiedade são bastante comuns, de modo que alguns autores defendem que pode ser difícil caracterizar determinados sintomas que expressem apenas a depressão ou apenas a ansiedade. Eles discutem que transtornos dessa natureza são componentes de um processo de estresse psicológico geral.¹⁷⁻¹⁸

Ainda neste sentido, quadros de ansiedade, que podem caracterizar

transtornos, englobam diversos outros sintomas, como por exemplo, o medo, que teve alta porcentagem entre as gestantes entrevistadas neste estudo, apesar de ainda não atingir a maioria. Um dos fatores mais relacionados ao medo é o parto, como pode-se observar em uma pesquisa que traçou o perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família, e encontrou o medo de perder o feto e medo do parto presente entre maioria das gestantes, mostrando a incerteza de sucesso em relação à gestação.¹⁹

Percebe-se que os transtornos psiquiátricos não-psicóticos possuem variados sintomas e que eles ainda podem ser subclassificados, além de estarem frequentemente associados a outras condições médicas. Um estudo conduzido com 712 gestantes, que ilustra esta situação, mostrou 297 (41,7%) entrevistadas com provável diagnóstico de transtorno psiquiátrico, e destas, 126 (42,4%) com dois ou mais diagnósticos psiquiátricos concomitantes, o que pode sugerir a reflexão acerca da necessidade de identificar precocemente, diagnosticar e tratar uma gestante que apresente algum sintoma que possa sugerir transtorno mental, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida.²⁰

Um estudo destaca ainda, que se houver uma disponibilidade para atender as gestantes e escutá-las com uma postura de acolhimento, essa interação entre a usuária do serviço de saúde e o profissional pode facilitar a triagem de variações de humor, de pensamento e outras reações que possam sugerir eventuais distúrbios

psiquiátricos, facilitando o tratamento de tais transtornos. Os autores discutem também que esse tipo de conduta é universal e pode ser aplicada tanto a gestantes adultas, quanto adolescentes.¹

Em suma os resultados deste estudo, que mostraram alta prevalência de transtornos psiquiátricos não-psicóticos em gestantes, levam a refletir sobre a importância de dar atenção a esse assunto nas consultas de pré-natal. A detecção desses transtornos no atendimento à gestante deve visar à realização de ações integradas que possam minimizar o problema. A utilização sistemática de escalas de autoavaliação para rastreamento desses transtornos no atendimento pré-natal é uma possibilidade de instrumento de trabalho da equipe, que visa incentivar a ampliação de uma prática de avaliação interdisciplinar e multidimensional da mulher grávida.²¹

CONCLUSÃO

Os sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes são bastante comuns, e a literatura científica destaca entre eles: choro, fadiga, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, confusão, distúrbios do sono, modificação do apetite, depressão não-psicótica, entre outros. A gestação pode ser um período muito favorável ao desenvolvimento dos mesmos, em virtude das alterações físicas e emocionais decorrentes do período.

Neste estudo, tais sintomas psiquiátricos não-psicóticos foram identificados entre a maioria das

gestantes, evidenciando o nervosismo e a ideação suicida como principais fatores citados entre as entrevistadas.

Estes dados mostraram que na realidade local, a elaboração de ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde mental de gestantes devem ser pensadas, já que normalmente a avaliação do estado mental é negligenciada nas unidades que atendem essas mulheres.

Como discutido neste estudo, tornar presente nas consultas pré-natal o assunto “saúde mental”, é valioso. Desse modo, incluir medidas de rastreamento de transtornos mentais pode minimizar, não apenas os problemas inerentes ao desenvolvimento desses transtornos e outras comorbidades, mas também evitar diversos danos na relação mãe e bebê.

Ainda em relação ao presente estudo, vale ressaltar que o tamanho restrito da amostra representa uma limitação em relação à generalização dos dados para gestantes de outros contextos, ou seja, os achados não podem ser extrapolados ao município de maneira geral, lembrando que os mesmos referem-se apenas as duas Estratégias de Saúde da Família investigadas. Além disso, as análises foram feitas utilizando apenas estatísticas descritivas, o que não permitiu que se observasse, por exemplo, a significância da relação de variáveis sociodemográficas com sintomas psiquiátricos não psicóticos, bem como se realizar comparações para se checar diferenças significativas entre os grupos de sintomas investigados.

REFERÊNCIAS

1. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev saude publica*. 2005 ago;39 (4):612-8.
2. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev rene*. 2010 abr/jun; 11(2):86-93.
3. Moreira LS, Andrade SRS, Soares V, Avelar IS, Amaral WN, Vieira MF. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. *Federação brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia*. 2011 maio;39(5):241-4.
4. Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Rev psicol*. 2013 jan/abr;15(1):19-34.
5. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*. 2014 set/dez;14(3):316-26.
6. Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. *Revista saude (Santa Maria)*. 2012;8(1):21-30.
7. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad saude publica*. 2010 set;26(9):1832-8.
8. Richardson RJ. *Pesquisa Social - Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
10. Jerônimo JS, Jardim VMR, Kantorski LP, Domingues MR. Atividade física em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil: tendências temporais. *Cad saude publica*. 2014;30(12):2656-68.
11. Cataño CR. Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
12. Thiengo DL, Santos JFC, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad saude colet*. 2011 abr;19(2):129-38.
13. Peñacoba-Puente C, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta obstet gynecol*. 2011 set;90(9):1030-5.
14. Lara MA, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud ment*. 2009 set/out;32(5):381-7.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders - DSM IV-TR*. 2000;4.
16. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad saude publica*. 2009 dez;25(12):2725-36.

17. Veríssimo SMAC. Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress em puérperas [tese]. Lisboa: Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias; 2010.

18. Pimentel K, Sá CMMN, Ferreira N, Silva TO. Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de Saúde da Família. Rev baiana de saúde pública. 2009 abr/jun;35(2):239-49.

19. Borges DA, Ferreira FR, Mariutti MG, Almeida DA. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. Revista de iniciação científica da libertas. 2011 dez;1(1):85-99.

20. Almeida MS, Nunes MA, Comey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil. Cad saúde pública. 2012 fev;28(2):385-93.

21. Nascimento SRC, Amorim MHC, Primo CC, Castro DS. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. Rev bras pesqui saúde. 2009;11(2):18-

Data da submissão: 2015-01-22

Aceito: 2015-05-07

Publicação: 2015-10-20