

Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica

Mental disorders in pregnancy and newborn conditions: longitudinal study with pregnant women attended in primary care

Daisy Oliveira Costa ¹
Fabiola Isabel Suano de Souza ¹
Glaura César Pedroso ¹
Maria Wany Louzada Strufaldi ¹

Abstract *This study aimed to determine the presence and association of possible mental disorders diagnoses in primary care pregnant women and newborns' conditions. This is a longitudinal study with pregnant women (18-39 years), in the second and third trimesters of pregnancy, attended at primary care facilities in the metropolitan region of São Paulo (February to August/2014). The following tools were used: sociodemographic questionnaire; Mental Disorders in Primary Care Assessment tool; and an interview with information and mother's perception of the behavior of newborns. Of the 300 pregnant women interviewed, 76 had possible diagnosis of mental disorders, 46 women had depression/dysthymia and 58 anxiety/panic symptoms. Low birth weight and prematurity was observed in 14 and 19 newborns, respectively, and there was no association with the probable diagnosis of mental disorders; the possible presence of mental disorders was associated with the mother's perception of newborns behavior. Pregnant women attended at low risk prenatal care showed relevant frequency of mental disorders; thus, the identification of these changes during pregnancy can also contribute to a better understanding of the mother-and-child dynamics and in the quality of family care.*

Key words *Pregnancy, Mental disorders, Birth weight, Preterm*

Resumo *O objetivo do estudo foi verificar a presença e a associação entre diagnósticos prováveis de transtornos mentais em gestantes da atenção básica e condições dos recém-nascidos. Estudo longitudinal com gestantes (18 a 39 anos), no segundo e terceiro trimestres da gravidez, assistidas na atenção básica da região Metropolitana de São Paulo (fevereiro a agosto/2014). Foram aplicados: questionário sociodemográfico, instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária e entrevista sobre informações e percepção do comportamento do recém-nascido. Das 300 gestantes entrevistadas, 76 apresentaram diagnóstico provável de transtorno mental, sendo que 46 apresentavam sintomas de depressão/distímia e 58, ansiedade/pânico. Observou-se baixo peso ao nascer e prematuridade em 14 e 19 dos recém-nascidos, respectivamente, e não foi verificada associação com diagnósticos prováveis de transtorno mental; a presença destes associou-se com a percepção materna de alterações no comportamento do recém-nascido. Gestantes em acompanhamento de pré-natal de baixo risco apresentam frequência relevante de transtornos mentais, logo, a identificação dessas alterações na gestação pode colaborar para melhor compreensão da dinâmica do binômio mãe-filho e na qualidade na assistência à família.*

Palavras-chave *Gestação, Transtornos mentais, Peso ao nascer, Prematuro*

¹ Departamento de
Pediatria, Escola Paulista
de Medicina, Universidade
Federal de São Paulo.
R. Botucatu 598, Vila
Clementino, 04023-062 São
Paulo SP Brasil.
oliveira_daisy@hotmail.com

Introdução

Os Transtornos Mentais (TM) constituem um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum TM, responsável por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidade dentre as doenças em países de baixa e média renda¹. Nesse contexto, publicações prévias demonstraram que as mulheres apresentam maiores prevalências em relação aos homens, principalmente quanto aos transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes^{2,3}.

A gestação e o puerpério são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento e exacerbação de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes de TM tanto na gravidez quanto no pós-parto⁴. Entretanto, acredita-se que o diagnóstico neste período é negligenciado e há poucas pesquisas que procuram identificar alterações psicológicas durante gravidez e os desfechos obstétricos⁵.

Estudos epidemiológicos são quase consensuais em pontuar que TM, tais como ansiedade e depressão, podem resultar em risco aumentado para desfechos negativos ao feto⁶⁻⁸. Pesquisas identificaram prevalência de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15% e ansiedade em torno de 20%^{7,8}; esses quadros não tratados durante a gravidez aumentam também o risco de exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência às consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal⁹.

A investigação de TM na atenção básica ainda é um desafio para os profissionais de saúde, com dificuldades inclusive na elaboração do diagnóstico¹⁰. Dentre os estudos realizados com gestantes durante o pré-natal, a maioria utilizou instrumentos que detectam apenas sintomas de depressão e ansiedade^{7,8}, já que os diagnósticos dependem de avaliação clínica.

Considerando a magnitude da prevalência dos TM durante o período gestacional e os riscos a eles associados, este estudo teve como objetivo verificar a presença e associação entre diagnósticos prováveis de TM em gestantes usuárias da atenção básica e condições do RN.

Métodos

O estudo “Relação entre Transtornos Mentais durante a gestação, Baixo Peso ao Nascer e Prematuridade: Estudo com gestantes assistidas na Atenção Básica” é produto de uma pesquisa de dissertação de mestrado aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo.

Estudo longitudinal realizado com 340 gestantes entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação, atendidas em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. As UBS foram escolhidas pela facilidade de acesso e por apresentar horários e número de consultas semanais que permitiam a realização das entrevistas no período do estudo.

População: Foram incluídas no estudo gestantes primíparas e múltiparas, com idade entre 18 e 39 anos, que estavam entre o segundo e terceiro trimestre de gestação e possuíam acompanhamento no programa pré-natal de baixo risco em alguma das cinco UBS selecionadas para a pesquisa. As cinco UBS foram visitadas durante seis meses (fevereiro a agosto/2014) para o primeiro contato e entrevista com as gestantes.

Critérios de exclusão utilizados: gestação múltipla, mulheres com idade menor que 18 e maior que 40 anos. Gestantes no primeiro trimestre não foram entrevistadas por apresentarem maior chance de interrupção da gravidez e demandar tempo prolongado para novo contato, isto é, após o nascimento da criança.

A primeira entrevista com as gestantes foi realizada na ocasião da consulta pré-natal e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE). Para que houvesse uma padronização na coleta de dados e na quantidade de visitas das UBS, realizou-se um cronograma semanal seguindo a agenda de atendimento das unidades.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento próprio constituído por questionários validados nacionalmente, descritos a seguir:

1. Questionário sociodemográfico: idade, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, situação conjugal, número de habitantes na residência, paridade, classificação socioeconômica segundo a ABEP¹¹, informações do companheiro (escolaridade, trabalho remunerado, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas).

2. Saúde da gestante: planejamento da atual gestação, presença de doença crônica (diabetes mellitus, hipertensão arterial), consumo de álcool e tabaco.

3. Sintomas psiquiátricos: instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; PRIME-MD*)^{12,13}. Neste estudo, considerou-se o PRIME-MD um instrumento de rastreamento para diagnósticos prováveis, semelhante ao estudo de Almeida et al.¹⁴, sendo aplicado pelo mesmo entrevistador. A partir dos dados coletados, foi possível identificar cinco categorias diagnósticas prováveis: transtorno depressivo maior, distímia, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e bulimia nervosa, utilizando critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM III.

O instrumento é dividido em duas partes: o Questionário do Paciente e o Guia de Avaliação Clínica. O Questionário do Paciente contém 12 questões, sendo 10 sim/não, uma questão medindo a intensidade do sintoma e outra que avalia a saúde global. No caso de resposta afirmativa para alguma das primeiras dez questões (seção inicial), o módulo correspondente no Guia de Avaliação Clínica (seção final) é usado para obter informações adicionais para cada diagnóstico provável.

A segunda entrevista aconteceu após o parto, por telefone e pela mesma pesquisadora. Houve dificuldades para localizar algumas mães; por esse motivo, os dados dos recém-nascidos (RN) das mães não localizadas por telefone foram coletados nos prontuários das UBS. Foram levantadas as seguintes informações:

1. Informações do parto: tipo de parto, intercorrências e idade gestacional no parto.
2. Informações do RN: sexo, peso ao nascer, prematuridade, malformação e internação ao nascimento.
3. Apoio materno: orientações de cuidados ao RN no momento da alta, auxílio em casa para cuidar da criança.
4. Percepção das mães sobre o comportamento dos RN: choro, cólica, amamentação e sono.

Os dados foram tabulados e consolidados em planilha do Excel (Office Microsoft® 2010). Realizou-se a análise estatística com o programa SPSS 20.0 (IBM®). As variáveis contínuas foram avaliadas quanto a sua distribuição por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e apresentadas

na forma de mediana, valor mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em tabelas de contingência em valor absoluto e percentual. Para compará-las utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Nível de significância adotado: 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Foram convidadas para a entrevista 340 gestantes com características compatíveis com os critérios de inclusão. Destas, 300 aceitaram participar do estudo. Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas das gestantes. Nota-se que a mediana de idade foi de 25,5 anos (18,1; 38,6); a maioria apresenta escolaridade superior a oito anos (82,3%), mora com o companheiro (80,7%) e tem trabalho remunerado (50,7%).

As variáveis relacionadas às intercorrências durante a gestação, condições de parto e recém-nascido das gestantes que completaram todas as etapas do questionário são apresentadas na tabela 2. Observou-se peso inferior a 2500 g (baixo peso ao nascer-BPN) e superior a 4000 g em 14 (4,9%) e 22 (7,7%) dos recém-nascidos, respectivamente. Prematuridade foi encontrada em 19 (6,7%) das crianças. Dentre os RN com BPN sete (50%) foram classificados como prematuros.

A maioria dos RN recebeu alta hospitalar com a mãe, receberam orientação para os cuidados com o lactente por enfermeiro ou médico e a mãe referiu que em casa tinha apoio de um familiar (41,7%). Das 284 mães entrevistadas, em 49 não há relatos sobre a percepção do comportamento do RN, pois os dados do nascimento da criança foram coletados no prontuário. As queixas informadas pelas mães quanto às alterações do comportamento do RN estão descritas na Tabela 2.

Nenhuma variável da saúde materna, hábitos, nível socioeconômico, escolaridade (materna e paterna) e intercorrências durante a gestação associou-se com o diagnóstico provável de transtornos mentais, analisados de forma agrupada ou separadamente (Tabela 3). Em relação à associação das variáveis maternas e BPN e prematuridade, apenas Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) associou-se com prematuridade ($p = 0,016$).

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes incluídas no estudo.

Variável		N = 300	%
Idade da mãe (anos)		25,5 (18,1; 38,6)	
Idade do companheiro (anos)		28,0 (17,0; 55,0)	
Etnia	Branca	132	44,0
	Não branca	168	56,0
Escolaridade materna	< 4 anos	4	1,3
	4 - 8 anos	49	16,4
	> 8 anos	247	82,3
Escolaridade companheiro*	< 4 anos	7	2,7
	4 - 8 anos	81	31,3
	> 8 anos	171	66,0
Situação conjugal	Mora com companheiro	242	80,7
	Não mora com companheiro	58	19,3
Sustento família	Mulher	43	14,3
	Pai	219	73,0
	Avôs/Avós	35	11,7
	Outros	3	1,0
Renda per capita	Reais	500,00 (66,60;3330,00)	
Renda per capita (Salário Mínimo)	< 1	199	66,3
	1 - 2	86	28,7
	> 2	15	5,0
Classificação SE	A	1	0,3
	B	55	18,3
	C	211	70,4
	D	30	10,0
	E	0	0,0
Opinião renda mensal	Muita dificuldade	17	5,7
	Dificuldade	39	13,0
	Alguma dificuldade	143	47,7
	Alguma facilidade	44	14,6
	Facilidade	57	19,0
Ocupação atual	Trabalho remunerado	152	50,7
	Sem trabalho remunerado	148	49,3
Ocupação companheiro*	Trabalho remunerado	247	95,4
	Sem trabalho remunerado	12	4,6
Número de filhos	0	139	46,3
	1	98	32,7
	2	45	15,0
	≥ 3	18	6,0
Idade da primeira gestação	Anos	19,0 (13,0; 36,0)	
Religião	Católica	147	49,0
	Protestante/Evangélica	107	35,7
	Nenhuma	43	14,3
	Outras	3	1,0
Consumo álcool companheiro*	Não consome	125	48,3
	Consome moderadamente	131	50,6
	Consome frequentemente	3	1,1
Tabagismo companheiro*	Fumante	55	18,3
	Nunca fumou	174	67,1
	Ex-fumante	30	11,6
Drogas ilícitas companheiro*	Usuário	3	1,1
	Nunca usou	239	92,3
	Ex-usuário	17	5,6

N (%). * Número total 259

Fonte: Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

Tabela 2. Descrição da evolução, intercorrências, peso ao nascer, prematuridade e condições de alta dos recém-nascidos das gestantes que completaram todas as etapas do questionário.

Variável		N = 284	%
Gestação planejada	Sim	134	47,2
	Não	150	52,8
Idade gestacional entrevista	Semanas	29,0 (16,0; 40,0)	
Companheiro ficou	Satisfeito	217	77,0
	Não satisfeito	12	4,2
	Indiferente	19	6,8
	Sem companheiro	34	12,0
Tentativa de interrupção	Sim	8	2,8
	Não	276	97,2
Fumou durante a gestação	Sim	31	10,9
	Não	253	89,1
Drogas na gestação	Sim	1	0,3
	Não	283	99,7
Diabetes gestacional	Sim	6	2,1
DHEG	Sim	18	6,3
Tipo de parto	Vaginal	162	57,5
	Cesárea	120	42,5
Prematuridade	Sim	19	6,7
	Não	265	93,3
Sexo	Masculino	143	50,3
	Feminino	141	49,7
Peso ao nascer	< 2500 g	14	4,9
	2500g - 4000 g	248	87,3
	> 4000 g	22	7,8
Peso ao nascer	Gramas	3327 (1425; 4615)	
Intercorrências ao nascer*	Sim	27	11,3
	Não	213	88,7
Tipo de Intercorrência	Infecciosa	2	7,4
	Icterícia	7	25,9
	Metabólica	3	11,1
	Respiratória	8	29,6
	Tocotrauma	3	11,1
Lactente ficou no hospital após alta materna*	Sim	17	7,1
	Não	223	92,9
Orientação na alta**	Sim	164	69,8
	Não	71	30,2
Qual profissional orientou	Enfermeiro	110	67,1
	Médico	54	32,9
	Sem orientação	88	37,4
Quem ajuda em casa	Avós	88	59,9
	Irmã	12	8,2
	Companheiro	24	16,3
	Outro	23	15,6
Percepção materna sobre o comportamento do RN**	Com queixa	43	18,3
	Sem queixa	192	81,7
Qual queixa	Chora muito	4	9,3
	Cólica	22	51,1
	Mama muito (voraz)	12	27,9
	Dorme pouco	5	11,7

N (%). * Número total 240. ** Número total 235.

Fonte: Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

Detectaram-se entre as gestantes avaliadas, 76 (26,6%) casos de alterações compatíveis com prováveis transtornos mentais, sendo encontrados sintomas de depressão/distímia (n = 46; 16,2%) e de ansiedade/pânico (n = 58; 20,4%). O relato de consumo de álcool na seção inicial do questionário relacionou-se com a prematuridade (p = 0,037), no entanto, nenhuma grávida preencheu os critérios finais que caracterizassem dependência de álcool.

A análise das alterações compatíveis com prováveis TM mostrou que não houve associação estatisticamente significativa com o BPN e

nem com a prematuridade, entretanto, associou-se com a percepção materna de alterações no comportamento do RN, de forma agrupada (p = 0,001) ou isolada para depressão/distímia e ansiedade/pânico (p < 0,001) (Tabela 4).

Entre as gestantes entrevistadas ocorreram dois casos de óbito neonatal, com nascimento a termo, e um caso de natimortalidade. Não foi possível obter o diagnóstico etiológico nas entrevistas por telefone. Dentre as condições de saúde dessas mães, uma delas tinha histórico de DHEG e duas tiveram sintomas compatíveis com diagnóstico provável de ansiedade.

Tabela 3. Presença de diagnóstico provável de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à saúde materna, hábitos, nível socioeconômico, escolaridade e paridade (n = 284).

Variável		Sim (n = 76)	Não (n = 208)	Valor de p*
Escolaridade materna	< 8 anos	13	36	0,562
Situação conjugal	Companheiro	60	172	0,490
Ocupação atual	Trabalha	36	110	0,424
Renda per capita	< 360,00	23	65	0,498
Companheiro	Trabalha	61	175	0,625
Escolaridade companheiro	< 8 anos	20	63	0,759
Filhos anteriores	Sim	60	173	0,485
Gestação planejada	Sim	32	86	0,507
Fumo gestação	Sim	11	20	0,283
DHEG	Sim	14	21	0,068
Diabetes	Sim	4	3	0,085
Tipo de parto	Vaginal	40	122	0,497

* Nível de significância do teste do Qui-quadrado.

Fonte: Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

Tabela 4. Percepção materna sobre o comportamento do recém-nascido segundo diagnóstico provável de transtorno mental (TM) na gestação (n = 235).

Variável		Com queixa (n = 43)	%	Sem queixa (n = 192)	%	Valor de p*
Provável TM materno	Sim	20	46,5	40	20,8	0,001
	Não	23	53,5	152	79,2	
Depressão/Distímia	Sim	12	27,9	22	11,5	< 0,001
	Não	31	72,1	170	88,5	
Ansiedade/Pânico	Sim	18	41,9	29	15,1	< 0,001
	Não	25	58,1	163	84,9	

* Nível de significância do teste do Qui-quadrado.

Fonte: Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

Discussão

No presente estudo, observou-se que 26,6% das gestantes apresentaram critérios para um provável transtorno mental. A elevada frequência de TM durante a gravidez encontra respaldo na literatura em estudos nacionais com populações de baixo nível socioeconômico^{2,5} e assistidas pela atenção básica¹⁴. Em pesquisas internacionais a prevalência de sintomas psiquiátricos, particularmente ansiedade e depressão, variam de 11,8% a 34,9%¹⁵⁻¹⁹, dependendo não só dos aspectos socioeconômicos, do período de tempo investigado, mas também do instrumento utilizado na detecção.

Nossos achados demonstraram que as gestantes entrevistadas possuíam bom nível de escolaridade, a maioria vivia com o companheiro que era o responsável pelo sustento da família. Em relação à gestação, a maior parte planejou a gravidez, relatou a satisfação do companheiro com a criança e após o parto teve auxílio, principalmente das avós do recém-nascido, o que demonstra que havia uma rede de apoio familiar importante nesse momento. Essas características podem estar relacionadas à faixa etária estudada, que pode apresentar maior maturidade emocional, psicossocial e estabilidade financeira; por outro lado, também sugere que o nível socioeconômico e condições de vida não muito favoráveis não determinam necessariamente risco de transtornos e desagregação. O suporte da família é considerado como a principal fonte de apoio materno, que é fundamental para os cuidados pré e pós-natais recebidos pela mãe e que possibilitam inclusive a diminuição de ocorrências de eventos estressantes²⁰.

A frequência de BPN foi baixa (4,9%) neste estudo, menor do que a observada para a população no Estado de São Paulo (9,1%, em 2013)²¹. A literatura registra maior risco de BPN para mães adolescentes (menores de 18 anos), e também para mulheres acima dos 40 anos^{22,23}, o que pode ter influenciado os resultados devido a seleção da faixa etária para o estudo.

Em relação à prematuridade, foi observada em 19 (6,7%) crianças, e esteve associada à presença de DHEG. Cabe destacar que a DHEG teve uma frequência de 6,3% das gestantes, mesmo não tendo sido incluídas gestantes em seguimento de pré-natal de alto risco.

A presença de sintomas sugerindo diagnóstico de provável transtorno depressivo foi verificada em 14,4% das gestantes avaliadas; embora esse achado seja inferior a pesquisas de outros países,

que variaram de 22,0% a 34,9%^{17,19}, nossos resultados são semelhantes aos estudos nacionais realizados com gestantes de baixo nível socioeconômico, no segundo e terceiro trimestres da gravidez^{6,24}.

A associação entre a depressão e os resultados obstétricos ainda é pouco conhecida, porém, alguns estudos vêm apontando este transtorno como possível fator de risco para o baixo peso ao nascer e prematuridade^{6,17,25}.

No presente estudo não foi encontrada associação entre diagnóstico provável de transtorno depressivo com o BPN e prematuridade. Estudos em países desenvolvidos verificaram que a depressão não é um fator de risco independente para o BPN^{25,26}; já em países em desenvolvimento foi encontrada associação positiva, influenciada por baixa renda e consumo de álcool durante a gravidez. No entanto, as pesquisas que encontraram essa associação, identificaram depressão pré-natal como um preditor significativo de BPN, sem controlar a idade gestacional^{6,27}.

Em relação ao diagnóstico provável de transtorno de ansiedade generalizada, a frequência foi elevada (19,3%), como já descrito em outros estudos com mulheres no período gestacional^{15,18}, o que também foi observado em pesquisa realizada no Sul do país com gestantes atendidas em 18 UBS, que encontrou frequência muito semelhante (19,8%) ao presente estudo, utilizando o mesmo instrumento de rastreamento¹⁴.

A frequência dos demais TM avaliados (bulimia nervosa, transtorno do pânico e dependência de álcool) foram menores que as encontradas para depressão e ansiedade generalizada, não se associaram a nenhuma variável da saúde materna, hábitos, nível socioeconômico, escolaridade (materna e paterna), intercorrências durante a gestação e condições do RN. Tal fato deve-se a homogeneidade da amostra quanto aos aspectos supracitados, o que não permitiu diferença significativa entre os grupos com e sem sintomas de TM.

No presente estudo foi verificada associação entre diagnóstico provável de TM nas mães e a percepção de alterações no comportamento do RN. Isso sugere que os sintomas psiquiátricos maternos podem influenciar a relação mãe-RN no puerpério. Assim, o profissional da atenção básica deve estar atento para identificar possíveis alterações psicológicas durante a gravidez e no pós-parto, a fim de realizar o acolhimento adequado para cada gestante/mãe. Ao considerar essa possibilidade, o profissional poderá avançar na compreensão da dinâmica entre mãe e filho, na abordagem das queixas quanto aos sintomas

e comportamentos da criança, e atuar de forma mais segura para orientar a família.

A atenção à saúde mental na atenção básica é importante para antecipar a detecção de casos e interromper precocemente o processo de adoecimento; para isso, a capacitação em saúde mental dos profissionais torna-se necessária. Entretanto, apesar da alta prevalência de sofrimento mental nos pacientes atendidos na rede básica de saúde, ainda não há detecção adequada. Tal fato deve-se à dificuldade apresentada pelos profissionais em diagnosticar corretamente e, por consequência, realizar o devido atendimento¹⁰.

As pesquisas realizadas sobre os sintomas psiquiátricos utilizam várias escalas para o rastreamento; entre as mais utilizadas estão: *escala de autoavaliação* (IDATE)²⁸, mais comumente utilizada nas pesquisas epidemiológicas, para identificar a presença de ansiedade; a *escala HADS*, (Hospital Anxiety and Depression Scale), desenvolvida para investigação em pacientes de serviços não psiquiátricos de hospital geral, a fim de identificar os sintomas de ansiedade e depressão²⁹. No presente estudo, foi utilizado o instrumento PRIME-MD, para rastreamento de sintomas sugestivos de diagnósticos prováveis, seguindo os critérios diagnósticos do DSM-III, apesar da classificação atualmente recomendada ser baseada no DSM-V. Trata-se de um questionário de fácil e de rápida aplicação, que pode ser incorporado na atenção básica.

Os resultados aqui descritos não podem ser generalizados para a população. Vale notar, porém, que pessoas com TM podem apresentar redução do autocuidado, ocasionando aumento do consumo de álcool, tabaco e outras drogas; redução da quantidade e piora da qualidade alimentar; além da não adesão ao pré-natal⁹. Tais comportamentos durante a gestação podem levar a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, BPN, restrição do crescimento intrauterino e mortalidade materna³⁰. Nossos resultados serão apresentados aos gestores locais,

no sentido de contribuir com a qualidade da assistência à gestante e à criança.

Apesar dos aspectos importantes demonstrados neste estudo, algumas limitações devem ser lembradas. O tamanho da amostra pode ter influenciado na falta de associações na análise com os desfechos (BPN e prematuridade); além disso, não foi possível a aferição das condições antropométricas das gestantes, do ganho ponderal durante a gestação, do número de consultas e qualidade do pré-natal. Também devemos lembrar que as informações sobre DHEG e diabetes gestacional foram auto referidas. Dessa forma, a realização de estudos com maiores amostras, com recrutamento de grávidas com características similares pode contribuir para a produção de novas evidências acerca da associação entre TM e as condições do recém-nascido e também outras características maternas que podem influenciar nessa relação.

Considerações Finais

Em conclusão, observou-se que gestantes em acompanhamento de pré-natal de baixo risco, na faixa etária de 18 a 39 anos, no segundo e terceiro trimestres gestacionais, apresentam frequência relevante (26,6%) de sintomas sugerindo diagnósticos prováveis de TM. Embora não tenha sido observada associação com o BPN e a prematuridade, vale destacar a associação desses possíveis TM com a percepção materna de alterações no comportamento do RN.

A avaliação clínica e acompanhamento na atenção básica são fundamentais, pois, o cuidado pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se crucial para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher. A identificação de possíveis TM na gestação pode também colaborar para uma melhor compreensão da dinâmica do binômio mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias.

Colaboradores

DO Costa participou de todas as etapas da pesquisa e elaboração do artigo; MWL Strufaldi e GC Pedroso participaram da orientação, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e final do artigo; FIS Souza participou da análise e interpretação dos dados, revisão crítica e final do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). The world health report. People with mental disabilities cannot be forgotten. [Internet] 2010. [acessado 2013 Mar 14]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/
2. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1639-1648.
3. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(3):249-260.
4. Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006; 33(4):297-302.
5. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12(5):335-343.
6. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, Oliveira SS, Silva AS, Pinheiro KAT, Santo GCE, Jansen K. 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 Saude Publica* 2012; 28(10):1939-1948.
7. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):747-756.
8. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):219-227
9. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin* 2008; 35(4):144-153.
10. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saude Soc* 2012; 21(4):1022-1034.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil - 2010. [acessado 2013 Mar 14]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>
12. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272(22):1749-1756.
13. Fraguas Júnior R, Henriques Jr. SG, Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, Gattaz WF, Martins MA. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006; 91(1):11-17.
14. Almeida MS, Nunes MA, Comey S, Pinheiro AP, Schmidt MA. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):385-393.

15. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health* 2011; 11:22.
16. Ibanez G, Charles MA, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, Cubizolles MJS. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development* 2012; (88):643-649.
17. Kim DR, Sockol LE, Sammel M, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Women's Ment Health* 2013; 16(6):475-482.
18. George A, Luz FR, Tychev C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13:233.
19. Chang HY, Keyes KM, Lee KS, Choi IA, Kim SJ, Kim KW, Shin YH, Ahn KM, Hong SJ, Shin YJ. Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. *Early Human Development* 2014; (90)15-20.
20. Oliveira MR; Dessen MA. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia* 2012; 29(1):81-88.
21. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [Internet] São Paulo. [acessado 2015 Jul 03]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/>
22. Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Rev Bras Promoção Saude* 2004; 17(2):56-60.
23. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(5):224-231.
24. Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med* 2005; 35(10):1485-1492.
25. Evans J, Heron J, Patel R, Wiles N. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term - longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2007; 191:84-85.
26. Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR, Marcus SM, Davis MM. Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. *J Womens Health* 2010; 19(1):31-37.
27. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(6):481-486.
28. Oliveira JCS, Sisto FF. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicol Teor Prat* 2004; 6(1):45-57.
29. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52(2):69-77.
30. Fonseca CRB, Strufaldi MWL, Carvalho LR, Puccini RF. Adequacy of antenatal care and its relationship with low birth weight in Botucatu, São Paulo, Brazil: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:255.

Artigo apresentado em 16/12/2015

Aprovado em 14/12/2016

Versão final apresentada em 16/12/2016