



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

VERÔNICA CARDOSO MASSAROLO

GESTÇÃO DECLINADA:
UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DOS TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS E COMPORTAMENTO SUICIDA EM GESTANTES

*Declined pregnancy:
A prevalence symptoms study of common mental disorders and suicide behavior in
pregnant women*

CAMPINAS

2020

VERÔNICA CARDOSO MASSAROLO

GESTÇÃO DECLINADA:
UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DOS TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS E COMPORTAMENTO SUICIDA EM GESTANTES

Declined pregnancy:

*A prevalence symptoms study of common mental disorders and suicide behavior in
pregnant women*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da
Saúde na área de concentração Saúde Materna e Perinatal.

*Master's Dissertation presented to the Obstetrics and Gynecology
Post Graduate Program of the School of Medical Sciences,
University of Campinas as part of the requirements to obtain the
title MSc grade in Health Science, specialization in the
Concentration Area of Maternal and Perinatal Health.*

ORIENTADOR: PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA.

ESTE ARQUIVO DIGITAL CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA VERÔNICA CARDOSO MASSAROLO, ORIENTADA POR
PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA.

CAMPINAS

2020

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, *Código de Financiamento 001*.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M382g Massarolo, Verônica Cardoso, 1992-
Gestação declinada : um estudo de prevalência de sintomas dos transtornos mentais comuns e comportamento suicida em gestantes / Verônica Cardoso Massarolo. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Rodolfo de Carvalho Pacagnella.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos mentais. 2. Gestantes. 3. Gravidez. I. Pacagnella, Rodolfo de Carvalho, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Declined pregnancy : a prevalence symptoms study of common mental disorders and suicide behavior in pregnant women

Palavras-chave em inglês:

Mental disorders

Pregnant women

Pregnancy

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Rodolfo de Carvalho Pacagnella [Orientador]

Belmiro Gonçalves Pereira

Flávia Azevedo Gomes Sponholz

Data de defesa: 26-11-2020

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8955-1145>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/5663068374475556>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
VERÔNICA CARDOSO MASSAROLO

ORIENTADOR: PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA

MEMBROS:

1. PROF. DR. RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA

2. PROF. DR. BELMIRO GONÇALVES PEREIRA

3. PROF. DR. FLÁVIA AZEVEDO GOMES SPONHOLZ

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa na FCM.

DATA DA DEFESA: 26/11/2020

VERDADE

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
Porque a meia pessoa que entrava
Só trazia o perfil da meia verdade.
E sua segunda metade
Voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

[...]

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
Seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

DEDICATÓRIA

*A todas as gestantes, por se tornarem e
se permitirem a ser pacientes.*

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rodolfo Pacagnella, por toda dedicação a pesquisa e por acreditar no meu trabalho, mesmo antes do meu ingresso no mestrado.

Ao meu companheiro e marido, Felipe, pelo amor e por todo acolhimento mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha família: meus pais, Jorge e Chris. Aos meus irmãos: Daniel, Carolina e Enzo. Sempre fui incentivada a continuar estudando por cada um deles, cada um com seu jeito. Obrigada por todo apoio e suporte que me deram. Às minhas sobrinhas, Lulu e Isis, por sempre conseguirem me distrair e trazer tanta alegria. À minha madrinha, Leleu, por todo carinho.

A todas as equipes de trabalho dos ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco e Pré-Natal Adolescente que colaboraram com a coleta de dados e possibilitaram a inserção da pesquisa na rotina.

À Prof. Dr^a Renata Azevedo, por contribuir com seu saber. À Jaqueline e Yasmin, juntas pudemos realizar toda a coleta de dados da melhor forma.

Aos colegas do grupo de pesquisa PEMSaM que tanto me ensinaram. Em especial, a Silvana. Obrigada por tudo, especialmente pelo incentivo à minha escrita.

Aos colegas de turma, em especial, Lívia e Charles, por terem sido companheiros com as angústias e com os processos de pesquisa.

Às amigas de longa data e sempre presentes, em especial, Stefanni, Stephanie, Isabel, Náira. Ao meu grande amigo Victor Hugo. Todos vocês são incríveis.

Finalmente, aos professores que passaram pela minha vida e me trouxeram curiosidade em aprender mais.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), ansiedade, depressão e a existência do comportamento suicida em gestantes que tiveram seguimento em um pré-natal de alto risco e em um pré-natal adolescente; correlacionar os quadros encontrados com variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Sujeitos e método:** Estudo descritivo de corte transversal com gestantes iniciando o pré-natal nos meses de junho e julho de 2017 nos ambulatórios de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) e Pré-natal de Adolescentes (PNA) de um hospital terciário da cidade de Campinas-SP (CAISM). **Análise dos dados:** Os dados foram inseridos em plataforma online e depois extraídos para o programa SAS System for Windows. Para avaliação da relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Para avaliação da relação entre as variáveis numéricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney Kruskal-Wallis. Foi realizada também a análise multivariada e para avaliação dos fatores relacionados com os transtornos foi utilizada a análise de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas no total 171 gestantes, medianamente, idade de 27 anos, maioria de cor branca, sem ocupação, com parceiro fixo, com religião (predominantemente evangélica), classe social C e renda mediana de R\$750,00. A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 49,1% de acordo com o SRQ-20, de depressão pela HAD-D foi 25,7% e 34,9% pela EPDS, 40,6% para transtorno de ansiedade, pela HAD-A, e 9,5% para comportamento suicida de acordo com a BSI. **Conclusão:** Foi encontrada associação entre ter antecedente psiquiátrico e o rastreamento positivo para transtornos mentais comuns, ansiedade, depressão e comportamento suicida.

Palavras-chave – transtornos mentais, gestação, gravidez.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the symptoms of Common Mental Disorders (CMD), anxiety, depression prevalence and the presence of suicidal behavior in expectant mothers which have had follow-up in a high-risk prenatal and in a adolescence prenatal care; to correlate the scenarios found with sociodemographic and obstetrics variables. **Subjects and Method:** A descriptive cross-sectional study on pregnant women who were starting prenatal care in June and July 2017 at the High Risk Prenatal Care (in Portuguese PNAR) and Adolescent Prenatal Care (in Portuguese PNA) outpatients clinics in a tertiary hospital in Campinas (CAISM). **Data analysis:** The data was inserted in an online platform then extracted to the SAS System for Windows program. The Chi-square test and, when necessary, Fisher's exact test were used to evaluate the ratio between the categorical variables. The used Mann-Whirney and Kruskal-Wallis tests expresses the numerical variables ratio evaluation. In a due to evaluate the factors related to the disorders multivariate analysis and a logistic regression analysis were also performed. The significance level adopted was 5%. **Results:** The prevalence of common mental disorders was founded in 49,1% through SRQ-20, 25,7% depression by HAD-D and 34,9% by EPDS, 40,6% anxiety disorder by HAD-A, and 9,5% suicidal behavior through BSI. The research sample includes 171 pregnant women, with average age of 27, mostly white, with no occupation, no fixed partner, religious (predominantly neo-charismatics) and with average income of R\$750,00 – social class C. **Conclusion:** The study founded the following association in the pregnant women sample: having psychiatric care background and a positive screening for common mental disorders, anxiety, depression and suicidal behavior.

Keywords – mental disorder, pregnant women, pregnancy.

LISTA DE FIGURAS

Dissertação

Figura 1: Fluxograma de ingresso de sujeitos no estudo 40

Gráfico 1: Motivos de encaminhamentos declarados pelas gestantes avaliadas ... 65

Gráfico 2: Comorbidades declaradas pelas gestantes avaliadas 66

Artigo

Gráfico 1: Prevalência dos sintomas de transtornos psiquiátricos de acordo com os testes utilizados.....58

LISTA DE QUADROS

Dissertação

Quadro 1: Critérios para diagnóstico da depressão, segundo o DSM-V	23
Quadro 2. Detalhamento dos antecedentes declarados pelas gestantes.....	67

LISTA DE TABELAS

Dissertação

Tabela 1. Perguntas sobre ansiedade na escala EPDS	68
--	----

Artigo

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes avaliadas na primeira consulta de pré-natal de alto risco entre junho e julho de 2017.....	57
Tabela 2. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e transtornos mentais comuns (SRQ-20) (n=84)	59
Tabela 3. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e depressão (EPDS)(n=57)	60
Tabela 4. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e depressão (HAD-D)(n=43)	61
Tabela 5. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e ansiedade (HAD-A)(n=69)	62
Tabela 6. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e comportamento suicida (BSI)(n=16).....	63
Tabela 7. Análise multivariada entre variáveis de perfil sociodemográfico e escalas.....	64

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO	16
Transtorno Mental Comum	19
Ansiedade	21
Depressão	23
Comportamento Suicida	25
Possíveis dificuldades acerca do cuidado à gestante e consequências	27
2. OBJETIVOS	30
2.1. Objetivo Geral	30
2.2. Objetivos específicos:	30
3. MÉTODO	31
Delineamento da pesquisa	31
Participantes da pesquisa	31
Período e local de estudo	31
<i>Critérios de inclusão:</i>	31
<i>Critérios de exclusão:</i>	32
Tamanho amostral	32
Variáveis e conceitos	32
Instrumentos para coleta de dados	34
Questionário de autopreenchimento 20 (SRQ -20 – Anexo 5)	35
Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS – Anexo 6)	36
Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS – Anexo 7)	37
Escala Beck de Ideação Suicida (BSI – Anexo 8)	37
Procedimentos de coleta de dados	38
Controle de Qualidade	39
Processamento e análise dos dados	39
Aspectos Éticos	41
Análises críticas de desconfortos, riscos e benefícios	41
Descrição das medidas para proteção ou minimização dos desconfortos e riscos previsíveis:	42
Descrição das medidas de monitoramento da coleta de dados e proteção à confidencialidade:	42
Modo de abordagem dos sujeitos da pesquisa para a obtenção do TCLE:	42
Participação de grupos vulneráveis:	42

4. RESULTADOS	44
4.1. RESULTADOS COMPLEMENTARES	65
Transtorno mental comum	69
Ansiedade	70
Depressão	71
Comportamento suicida	72
Outras considerações acerca dos achados da pesquisa	74
6. CONCLUSÕES	78
7. REFERÊNCIAS	79
8. ANEXOS	87
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	87
Anexo 2: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	91
Anexo 3 : Questionário sociodemográfico e socioeconômicos	95
Anexo 4: Questionário obstétrico	96
Anexo 5: Questionário de autopreenchimento -20	97
Anexo 6: Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)	98
Anexo 7: Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)	99
Anexo 8: Escala Beck de Ideação Suicida (BSI)	99
Anexo 9: Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa	102
Anexo 10: Submissão do artigo	104

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa começou a ser gestada com a prática do meu trabalho enquanto psicóloga. Em uma instituição hospitalar, tive a oportunidade de me aproximar das mais diversificadas histórias de gestações, além da possibilidade de compreender um pouco mais da complexidade do processo de tornar-se mãe e da ambivalência que este momento pode proporcionar à gestante. Ainda que tão perto da escuta, com a oportunidade estar mais próxima de significar o lugar da gestação na vida de cada uma, a produção deste trabalho visou entender, num aspecto quantitativo, o quanto as gestações podem ser trajetórias vividas com indicativos psíquicos de sofrimento. A mensuração de sintomas referentes a transtornos nos remete a refletir sobre a vivência de cada uma destas mulheres e seus dilemas e dificuldades da maternidade.

A pesquisa consiste em discutir a presença dos sintomas de transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade e comportamento suicida no período gestacional. Os grupos escolhidos para as análises e a realização da pesquisa foram gestantes de alto risco e adolescentes. Estas foram as esferas que mais chamaram atenção na escuta com gestantes e em suas queixas no trabalho clínico.

O caminho da dissertação perpassa pela definição da gestação, espectro de sintomas dos transtornos citados, apresentação da pesquisa realizada, descrição de seus resultados, incluindo um artigo enviado para publicação e discussão dos achados.

1. INTRODUÇÃO

A gestação se inicia, organicamente, com a concepção, a fecundidade - lembrando que o “descobrir” que está grávida sempre é um saber posterior do *estar*; sendo, portanto, sempre uma novidade, uma descoberta. A fase seguinte é o momento de confirmação do estado grávida e a nomeação de tal momento. Cada experiência é carregada de singularidades, de tempos distintos, de uma história dos genitores, do projeto de gestação, da ambivalência do desejo. São fatores que se somam a fim de compor um cenário complexo(1).

Compõe o cenário da gravidez, o pensar na maternidade. Um conceito culturalmente diverso e que historicamente se alterou ao longo dos tempos. Atualmente, pensar a maternidade remete a uma centralidade do bebê, um lugar de prioridade. Por vezes, o conceito de *maternar* foi imposto à ordem das mulheres, como algo instintivo, e não uma escolha. Não é preciso de tanto para poder recusar tão afirmativa, nem toda mulher quer ser mãe e não é um processo simples tornar-se mãe. Ainda, é possível afirmar que existem *mitos* em torno da gestação e do maternar, do que esse momento pode representar na vida da mulher – por vezes acreditou-se que os hormônios liberados na gestação pudessem proteger a mulher do adoecimento, por exemplo.

Movido por tantas expectativas, pode-se edificar o entendimento do ciclo gravídico como uma longa espera pelo bebê, que começa mesmo *antes* de a mulher se tornar gestante. A gravidez, dependendo da perspectiva, pode ser interpretada como um empréstimo do corpo que a mãe realiza para gerar uma vida, sem ter a garantia, de fato, dessa vida. Assim, uma gestação pode ser marcada por uma idealização do processo de tornar-se mãe, com ideias, expectativas e fantasias em torno da maternidade que dificilmente envolvem a possibilidade de sofrimento – ao mesmo tempo, tais significados podem ser carregados de tantas expectativas positivas que estes mesmos já são suficientes para colocarem a gestação enquanto uma queda, um *declínio*, no sentido, de que, nem sempre necessariamente o ciclo gestacional poderá ser vivido de forma tão positiva (2).

Ainda que o entendimento e a busca pela maternidade se iniciem antes que a mulher seja mãe, o momento que marca a condição de possibilidade que viabiliza a gestação é o início da vida sexual, associado especialmente a adolescência.

Quando acontece, a gestação na adolescência é carregada de suas particularidades. A adolescência, por si só, abarca singularidades. Mesmo sua definição, não é um consenso. Pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência engloba

dos 10 aos 19 anos, e de acordo com a ONU, este momento pode ser estendido até os 24 anos com a fase jovem(3,4). No Brasil, considera-se pelo Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência da faixa dos 12 anos aos 18 anos (pode ser aplicável até os 21)(5). De qualquer maneira, tal momento se define por uma fase de transição e mudanças – e a gestação faz parte da realidade adolescente mundialmente. Por ano, cerca de 16 milhões de adolescentes entre os 15 e os 19 anos engravidam (4).

Além das mudanças características do período gestacional, quando a gestação ocorre na adolescência, o momento vivido envolve outros obstáculos na esfera social também, além de uma série de mudanças hormonais e físicas. O acontecimento se associa a um aumento nas chances da evasão escolar e mudança nos projetos de vida, tendo uma importância maior ainda o suporte social recebido (6,7).

Um estudo com gestantes (n=505) da faixa etária entre os 12-19 anos no estado da Paraíba, encontrou como motivos que podem tornar provável o acontecimento da gestação na adolescência: história familiar de gravidez na adolescência, falta de acesso à informação quanto a métodos contraceptivos, difícil acesso à saúde, poucos anos de escolaridade da adolescente e de sua família nuclear (8).

A despeito disso, mesmo que não seja classificada como doença, a gravidez por vezes pode ser acompanhada de graves complicações físicas ou mentais, que podem levar até mesmo ao óbito materno. Cada trimestre da gestação carrega sua parcela de questões, sendo no primeiro trimestre comum existir uma ambivalência maior quanto ao desejo de querer ou não ser mãe, ansiedades, incertezas, medo do aborto. No segundo trimestre, as modificações corporais tomam espaço, a relação com o bebê torna-se mais real devido ao início das movimentações do feto. No terceiro trimestre, a ansiedade com o parto torna-se maior, com angústias e expectativas em relação a este momento – além de outras adaptações corporais - que podem acarretar uma dificuldade no sono, no apetite ou na respiração (9).

Aquelas gestações que apresentam alguma patologia ou qualquer tipo de agravo à vitalidade da mulher, ou do feto, são consideradas gestações de alto risco. Esta classificação engloba, além de doença ou de condições crônicas de saúde, doenças incidentes na própria gestação, de origem orgânica ou psíquica (10).

As gestações na adolescência nem sempre são de alto risco, no entanto, alguns estudos associam maiores riscos devido à maturação biológica da gestante. Prematuridade, baixo peso ao nascer e eclampsia - são condições que podem estar relacionados enquanto possíveis desfechos (11).

Em situações extremas de morbidade materna pode haver inclusive falência orgânica com evolução para morte. As situações em que há cuidado adequado e as mulheres sobrevivem são denominadas *near miss* materno(12).

Na última década as condições de morbidade foram foco de maior atenção da OMS, reconhecendo que as mulheres que estiveram próximas de uma situação de quase morte (o *near miss*) na gestação podem apresentar muitas semelhanças, do ponto de vista clínico, com as mulheres que de fato morreram. O estudo da OMS neste âmbito tem como objetivo principal diminuir a mortalidade materna no mundo (12). Este conceito ampliado de morbidade materna considera como causas indiretas de agravo à saúde da gestante aspectos relacionados à saúde mental, tais como depressão, ansiedade, depressão pós-parto, psicose puerperal, entre outros.

A OMS busca esclarecer as diferenças das mortes entre países de baixa e média renda, com pesquisas em regiões como África Subsaariana, Sul, Sudeste asiático e América Latina. A construção destes padrões ajudará na descrição mais complexa de um problema grave, antes apenas identificado por indicadores que mostravam a “ausência” ou “presença” da morbidade materna. A consequência de tais estudos é a busca de novas e mais eficientes condutas preventivas em salvaguarda da saúde e bem-estar da mulher (13).

Pensando e conceituando a mortalidade materna com o objetivo de entender o fenômeno e buscar condutas preventivas, considera-se morte materna o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias depois do seu término, independente da duração ou localização da gravidez, causada por qualquer fator relacionado ou agravado por ela ou por medidas relacionadas a tal condição. Não é considerada morte materna aquela que tenha sido provocada por fatores acidentais ou incidentais. As causas indiretas de morte significam óbitos que foram consequência de doenças pré-existentes à gestação ou doenças que tenham sido desenvolvidas durante a mesma. Em resumo, são mortes que não foram provocadas por uma causa obstétrica direta(12,14).

Um editorial publicado em 2018 intitulado “*Mental health near miss indicators in maternity care: a missed opportunity?*”(15) aponta que em relação ao cuidado à saúde biológica materna há bastante pesquisa e consenso, todavia em relação à saúde mental na gestante há poucos estudos. Não existe momento em que a saúde mental se coloque tão próxima da saúde quanto no período gravídico-puerperal. (16).

Vários fatores podem interferir e, eventualmente, mudar o significado da gestação: condições adversas do meio, dificuldades financeiras, ausência de suporte

social, relações maritais conflituosas, violência doméstica, ambivalência com relação ao desejo pela gestação, história anterior de depressão, uso de substâncias psicoativas e por vezes comportamento suicida (17,18). Todos esses fatores podem trazer sofrimento às mulheres e se associarem a algum quadro de transtorno mental.

OMS publicou em 2016 um manual de recomendações sobre cuidados pré-natais com foco na diminuição da morbidade e mortalidade materna. As diretrizes recomendam maior proximidade entre a gestante e os provedores da saúde, bem como o rastreamento do uso de substâncias psicoativas e violência por parceiro íntimo (19).

Transtorno Mental Comum

Dentre os quadros de transtorno mental na gestação destacam-se, pela sua frequência, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), conceito elaborado pelo psicólogo e psiquiatra inglês, David Goldberg e divulgado em 1982 (20). Ao lidar com os pacientes, Goldberg observou uma elevada frequência e correlação dos quadros de depressão e ansiedade(21). Dessa maneira, uma série de modelos de questionários foram apresentados ao longo de seus trabalhos, tornando possível a associação dos dois transtornos em um mesmo plano – o transtorno mental comum (22).

Os sintomas que compõe o TMC são uma composição de sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes. Os sintomas ansiosos rastreados são: tensão, preocupação, nervosismo, alta flutuação de ansiedade, irritabilidade, insônia. Quanto aos sintomas depressivos, podem ser ilustrados por: sentimento de desinteresse, desesperança, autodepreciação, tristeza, falta de autoconfiança, distanciamento social, inutilidade; e os sintomas somatoformes são mensurados por relatos de má digestão, vômito ou insônia, por exemplo (23).

Os TMC são descritos por serem menos graves e incapacitantes ao indivíduo, portanto, os esforços para lidar com esta população no sistema de saúde ou mesmo em pesquisas por vezes pode ser negligenciado (24,25).

Um estudo pioneiro realizado na região sul do Brasil, em 1996, encontrou prevalência dos sintomas de TMC medidos nos últimos sete dias em 22,7% na população geral. Neste estudo a maior frequência de TMC teve como fatores associados à baixa renda, idade avançada, poucos anos de escolaridade e eventos adversos na vida como perda de um parente, acidente, ter sido assaltado ou roubado (26).

Pesquisa realizada com mulheres adultas (n=848) em 2018 utilizou o SRQ-20 para buscar a presença de sintomas do TMC nos últimos trinta dias. A prevalência de

provável TMC foi de 18,7%. As associações significativas com os sintomas foram identificadas em mulheres no intervalo dos 50-64 anos, 0-8 anos de escolaridade, com a ocupação “donas de casas”, separadas ou viúvas, com doenças crônicas e problemas de saúde (27).

Outro estudo realizado em 2010 com gestantes (n=1267), também na região sul do Brasil e com o mesmo instrumento SRQ-20, encontrou a prevalência de 41,4% de TMC. Os fatores listados como associados à prevalência de TMC foram baixa escolaridade, baixa renda, falta de ocupação, falta de apoio familiar, baixa autoestima (28). No entanto, tais fatores também podem ser consequências da existência do TMC. Já em um trabalho realizado com mulheres entre 20 e 30 semanas de gestação (n=831), na região de São Paulo, todas atendidas pela rede básica de saúde, teve rastreamento positivo para TMC em 20,2% das gestantes.(29)

Quando a amostra conta somente com adolescentes, uma pesquisa realizada em São Paulo com gestantes (n=930) que realizaram o pré-natal na rede pública, utilizou o CIDI para rastrear sintomas de TMC nos últimos doze meses e encontrou a prevalência dos sintomas em 24,3% da amostra, com associação a poucos anos de escolaridade, antecedentes clínicos(30).

Além do sofrimento psíquico provocado na gestante, os TMC podem contribuir para desfechos obstétricos adversos. Mulheres com elevados níveis de ansiedade ou depressão na gravidez possuem aumento do risco de parto prematuro, pré-eclampsia, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e dificuldades no processo da amamentação, fator este não apenas pelo benefício nutricional e imunológico da criança como também pela interação mãe-bebê (31–35). Existem evidências que a ansiedade e o estresse no momento gestacional estejam relacionados a uma mudança nas atividades motoras do feto(36).

Com relação aos fatores protetivos, ou seja, que podem diminuir a probabilidade de uma pessoa ter aquele transtorno, uma revisão sistemática de artigos sobre TMC durante o ciclo gravídico-puerperal, elencou alguns indicativos como: ter maior tempo de estudo, um emprego estável e o relacionamento com alguém que também tenha emprego estável. A qualidade do relacionamento íntimo, medida pela avaliação da gestante em fatores como confiança, afetividade, sensibilidade, também foi considerada um fator de maior proteção à saúde mental (37).

Ansiedade

Em fontes como DSM-V a ansiedade é colocada como uma antecipação do futuro, distinguindo-se unicamente da definição de medo, mas, pode ser definida por reações emocionais a uma ameaça. Alguns exemplos destes transtornos são: ansiedade generalizada, pânico e fobias(38).

A ansiedade engloba transtornos comuns na população geral e que também podem aparecer na gestação. Na população geral chega a abranger 28,8% (39). São transtornos mais frequentes em mulheres do que homens (40), frequência esta, inclusive, maior em gestantes do que em não grávidas (41).

Definido pela ansiedade e preocupação excessivos vividos por no mínimo seis meses, o Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG) compreende a vivência ansiosa excessiva aplicada a muitas esferas da vida, como trabalho e família, por exemplo. Sintomas físicos como tensão muscular, dificuldade para relaxamento e insônia estão associados ao quadro(38).

O pânico é um transtorno com sintomas, estes são: medo de morrer, medo de enlouquecer ou perder o controle, sentimento de desrealização ou despersonalização. Alguns sintomas somatoformes comumente se manifestam como: dor no peito, tontura, desmaio, sufocamento, náuseas, sensação de anestesia, palpitação, sudorese e tremores. A somatória de no mínimo quatro dos sintomas citados acima define a existência do ataque de pânico. A síndrome do pânico ocorre quando os ataques são repetidos e deixam a condição de episódios isolados. O ataque de pânico dura em média até 20 minutos, sendo, portanto, difícil que seja assistido por médicos em instituições hospitalares. O diagnóstico é realizado por meio de relatos clínicos(38).

A fobia é um dos transtornos ansiosos, definida por medos irracionais e intensos, carregados de uma reação emotiva extrema de ansiedade, que causa esquivas e asco em relação a um objeto em específico. Pode provocar desmaio, bradicardia, hipotensão. É definida pela presença desta reação a um objeto específico por mais de seis meses(38).

Quando se relata o estado ansioso no momento específico da gestação, possíveis condições são precedentes, tais como: planejamento de vida após o nascimento do bebê, carência de recursos sociais, falta de suporte familiar, gravidez indesejada, histórico de vida e a relação com o pai do bebê, a saúde do feto, enfim, motivos que não parecem ser claros e serão singulares a cada mãe, porém, não deixam de se manter presentes durante a gestação (35).

Um estudo realizado em 2018, na Croácia, teve um rastreamento positivo para a

ansiedade em 35,3% das gestantes de baixo risco. No levantamento não foram incluídas menores de 18 anos. Participaram 375 gestantes, sendo que 9,2% tinham algum transtorno psiquiátrico anterior. Os instrumentos utilizados para rastreio da ansiedade foram State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e The Pregnancy Concerns Scale (PCS). O estudo constatou uma diferença na ansiedade no momento da gestação e no puerpério (20% de ansiedade nas gestantes após seis semanas do parto), que contribuiu para a hipótese da gestação ser um momento de maior ansiedade por medos relacionados ao parto ou a expectativas em relação a saúde do bebê (42), mas, também, pode se relacionar com a ansiedade de saber melhor como vai ser este novo projeto de vida com um recém-nascido na família.

Um estudo com gestantes de alto risco (n=62) realizado em 2014, rastreou os sintomas de ansiedade com a escala GAD-7 em 13% das gestantes. O tratamento anterior com a psiquiatria esteve associado ao aumento dos sintomas (43).

Quanto aos estudos em gestantes de baixo risco, uma revisão sistemática sobre transtornos ansiosos foi realizada no ano de 2013, com as bases de dados: MEDLINE, PsycINFO e CINAHL, incluiu na busca: transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, fobia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada. As palavras chave buscadas foram “prenatal, “antenatal”, “pregnancy”, “outcomes”. No total, 57 artigos foram utilizados na revisão e qualquer tipo do transtorno ansioso foi encontrado em 4,4 a 39% de gestantes. O artigo explica tal intervalo devido a critérios distintos nos estudos e a existência de grupos heterogêneos. Foram colocados como fatores de risco comuns buscados; estar solteira, baixa renda e ser primípara (44). É importante ressaltar que o transtorno obsessivo compulsivo, o transtorno de estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático não estão mais dentro da categoria dos Transtornos de Ansiedade no DSM-V(38).

Quanto a ansiedade em estudos com adolescentes, uma pesquisa brasileira de corte transversal, realizada com 120 grávidas (dos 14-18 anos) distribuídas igualmente nos três trimestres gestacionais, avaliou a presença de sintomas ansiosos com a escala HAD e encontrou as seguintes prevalências no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente: 22,5%, 15% e 32,5%. O estudo considerou a proximidade do parto um fator gerador maior de ansiedade (45).

Os transtornos ansiosos também podem ser preditores de depressão puerperal e sua presença na gestante deve ser sinal de alerta para necessidade de investigação da presença de depressão no puerpério (46,47).

Depressão

Componente dos transtornos mentais comuns, uma condição importante a ser investigada de maneira mais aprofundada no período gestacional são os transtornos de humor, com destaque para os transtornos depressivos. A abrangência do transtorno depressivo varia com o critério de cada estudo, mas, estima-se que a condição esteja presente em pelo menos 16% das gestantes (35).

Alguns teóricos, como Beck et al, colocam a depressão como sendo uma condição que começa leve, paulatinamente tem uma elevação nos sintomas, e depois, começa a ter algumas diminuições; apresentando, ciclos de remissão (48). No entanto, é necessário colocar que os quadros de depressão podem ser heterogêneos, com relação aos sintomas, aos tratamentos e mesmo com relação ao tempo com que esta condição possa permanecer.

O DSM-V coloca como critério de diagnóstico a presença de cinco dos nove sintomas listado por no mínimo duas semanas, sendo eles:

Quadro 1: Critérios para diagnóstico da depressão, segundo o DSM-V

	Sintomas (indicados pelo relato da própria pessoa ou por observação de outra) sentidos na maior parte do tempo
1	Humor deprimido na maior parte do dia
2	Diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia
3	Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento no apetite.
4	Insônia ou hipersonia
5	Agitação ou letargia psicomotor
6	Fadiga ou perda de energia
7	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada
8	Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias
9	Pensamentos persistentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente com ou sem um plano específico, tentativa de suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2013)(38)

Os tratamentos variam de acordo com cada caso e com a gravidade da condição, separados mediante os critérios: leve, moderada ou grave. Alguns exemplos de acompanhamentos podem ser psicoterapias individuais, medicamentos tricíclicos, medicamentos inibidores seletivos da receptação de serotonina, inibidores da receptação da dopamina e noradrenalina, entre outras combinações; o eletrochoque também é utilizado em alguns casos. Existem pesquisas que sugerem o uso do antidepressivo somente em casos de depressão severa (48).

Um estudo de revisão integrativa com análise de artigos publicados entre 2012-2016, consultou as bases de dados Pubmed, SCOPUS, CINAHAL, PsycINFO e LILACS, analisou 37 artigos, sendo eles, a maioria estudos advindos do Brasil e com foco na depressão pré-natal – sem restrições quanto a condição da gestação. O estudo percebeu a gama de fatores associados ao desenvolvimento do transtorno, inclusos nas categorias: socioeconômico, risco psíquico, risco obstétrico ou materno e risco psicossocial. Os fatores de risco elencados como para o desenvolvimento da depressão foram: a baixa escolaridade, baixa renda, antecedentes de depressão ou transtorno mental, ansiedade, infelicidade com a gestação ou a gravidez indesejada, desfechos obstétricos anteriores negativos, entre outros (49).

Um estudo que buscou a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes grávidas no Brasil (n=1000), utilizando o CIDI como método diagnóstico, encontrou a prevalência de depressão em 12,9% da amostra. As adolescentes tinham entre 11-19 anos e o estudo foi realizado após o parto questionando os sintomas sentidos no último ano (englobando o período gestacional e de 4-48 horas após o parto)(50). Outro estudo brasileiro anteriormente citado com gestantes adolescentes (n=120) encontrou a prevalência de sintomas depressivos medidos pela HAD em 20,8% das gestantes, associados principalmente a uma carência de apoio social(45).

Algumas pesquisas sugerem que a depressão é mais comum na gestação do que no puerpério, e que, aproximadamente 33% das mulheres diagnosticadas com a depressão puerperal, na realidade, tiveram o início do transtorno durante a gestação (51). Também, existe uma maior incidência da depressão em países de baixa renda, quando comparados a países com melhores condições econômicas (52).

A diferença na prevalência de depressão ao longo da gravidez pode estar relacionada primeiramente à descoberta da gravidez e, posteriormente a isto, à proximidade do parto e materialização da condição de maternidade (53). Já relacionado à depressão pós-natal, um estudo de 2011 relacionou a prevalência de sintomas

depressivos, ligados às pacientes que já apresentavam quadros de transtorno mental antes da gestação. Nesses casos, há uma tendência da manutenção destes sintomas mesmo após o término da gravidez (41,52).

O estudo citado anteriormente realizado na Croácia, com 375 gestantes de baixo risco, também rastreou a presença de sintomas depressivos. No interior do grupo cujos resultados dos testes acusaram positivo para ansiedade, 75% também tiveram rastreio positivo para depressão. No total, 22,4% das gestantes da amostra tiveram elevados sintomas de depressão, rastreados com o Inventário Beck de Depressão(42).

Comportamento Suicida

Outra condição de importância, que também pode ser encontrada na gestação e, por vezes, estar relacionada a transtornos mentais, é o comportamento suicida. Essa condição engloba desde a ideação suicida, o planejamento, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (54). Considera-se um atentado ao suicídio qualquer tentativa intencional do sujeito de causar lesão a si mesmo – o suicídio, em si, somente aparece como conceito quando existe a morte viabilizada pela tentativa (54,55).

A ideação suicida refere-se a pensamentos de autolesão, a desejos, planejamentos e que tenham como objetivo findar a própria vida. A ideação torna-se preocupante conforme a intensidade e a frequência com que ocorre. Estes consentimentos se intensificam caso exista o planejamento do suicídio e se existem meios de acesso facilitados para que o plano seja viabilizado. Por meio da identificação da frequência dos pensamentos suicidas, da existência do planejamento e da viabilidade desta tentativa de suicídio, é possível avaliar o risco para a morte (54). Indivíduos com ideação suicida e que tenham planejamento do mesmo, possuem elevadas chances de tentarem o suicídio no primeiro ano em que surgiu a ideação (55).

Podem existir fatores predisponentes de um suicídio e fatores precipitantes. Os primeiros englobam fatos não imediatos, que remetem ao passado do sujeito, como: tentativa anterior de suicídio, suicídio na família, existência de algum transtorno psiquiátrico, abuso físico ou sexual na infância, comportamento impulsivo/agressivo, isolamento social, doenças incapacitantes, sentimento de desespero ou alta recente de uma internação psiquiátrica. Os fatores precipitantes dizem respeito a fatos recentes na vida do sujeito, que muitas vezes são vistos como disparadores; os principais fatores são: desilusão amorosa, separação conjugal, conflitos relacionais, dificuldades no âmbito financeiro, perda de emprego, situações de humilhação, embriaguez e acesso a

um meio letal (56,57). Existem sentimentos comuns vividos que são relacionados e colocados como motivos justificáveis do comportamento suicida, como a falta de esperança e uma visão negativa com relação ao presente e ao futuro. (48)

Uma forma de avaliar o risco para o suicídio em populações é analisando os fatores de risco que se apliquem àquela amostra. Os fatores de risco são definidos por serem circunstâncias que caracterizam aquela amostra com um risco considerável de ocorrer a tentativa. Os fatores protetivos são pesquisados e analisados em cada grupo específico – como, história pessoal, relacionamento com a família, recursos dentro da sociedade (57).

Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja muito maior quando comparado aos números de suicídio consumado, todavia, devido à ausência de regulamentação da notificação, os dados são escassos. Uma pesquisa realizada em 2003, na cidade de Campinas, entrevistou 515 pessoas sorteadas aleatoriamente pela lista do IBGE, constatou que 17,1% das pessoas havia pensado seriamente em suicidar-se, 4,8% planejaram como seria a tentativa e 2,8% tentaram consumir o suicídio. A parcela destas pessoas que tentaram o suicídio e foram atendidas por algum serviço de saúde foi mínima, de três casos, apenas uma passou por algum serviço (58).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) reportam que 12% das mulheres, no mundo, já tentaram o suicídio, e uma proporção maior que esta já pensou em tirar a própria vida. Mulheres tentam se matar estatisticamente mais do que homens, embora, homens consigam mais, devido aos métodos mais brutais nas tentativas(59). As causas relacionadas ao suicídio entre as mulheres não são muito distintas dos fatores associados com estudos aplicados em homens e mulheres, destacam-se: doenças crônicas, sofrimento emocional agudo, questões de âmbito financeiro, desigualdade social (60) .

Um fator que colabora para os índices de suicídio serem mais elevados em países com maior desigualdade entre mulheres e homens, desigualdade de gênero, relaciona-se com o fato de que nestes países aumentam as taxas de violência contra a mulher (61). Estudos apontam que mulheres que passaram por situações de abuso, tem três vezes maior propensão a terem a ideação suicida (62).

Um trabalho realizado em 2003 na Inglaterra analisou causas de mortes maternas dos anos de 1997-1999. O suicídio, uma das causas consideradas indiretas de morte, foi elencado como uma das principais na pesquisa citada acima, abrangendo 10% dos óbitos. O artigo foi um dos pioneiros ao colocar o suicídio como pertencente do campo de possibilidades das mortes maternas. Analisando os prontuários, o estudo indicou que

86% dessas mulheres que morreram poderiam ter tido um diagnóstico psiquiátrico prévio que colocasse algum risco de suicídio em evidência (63).

Um estudo já citado anteriormente com gestantes adolescentes brasileiras (n=120), utilizou a Escala Beck de Ideação Suicida para rastrear o risco de suicídio. A prevalência de ideação suicida encontrada foi em 16,7% da amostra, e teve associação significativa com sintomas depressivos e ansiosos, estarem solteiras e com pouco apoio social(45).

Outros estudos colaboram com a hipótese de que os antecedentes psiquiátricos sejam fatores de risco(55), assim como, falta de suporte social, gravidez não planejada(64,65), tentativa de suicídio anterior(55,66), idade no momento da gravidez(65), estar sem parceiro(65,67), baixa escolaridade(53) e uso de substâncias(68). Estudo realizado no Brasil, em uma cidade no interior de São Paulo, com 358 gestantes já no terceiro trimestre de gestação, indicou que 7,8% tiveram ideação suicida. O estudo também investigou a violência por parceiro íntimo nas relações, e mulheres que tenham sido violentadas de alguma maneira tiveram cerca de seis vezes maior chance de ter uma ideação suicida (61).

Possíveis dificuldades acerca do cuidado à gestante e consequências

As condições da saúde mental materna (ou a carência da mesma) e as possíveis consequências a longo prazo no desenvolvimento da criança ainda são parte de discussões e pesquisas em curso. Um estudo com foco no pós-parto imediato, de 2011, apontou que os TMC nas gestantes podem estar relacionados a uma percepção distinta das mães em relação aos cuidados com os recém-nascidos, o que foi mensurado por uma diferença qualitativa nas queixas e nos relatos das mesmas quando comparadas às mães que não apresentavam transtornos (69).

Ainda, uma revisão sistemática publicada em 2011 com foco no desenvolvimento e crescimento dos bebês, agrupou dados de países de baixa renda e encontrou uma associação entre a depressão materna e quadros clínicos de mortalidade infantil, como diarreia e dificuldade na amamentação (52).

De qualquer maneira, o estigma em torno do transtorno psiquiátrico durante a gravidez continua existindo e torna-se um fator de maior dificuldade para que a gestante procure ajuda, ou mesmo, que tenha acesso às opções de tratamento psicológico ou farmacológico durante a gestação. Não apenas as gestantes, mas também os profissionais de saúde são confrontados com decisões difíceis sobre várias modalidades

de tratamento.

É recomendado que haja uma discussão estruturada entre a equipe de saúde, gestante e sua família, para expor as possibilidades de tratamento e seus respectivos riscos e benefícios, de modo a facilitar o processo de tomada de decisões (64).

A despeito da potencial gravidade dos quadros psíquicos durante a gestação, estima-se que apenas um quinto destas mulheres busquem auxílio clínico, por falta de informação e acesso a tratamento, preocupações com a representação do transtorno mental, medo de discriminação, envolvimento dos serviços sociais ou decisão de tomar ou não medicação (70). A possibilidade da existência de algum transtorno ou experiência negativa vivida pela gestante é bastante estigmatizada e seu cuidado exige uma série de decisões complexas para a gestante (64), principalmente no que tange às opções de tratamento, uma vez que o tratamento farmacológico pode gerar desconfiança quanto à segurança para o bebê.

É recomendado que haja uma discussão estruturada entre a equipe de saúde, paciente e sua família, para expor as possibilidades de tratamento e seus respectivos riscos e benefícios, a fim de facilitar o processo de tomada de decisões (64).

Quanto aos tratamentos, uma revisão sistemática de outros estudos publicados até 2010 no Medline, PsycINFO, Maternity and Infant Care, British Index and Archive, EBM Reviews e CINAHL, foi conduzida com o intuito de mapear possíveis tratamentos que não fossem farmacêuticos e que possam prevenir os sintomas depressivos puerperais. Foram selecionados onze trabalhos que fizeram intervenções com gestantes vivenciando sintomas depressivos e grupos de controle. Os métodos avaliados envolveram grupos psicoeducativos com as gestantes, grupos psicoeducativos que incluíam gestantes e parceiros, sessões de psicoterapia individuais, em alguns artigos os tratamentos foram mistos (grupos e sessões individuais). A pesquisa destacou a relevância do cuidado com a relação dos pais do bebê, não somente com a gestante, como algo benéfico. Além disso, o cuidado antenatal foi destacado como preventivo à depressão puerperal, especialmente quando as mulheres sentem os sintomas depressivos durante a gestação. O tratamento psicológico esteve relacionado a desfechos mais positivos quando comparado às intervenções educativas (71).

Embora a saúde mental não seja o foco das consultas de pré-natal, esse é um momento extremamente importante em que a gestante necessita de um olhar para o seu bem-estar de maneira integral. A consulta pré-natal é um momento em que a mulher e a família estão mais próximos das equipes de assistência à saúde, e existe uma frequência

maior e um espaço menor entre as consultas (72). Nesse sentido, o período gestacional pode ser reconhecido como uma janela de oportunidade para cuidado da saúde mental das mulheres – um espaço onde as equipes de saúde podem conhecer mais aquele sujeito e perceber necessidades que dificilmente seriam vistas em uma consulta comum de rotina.

Um manual técnico de 2010 divulgado pelo Ministério da Saúde ressalta a importância de os profissionais de saúde abordarem a mulher no pré-natal dando espaço para que ela consiga falar mais de si, pontuando a necessidade de se escutar bem para que possa existir um bom diagnóstico. Além do diagnóstico, a escuta qualificada possibilita também uma possibilidade de um encaminhamento adequado, sendo o médico e a equipe de enfermagem, muitas vezes, a referência para a gestante no cuidado da saúde. Através destes é possível ser realizado um encaminhamento para acompanhamentos psicológicos ou psiquiátricos, caso necessário (72).

Além da proximidade com as equipes de saúde, há uma preocupação da mãe e da família para com o bebê o que facilita a abordagem dos transtornos mentais com propostas de cuidado, tratamento e mudanças de comportamento(10,72). O sofrimento mental de gestantes, particularmente o relacionado aos transtornos mentais comuns, a depressão, ansiedade ou o comportamento suicida é frequentemente subdetectado, e, conseqüentemente, pouco tratado.

A ausência de abordagem dos sintomas e transtornos mentais repercute negativamente na gestação e na criança, esta última que é altamente sensível ao meio ambiente e à qualidade dos cuidados (73). Por outro lado, os transtornos mentais maternos são tratáveis, desde que identificados adequadamente. O estabelecimento de formas de detecção e de intervenções precoces realizadas durante o acompanhamento pré-natal pode impactar positivamente na saúde mental materna e no bebê.

O número de estudos com esta população referentes à saúde mental vem crescendo nas últimas décadas, especialmente com gestações de alto risco. Conhecer os transtornos mentais neste momento pode contribuir para melhor assistência e desenvolvimento de políticas públicas que elaborem intervenções para atuar diretamente nessas populações.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar a prevalência de transtornos mentais comuns e comportamento suicida em gestantes, bem como a sua associação com o perfil sociodemográfico e obstétrico.

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1. Avaliar se há algum subgrupo dentre as gestantes avaliadas que tenha maior risco de apresentar sintomas.

2.2.2. Avaliar eventuais diferenças entre mulheres sem patologias obstétricas, mas, com risco por serem adolescentes, e as gestantes já com alguma patologia obstétrica.

3. MÉTODO

A pesquisa foi elaborada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) – Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, situado dentro da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) pertencente à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em uma das principais áreas de atuação do hospital: a obstetrícia.

O CAISM é um hospital terciário e de referência para casos complexos na região metropolitana de Campinas-SP, atende, por ano, cerca de 1000 gestantes no pronto atendimento e realiza uma média de 3400 partos vaginais ou cesáreas em gestantes que sejam de alto ou baixo risco.

Delineamento da pesquisa

Estudo de corte transversal de coleta única, com população definida utilizando-se instrumentos traduzidos e validados no contexto nacional brasileiro.

Participantes da pesquisa

A população estudada foram as gestantes que iniciaram o acompanhamento nos ambulatórios de pré-natal durante o período estipulado da coleta de dados. Dentro do número de gestantes que iniciaram atendimento nos ambulatórios, existiram perdas de gestantes que faltaram na primeira consulta e existiram recusas de mulheres que não aceitaram participar da pesquisa.

Período e local de estudo

Gestantes que tiveram seguimento de pré-natal de alto risco (PNAR) ou no pré-natal de adolescentes (PNA) do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, CAISM, entre junho e julho de 2017.

Critérios de inclusão:

- Primeira consulta de pré-natal no acompanhamento de alto risco de uma instituição de referência obstétrica, definidos pelo encaminhamento da gestante até a instituição
- Primeira consulta de pré-natal adolescente

- Ter compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 1) e o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE – Anexo 2).

Critérios de exclusão:

- Incapacidade de responder as perguntas por qualquer motivo.

Tamanho amostral

Considerando que na elaboração do projeto e envio para o comitê de ética não foram encontrados estudos que tivessem como população-alvo gestantes consideradas de alto risco e que o cálculo foi feito com base no baixo risco, no qual a prevalência de transtorno mental encontrada havia sido cerca de 20% (29,37,41), foi proposta a coleta inicial para essa pesquisa no período de dois meses com objetivo de rastrear toda população de gestantes admitidas como casos novos no pré-natal de alto risco e no pré-natal adolescente durante o estimado período. O número de casos novos admitidos no pré-natal por mês era de 100 pacientes, portanto, estimou-se que seriam 200 casos novos, em média.

Variáveis e conceitos

Variáveis independentes e de controle

IG na ocasião da aplicação: tempo de duração da gravidez, em semanas completas, no dia da primeira entrevista, calculado a partir do primeiro dia do último período menstrual normal ou através de avaliação ultrassonográfica de primeiro trimestre (caso a data da última menstruação desconhecida ou incerta).

IG na ocasião da primeira consulta: tempo de duração da gravidez, em semanas completas, no dia da primeira consulta no CAISM, calculado a partir do primeiro dia do último período menstrual normal ou através de avaliação ultrassonográfica de primeiro trimestre.

Idade: tempo transcorrido em anos, desde o nascimento até o dia da realização da entrevista com a gestante: de 10 a 50.

Cor: De acordo com o IBGE, utiliza-se para obter a característica declarada pelas pessoas dentro das opções: branca, parda, preta, amarela ou indígena(74).

Situação conjugal: Definida e categorizada através da resposta da gestante se ela está

solteira, divorciada, viúva, amasiada ou casada.

Ocupação: tipo de ocupação/trabalho que lhe fornece, ou não, remuneração. A entrevistada indica entre as opções apresentadas: do lar, sem ocupação, ocupação regular, ocupação informal, aposentada ou afastada.

Escolaridade: até qual série e que tipo de ensino a pessoa atingiu e idade de conclusão ou interrupção escolar.

Cidade de origem: Cidade em que nasceu.

Cidade em que reside: Município considerado pela pessoa como sendo onde ela morava no momento da aplicação da pesquisa.

Com quem reside atualmente: pessoa(s) com quem reside na mesma unidade domiciliar.

Classificação econômica: critérios formulados pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que através do inquérito sobre a posse de itens de consumo, juntamente com a escolaridade do “chefe da família”(75).

Nº de Gestações: quantidade de vezes em que a mulher engravidou: a partir de um.

Nº de Partos: número de partos que a mulher teve: a partir de zero.

Nº de Cesáreas: quantidade de vezes em que o parto foi por cesárea: a partir de zero.

Nº de Abortos: quantidade de vezes em que foi interrompida uma gravidez de até 22 semanas ou 500 gramas de peso, conforme organização Mundial de Saúde (OMS): a partir de zero.

Nº de filhos vivos: quantidade de descendentes que não foram a óbito após o nascimento: a partir de zero.

Quantas semanas de gestação tinha ao saber da gravidez: idade gestacional em semanas que a mulher tinha ao ter o conhecimento da gravidez (descrição conforme lembrada pela entrevistada: categorizada posteriormente quatro a 42).

Antecedente clínico: antecedente, colhido através da anamnese, de diagnóstico de doença crônica, como, diabetes *mellitus* I ou II, cardiopatia, hipertensão.

Antecedente psiquiátrico: antecedente, colhido através de anamnese, de diagnóstico anterior de transtorno psíquico ou de acompanhamento anterior.

Antecedentes obstétricos: mulheres com histórico de agravos que possam se repetir ou influenciar a evolução da gestação atual, como abortos de repetição, descolamento

premature de placenta, placenta prévia, sangramento pós-parto, partos prematuros, óbitos fetais, mortes neonatais, pré-eclâmpsia.

Rastreamento de transtorno de ansiedade: realizado com o HADS, escala com o objetivo de identificar níveis de ansiedade, o ponto de corte indicado para rastreamento positivo é ≥ 9 .

Rastreamento de transtorno depressivo: realizado com o HADS e com o EPDS, utilizado para identificar a depressão pré-natal e pós-natal. Pontos de corte para rastreamento positivo indicados na HADS e EPDS: ≥ 9 e dez, respectivamente.

Rastreamento de transtorno mental comum: realizado com o instrumento SRQ-20, para detectar TMC na população geral – que inclui também ansiedade e depressão, a nota de corte para o rastreamento positivo é ≥ 7 .

Rastreamento de comportamento suicida: feito com o instrumento BSI através da pontuação acima de zero.

Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados necessários à investigação proposta foram utilizados questionários de dados sociodemográficos (Anexo 3) e obstétricos (Anexo 4). O questionário sociodemográfico teve como objetivo entender melhor as condições sociais da gestante, saber sua cor, seu estado marital, sua condição socioeconômica.

Segue a descrição das questões que foram realizadas, na sequência da coleta da pesquisa:

- Data de nascimento (DN)
- Idade
- Natural de:
- Cor de pele:
 - branca – parda – preta – amarela – indígena
- Situação conjugal:
 - solteira – viúva – divorciada – casada – amasiada
- Ocupação:
 - do lar – sem ocupação – ocupação regular – ocupação informal – aposentada (por idade, por contribuição, por doença ou afastada)
- Salarizada ou assalariada
- Renda mensal
- Profissão
- Escolaridade
- Idade de conclusão ou interrupção escolar
- Religião
- Endereço

- Campinas (bairro) - Outra cidade - Estado
- Telefone
 - Não - Sim
- Número
 - Fixo ou celular
- Com quem reside atualmente
- Quem é o chefe da família:
- Escolaridade dele(a):
- A paciente ou a família tem:
 - Casa própria (nº de cômodos) – Banheiros – Televisores - Celular
 - Empregadas mensalistas - Carro próprio – Geladeira - Internet

O questionário obstétrico teve como objetivo saber mais sobre aquela gestação no momento, dados de paridade, passado obstétrico e motivo de encaminhamento ao hospital – sendo este, um hospital complexo no município. Foram exploradas também condições da saúde da mulher, como antecedentes psiquiátricos ou obstétricos.

Segue a descrição das questões que foram realizadas, na sequência da coleta da pesquisa:

- Nº de gestações (contando com a gestação atual)
- Nº de partos
- Nº de cesáreas
- Nº abortos
- Nº filhos vivos
- Semanas de gestação atual
- Quanto tempo de gestação tinha ao saber da gravidez
- Motivo de encaminhamento para o CAISM
- Origem do encaminhamento (UBS, PA, outros)
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes psiquiátricos
- Antecedentes clínicos ou cirúrgicos

Além de tais questionários, também foram utilizadas escalas previamente validadas para a população brasileira com o objetivo de detectar os sintomas de possíveis transtornos de interesse do estudo, sendo os mesmos: transtornos mentais comuns, ansiedade, depressão e comportamento suicida.

Questionário de autopreenchimento 20 (SRQ -20 – Anexo 5)

Desenvolvido inicialmente em 1975 (76) por um comitê especializado a Organização Mundial da Saúde (OMS), e validado no Brasil em 1986, o Questionário

de autopreenchimento (Self Reporting Questionnaire) foi elaborado para identificar possíveis transtornos mentais comuns (TMC) em grandes populações.

O instrumento consiste em um questionário composto por 20 perguntas, cujas resposta são apresentadas dicotomicamente. As questões são acerca de sintomas físicos e psíquicos, dispondo-os em 4 grupos:

- humor depressivo-ansioso (itens 6, 4, 9 e 10);
- sintomas somáticos (itens 1, 2, 3, 5, 7 e 20);
- decréscimo de energia vital (itens 8, 11, 12, 13, 18 e 19);
- pensamentos depressivos (itens 14, 15, 16 e 17).

A nota de corte foi obtida através de determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos. Para uma pessoa ser considerada com um provável TMC, utilizamos como ponto de corte sete ou mais respostas afirmativas, ponto de corte utilizado com mulheres (77,78).

O questionário foi utilizado para sabermos das respostas dos sentimentos com referência nos últimos sete dias.

Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS – Anexo 6)

Foi desenvolvida por Cox et al. (79) em 1987, e buscava rastrear a depressão pós-parto, para uso em ambientes clínicos e de pesquisa. Atualmente tem sido utilizada para identificação de sintomas depressivos durante o período pré-natal. Foi um instrumento escolhido para a pesquisa por utilizar perguntas que excluem sintomas somatoformes. Foi adaptada e validada no Brasil por Iná S. et al. (80).

A escala possui dez itens, com respostas na escala Likert, que são divididas em quatro graduações (0, 1, 2 e 3). Sua aplicação pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, não é exclusiva a médicos.(80). Os itens 3, 4 e 5, mensuram sintomas de ansiedade.

A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. É um instrumento que parece uma alternativa acessível e com fácil execução, facilita a percepção dos sintomas depressivos.

O ponto de corte mais utilizado para rastreamento é 10, com 82,6% (75,3-89,9%) de sensibilidade e 65,4% (59,8-71,1%) de especificidade.

Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS – Anexo 7)

A escala foi desenvolvida por Zigmond & Snaith, (81) com o objetivo de rastrear os níveis de ansiedade (82) e depressão em pacientes de hospitais gerais. Por ser também uma escala de rastreio, mesmo os escores mais elevados ainda exigem a confirmação diagnóstica posterior. A escala foi aplicada na população geral e em atendimentos ambulatoriais a pacientes com ou sem comorbidades psiquiátricas.

Teve a validação no Brasil por Botega et al. (83).

Constituída por 14 itens, a escala HADS possibilita a avaliação da ansiedade e da depressão: HADS-A e HADS-D. Os itens possuem pontuação de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala.

Recomendam como ponto de corte para ambas as subescalas ≥ 9 , sendo graduada da seguinte forma:

- 0 a 8: sem o transtorno,
- 9 a 10: quadro leve,
- 11 a 14: quadro moderado,
- 15 a 21: quadro grave.

Escala Beck de Ideação Suicida (BSI – Anexo 8)

O questionário foi criado por Beck & Steer com objetivo de identificar ideação suicida, planos, comportamentos e atitudes relacionadas ao risco do suicídio. Foi desenvolvido pela Universidade da Filadélfia, com o nome *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI; Beck & Steer, 1991) (84).

A versão brasileira foi validada por Cunha (2001) (85). A escala possui 21 questões, com três alternativas de respostas (de 0 a 2).

A gravidade da ideação suicida é feita pela somatória dos pontos nos primeiros 19 itens, que refletem sobre a existência do comportamento suicida naquele sujeito. Os dois últimos itens informam o número de tentativas prévias de suicídio e a seriedade do desejo de morrer. Qualquer pontuação acima de 0 indica a existência da ideação suicida e merece ser vista de forma mais atenta.

Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas ocorreram de forma individual, de modo a manter o caráter sigiloso, em sala específica (sala de atendimento clínico, sala de atendimento psicológico, sala de atendimento de enfermagem ou sala de grupos, quando disponível) dentro dos ambulatórios PNAR e PNA, no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, CAISM. Foram convidadas a participar da pesquisa enquanto estiverem na fila de espera para o atendimento em seu pré-natal ou após a conclusão do mesmo, para não alterar a dinâmica dos ambulatórios.

Após o convite e o aceite ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), as gestantes eram encaminhadas a responderem um questionário aplicado pela pesquisadora. No caso de gestantes menores de dezoito anos houve a obrigatoriedade de que o responsável legal também concordasse com o TCLE para que a menor pudesse ser incluída na pesquisa, conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP. Gestantes menores de idade, tiveram que preencher o grau de parentesco, conforme orientação da Plataforma Brasil. Acentuamos que esse responsável legal não permanecia no ambiente da coleta para preservar o sigilo das respostas. O mesmo aguardou na sala de espera.

Com a confirmação dos critérios de inclusão para a pesquisa e aceitação do TCLE, as gestantes foram entrevistadas com os instrumentos propostos, garantindo o caráter sigiloso das informações obtidas. As cinco escalas foram aplicadas nas mesmas participantes e na mesma ordem: SRQ-20, HADS, EPDS e BSI. O tempo estimado para cada questionário foi de cinco minutos, totalizando a aplicação em aproximadamente trinta minutos. As gestantes tinham a possibilidade de realizar o autopreenchimento de cada questionário ou de solicitar ajuda, caso necessário.

Após o término desta etapa de responder aos questionários, a pesquisadora realizava a análise das respostas. Quando elas indicavam a presença de um possível transtorno mental, era feita a estratificação do risco e o encaminhamento para avaliação psiquiátrica.

Seguiu-se o seguinte fluxo: mulheres com transtornos mentais comuns leves eram encaminhadas para seguimento de acordo com a necessidade específica, podendo ser acompanhada pela equipe de psicologia da instituição ou, caso necessário, pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência. A gestante seria encaminhada para a UBS somente se fosse solicitado por ela mesma, normalmente por dificuldade de acesso ao hospital.

Aquelas com risco moderado/grave de TMC e/ou com ideação suicida eram encaminhadas ao pronto atendimento da própria instituição do CAISM, para que ali fosse tomada uma conduta, como internar a gestante para que a equipe de saúde solicitasse uma interconsulta da equipe de psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) ou a conduzisse para o hospital mais próximo, este que também dispõe de um pronto atendimento psiquiátrico. Após a avaliação, e firmada a conduta da psiquiatria, as gestantes com tal gravidade ainda eram acompanhadas pelo Ambulatório de Saúde Mental do CAISM-UNICAMP.

Controle de Qualidade

Em termos gerais, para a aplicação dos questionários pelo pesquisador procurou-se manter um bom relacionamento com as gestantes, que propiciasse uma boa qualidade de informações programadas para serem colhidas. Procurou-se criar um ambiente cordial e agradável para que expressassem as respostas de maneira clara, evitando um espaço não amigável que pudesse interferir no desejo da gestante de participar da pesquisa. Foi ressaltado o caráter sigiloso da pesquisa e das informações coletadas.

A pesquisadora que aplicou os questionários fez a checagem de todos os itens, e analisou as respostas. Quando indicaram a presença de um transtorno mental, foi feita a estratificação do risco e o encaminhamento para avaliação psiquiátrica, conforme o fluxo explanado anteriormente. Após esse processo, os questionários sem a identificação das participantes foram encaminhados para dupla digitação por digitadores distintos em salas separadas para evitar erros de digitação, e após a conferência, os dados foram inseridos no banco de dados e foi feita uma limpeza das informações.

Processamento e análise dos dados

Os dados foram inseridos em banco de dados na plataforma Limesurvey® e após a limpeza, extraídos para o programa SAS System for Windows. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher. Primeiramente foi realizada uma análise univariada com as variáveis, e, posteriormente foi realizada uma análise multivariada – com todos os instrumentos. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

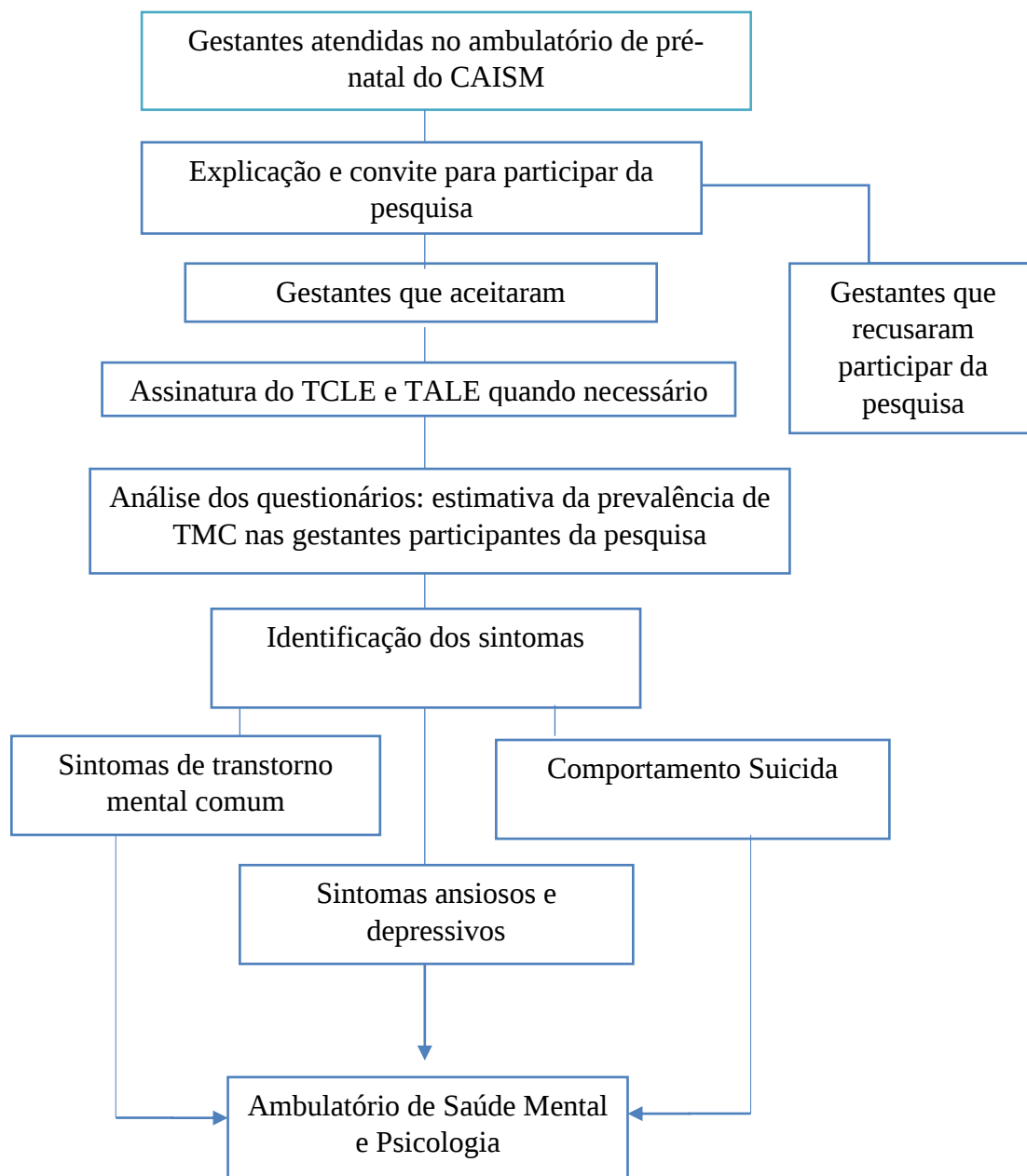


Figura 1: Fluxograma de ingresso de sujeitos no estudo

Aspectos Éticos

Na aplicação, foi explicada a proposta dos questionários, da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1). Uma cópia do TCLE foi oferecida pelas pesquisadoras às gestantes.

Este estudo foi aprovado na Comissão de Pesquisa do centro participante e registrado na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número 2017-201, aprovado no dia 03.03.2017 (Anexo 9). A pesquisa seguiu as recomendações da Declaração de Helsinki (Declaração de Helsinki III, 2000) e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 12 de dezembro de 2012) segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Análises críticas de desconfortos, riscos e benefícios

O desconforto possivelmente relaciona-se à delicadeza dos temas abordados. Para diminuição de tal desconforto, os aplicadores dos questionários foram pessoas qualificadas a criarem um ambiente acolhedor as pacientes, prezando por uma boa relação profissional-paciente e acentuando aspectos éticos, como o sigilo e a participação voluntária, assim sendo, deixava-se claro que, se fosse desejo da gestante abandonar a pesquisa, isto poderia ser feito a qualquer momento.

Outro desconforto relacionado poderia ter sido o tempo despendido no preenchimento dos questionários, estimado em trinta minutos. Isto foi explicado às gestantes, podendo as mesmas se recusarem a participar, caso não tivessem o interesse. Todavia foi garantido às mesmas que a pesquisa não iria alterar o tempo e a dinâmica de seu atendimento no ambulatório.

Não existiram riscos diretos previsíveis envolvidos na pesquisa. Casos que tiveram a necessidade de tratamento prolongado foram encaminhados a sua unidade de referência, o que foi informado também no TCLE. Pode-se dizer, que a pesquisa teve a geração de dados como consequência preponderante, numa atuação de orientação às pacientes que tivessem apresentado sintomas de algum transtorno, de forma que todas receberam cuidados e apoio devidos.

Descrição das medidas para proteção ou minimização dos desconfortos e riscos previsíveis:

Juntamente com a entrega do TCLE foi acentuado que a pesquisa tinha como compromisso o sigilo e a participação voluntária, o que implica no fato de que o sujeito poderia desistir da pesquisa a qualquer momento, e que tal recusa não influenciaria em seu seguimento perinatal com o CAISM, bem como, não acarretaria danos futuros. Para maior facilidade na aplicação do questionário, foram escolhidas avaliações que demandassem um tempo reduzido. O local e a data de aplicação foram os mesmos do dia de consulta do pré-natal, para evitar deslocamento e facilitar o acesso à pesquisa.

Descrição das medidas de monitoramento da coleta de dados e proteção à confidencialidade:

Para a coleta de dados, foi proposto um ambiente sigiloso e confortável. As gestantes, em cada aplicação, estiveram somente com a pesquisadora numa sala isolada acusticamente, onde fosse possível a livre expressão. A coleta de dados, bem como, as informações obtidas através da aplicação dos instrumentos, ficou sob responsabilidade das pesquisadoras.

Modo de abordagem dos sujeitos da pesquisa para a obtenção do TCLE:

O convite para a participação na pesquisa foi feito no primeiro contato dos pesquisadores com as gestantes no ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e Pré-Natal de Adolescentes (PNA) durante os dois meses de coleta de dados. O convite foi feito diretamente junto à gestante e, para pacientes menores de 18 anos, foi esclarecido também ao responsável. No momento do convite, foi explicada a proposta, o intuito dos questionários, a pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1) oferecido pelos pesquisadores do presente trabalho. Este procedimento não teve distinção tanto para gestantes maiores de 18 anos quanto para os responsáveis legais vinculados a elas.

Participação de grupos vulneráveis:

Para que fosse viabilizada a participação deste grupo populacional em particular, o convite foi realizado em dois momentos. Inicialmente foi explicado para a adolescente e seu responsável legal os objetivos da pesquisa, métodos, termos éticos e legais para participação da menor de idade, riscos e potenciais benefícios, buscando o esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, foi explicado a ambos sobre a importância

ética do consentimento do responsável legal para que a gestante participasse da pesquisa. Se a mesma desejasse participar, era entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os responsáveis legais e (TCLE – Anexo 1). O Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE –Anexo 2) foi direcionado a gestante adolescente, somente puderam participar com ambos os termos assinados.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação de mestrado são apresentados em um artigo e um subcapítulo.

Sintomas de transtorno mental comum e comportamento suicida em gestantes: um estudo de prevalência.

Autores: Verônica Cardoso Massarolo, Yasmin Abou Zeenni, Jaqueline Cristina de Amorim, Renata Cruz Soares de Azevedo e Rodolfo de Carvalho Pacagnella.

RESUMO

Objetivo: Identificar a presença de sintomas de transtornos mentais comuns, ansiedade, depressão e comportamento suicida em um pré-natal de alto risco e em um pré-natal adolescente.

Participantes e método: Estudo de corte transversal com coleta de dados nos meses de junho e julho de 2017 em dois ambulatorios de pré-natal num hospital de alta complexidade. As gestantes foram convidadas a responderem os questionários em sua primeira consulta. Foram escolhidas escalas validadas para o rastreamento: Questionário de autopreenchimento (SRQ-20), Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) e Escala Beck de Ideação Suicida (BSI).

Análise dos dados: Os dados foram inseridos em plataforma online e depois extraídos para análise. Para avaliação da relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Para avaliação da relação entre as variáveis numéricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney Kruskal-Wallis. Foi realizada também a análise multivariada e para avaliação dos fatores relacionados com os transtornos foi utilizada a análise de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Foram abordadas 180 mulheres para participarem da pesquisa, das quais 171 aceitaram e 09 recusaram em participar da coleta. As mulheres tinham mediana de 27 anos de idade, renda per capita R\$750,00, duas gestações na vida, classe social D (1-

3 salários mínimos), e maioria com parceria fixa. A prevalência de sintomas dos transtornos mentais comuns foi de 49,1% de acordo com o SRQ-20, de sintomas depressivos pela HAD-D foi 25,7% e 34,9% pela EPDS, 40,6% sintomas de ansiedade e 9,5% para comportamento suicida.

Conclusão: Em gestantes de alto risco, a prevalência de condições psiquiátricas como transtorno mental comum e ideação suicida foi alta. Foi identificada associação entre antecedente psiquiátrico, estar sem parceiro, ter sido encaminhada por antecedente psiquiátrico e sintomas de TMC.

Palavras-chave – TMC, gestação, prevalência, rastreamento, depressão, ansiedade, comportamento suicida.

INTRODUÇÃO

Ainda que popularmente a gestação seja vista como um período com baixa incidência de patologias, ela não protege de diversas condições clínicas e sociais de agravos à saúde (1). Além de um evento biológico, a gravidez é um processo de adaptação importante na vida da mulher. (2) Estima-se que para cada morte materna existam 20-30 condições de morbidade por causas não diretas (3).

A prevenção da mortalidade materna continua sendo um motivo importante de preocupação dos serviços de saúde, mas nos últimos anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) também tem direcionado investimentos para a melhoria da qualidade de vida das mulheres gestantes e puérperas. (4,5) O atual conceito ampliado de morbidade materna incluindo as condições de Morbidade Materna Não Grave (MMNG)(4) considera aspectos relacionados à saúde mental como causas indiretas de agravo à saúde da gestante, com destaque para depressão, ansiedade, depressão pós-parto, comportamento suicida e psicose puerperal.

Medir a morbidade materna em um serviço pode ser um indicador de qualidade do cuidado à gestante.(3) Entender as dimensões desse problema ajuda a minimizar impactos nos programas e nas intervenções do sistema de saúde (6). A detecção e abordagem adequada de condições patológicas durante o período da gestação possibilitam ainda reduzir as consequências para a mãe e o bebê, contribuindo para uma vivência mais saudável da gravidez e desenvolvimento da criança (7,8).

Dentre essas condições, ansiedade e depressão são as condições mais prevalentes do que se denomina como Transtornos Mentais Comuns (TMC)(9,10). Sintomas associados aos quadros ansiosos e de depressão incluem: insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade para concentrar-se, entre outras queixas(9). São condições altamente prevalentes na população geral com uma estimativa de que 29,2% da população geral mundial tenha tido algum transtorno mental comum pelo menos uma vez na vida, sendo mais frequente no sexo feminino (11). Esses transtornos afetam ainda entre 15,6% a 21,7% das gestantes (12–14) sendo a depressão a condição mais prevalente durante a gravidez (15–17) e puerpério (16).

Outra condição de sofrimento mental ainda mais negligenciada, é o comportamento suicida na gestação. Estima-se que 5% das gestantes possam apresentar esse comportamento (18) que tem como fatores de risco o uso de substâncias psicoativas, questões financeiras, dor crônica, história de tentativa anterior e histórico de suicídio na família (16).

A gravidez, por outro lado, é um momento oportuno para a abordagem dessas condições relacionadas à saúde mental. A consulta pré-natal deve oferecer um espaço de cuidado dessa mulher o que favorece uma proximidade entre o sistema de saúde e a gestante. Idealmente o acompanhamento pré-natal deve promover acolhimento e suporte de maneira a oferecer um cuidado amplo e adequado às gestantes e famílias (19). Há possibilidade de intervenções durante o pré-natal para esse tipo de cuidado como suporte psicológico, intervenções psico-educativas, inclusão da família no vínculo com o bebê, incentivo a uma divisão nos cuidados familiares e até a consideração do uso de psicotrópicos (20).

Nesse sentido, avaliar a dimensão desses problemas relacionados à morbidade materna não-grave (MMNG) pode contribuir para a organização dos serviços de saúde na prevenção de agravos à saúde mental e melhoria na qualidade de vida de mulheres e famílias.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. Jose Aristodemo Pinotti (CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da

Mulher), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. É um hospital de nível terciário, com seguimento de pré-natal de alto risco para gestantes provenientes da rede básica ou outros serviços de saúde conforme a hierarquização preconizada pelo SUS, recebe para seguimento pré-natal gestantes provenientes da rede básica ou outros serviços de saúde, em função da detecção de fatores de risco gestacionais. Foram convidadas a participar do estudo todas as gestantes que iniciaram acompanhamento nos ambulatórios de pré-natal do CAISM, nos meses de junho e julho de 2017. Para análise do perfil e variáveis associadas, foram colhidos dados sociodemográficos como classificação socioeconômica (21) e dados obstétricos como o número de gestações anteriores, tempo de gestação na coleta de dados, tempo de gestação no descobrimento da mesma, motivo de encaminhamento ao hospital, antecedentes obstétricos, psiquiátricos e clínicos. Para avaliação da presença de TMC, depressão, ansiedade e comportamento suicida foram utilizados os instrumentos já validados no Brasil:

Questionário de autopreenchimento 20 (SRQ-20) - Para detecção de sintomas compatíveis com o TMC na população geral. Possui vinte questões que tangem aspectos físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas: sim e não. O ponto de corte utilizado foi de ≥ 7 com sensibilidade de 86,33% e especificidade 89,31% (22,23).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) - Inicialmente utilizada para identificar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos, sendo posteriormente utilizada em amostra da população geral e atendimento ambulatorial em pacientes com ou sem comorbidades psiquiátricas(24). É constituída por 14 itens, sendo sete orientados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. É recomendado como ponto de corte para ambas as subescalas ≥ 9 , sendo graduada em: 0 a 8 sem doença, 9 a 10 quadro leve, 11 a 14 quadro moderado e 15 a 21 quadro grave (25).

Escala de Depressão Pós-Natal (EPDS) - Foi desenvolvida para a identificação de sintomas de depressão pós-parto, para uso em ambientes clínicos e de pesquisa (26) e atualmente tem sido utilizada para identificação de sintomas de depressão durante o período pré-natal. Utilizamos tal escala pois ela exclui sintomas somatoformes que podem ser confundidos com características do período gestacional. Consta de dez itens, e mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde

não-médicos. O ponto de corte mais utilizado para rastreamento é 10, com 82,6% de sensibilidade e 65,4% de especificidade(27).

Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) - Possui como objetivo identificar a presença de ideação suicida, a existência de planos, comportamentos e atitudes que podem estar relacionados ao cometimento de suicídio. A escala possui 21 questões, com três alternativas de respostas (de 0 a 2). A gravidade é feita pela somatória dos pontos nos primeiros 19 itens, que refletem sobre a existência do comportamento suicida, portanto, não há um ponto de corte específico, qualquer pontuação acima de zero indica a necessidade de avaliação.

Os dados foram inseridos em plataforma online e depois extraídos para o programa SAS System for Windows. Para avaliação da relação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Para avaliação da relação entre as variáveis numéricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney Kruskal-Wallis. Foram realizadas também a análise multivariada e para avaliação dos fatores relacionados com os transtornos foi utilizada a análise de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este estudo foi aprovado na Comissão de Pesquisa do centro participante e registrado na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número 66950517.0.0000.5404-201, aprovado no dia 03.03.2017.

RESULTADOS

Durante o período do estudo (junho e julho de 2017), 207 gestantes iniciaram atendimento nos ambulatórios de pré-natal de alto risco. Destas, 180 foram abordadas para participarem da pesquisa, das quais 171 aceitaram e 09 recusaram em participar da coleta. Entre as 27 gestantes que não foram abordadas, os principais motivos foram não comparecimento na consulta e perda posterior do encontro com a gestante. Quanto às recusas, os motivos variaram entre a indisponibilidade de permanecer no ambulatório após a rotina de pré-natal ou cansaço da mesma devido ao convite ter sido feito na primeira consulta de pré-natal.

O perfil sócio demográfico foi caracterizado por mulheres com mediana de idade 27 anos, faixa etária de 12 a 48 anos, com concentração entre 18 e 29 anos (53,2%), 8,2%

adolescentes e 5,8% > 40 anos. Quase metade (47,9%) das mulheres eram brancas, 34,3% pardas e 14,2% pretas. A maioria (64,9%) estudou até o Ensino Médio e em torno de metade (51,5%) não tem emprego regular. Uma em cada cinco gestantes não possui companheiro e há uma concentração (45,6%) na classe social D (1 a 3 salários mínimos). A renda per capita mediana das gestantes era de R\$750,00. A maioria (85,1%) afirmou ter religião, com predomínio de evangélicas. Com relação aos dados obstétricos, as medianas foram de duas gestações, um filho vivo e zero abortos, 16 semanas de idade gestacional no momento da coleta de dados e seis semanas na descoberta da gestação.

INSERIR TABELA 1

A partir dos instrumentos utilizados encontrou-se prevalência de sintomas de TMC em 49,1% das mulheres. A Escala HAD apontou 40,6% com sintomas de ansiedade e 25,7% com depressivos; já a EPDS, destinada ao uso em período gestacional e puerperal indicou 34,9% de gestantes com sintomas de um quadro depressivo. Por fim, 9,5% das avaliadas tiveram triagem positiva para comportamento suicida. É importante destacar que 62% das gestantes apresentaram ao menos um rastreamento positivo e 42,7% dois ou mais dos quadros investigados.

INSERIR GRÁFICO

Apesar da alta prevalência de quadros relacionados a sofrimento psíquico encontrada, somente 4,7% dos encaminhamentos ao serviço de pré-natal de alto risco explicitavam alguma demanda relacionada à saúde mental. A maior parte dos encaminhamentos veio de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quanto às condições de morbidade pré-existentes, 19,9% tinham antecedentes clínicos de risco (diabetes mellitus I ou II, hipertensão, trombose venosa profunda, incompetência istmo cervical, doença hepática, obesidade, DST, histórico de câncer, cardiopatia, entre outros), 13,4% antecedentes obstétricos (hipertensão gestacional, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, aborto de repetição, óbito fetal anterior, trabalho de parto prematuro anterior) e 12,3%

tinham alguma morbidade psiquiátrica prévia à gestação (tratamento anterior psiquiátrico, psicológico e diagnóstico de depressão, síndrome do pânico, ansiedade, entre outros), mas que não foi o motivo principal do encaminhamento.

INSERIR TABELAS 2-7

DISCUSSÃO

Considerando que a melhoria da assistência e o desenvolvimento de políticas públicas preventivas requer informações provenientes da população a que se destina, este estudo teve como objetivo a avaliação, através de instrumentos validados, dos sintomas de Transtornos Mentais Comuns e ideação suicida em gestantes durante o pré-natal de alto risco. Observou-se uma elevada prevalência de transtornos mentais comuns, depressão, ansiedade e ideação suicida na população de gestantes encaminhadas para o ambulatório de pré-natal de alto risco de um serviço terciário. Não ter parceiro fixo no momento da entrevista, ter antecedente psiquiátrico (de tratamento ou diagnóstico), ser encaminhada por motivo psiquiátrico e ter escolaridade mais alta se destacaram como fatores associados a esses transtornos.

A prevalência dos sintomas de TMC foi alta (49,1%), mas compatível com observado em outros estudos. Uma pesquisa brasileira encontrou a presença dos sintomas em 41,4% das gestantes de baixo risco (9). No entanto, outro estudo brasileiro teve o número mais elevado no corte transversal, tendo encontrado a prevalência em 57,1% das gestantes da atenção primária (28). Comparado a um estudo vietnamita com gestantes a prevalência encontrada na presente pesquisa é mais elevada também. O estudo rastreou os sintomas de TMC com o instrumento EPDS e encontrou 22,4% de gestantes com indicativo do transtorno, a coleta foi realizado no início da gestação (29).

Quanto aos transtornos depressivos, ainda, a falta de diagnóstico no momento da gestação pode levar muitas mulheres a serem classificadas erroneamente com transtorno depressivo iniciado no pós-parto(14). Alguns estudos sugerem que 33% a 47% dos casos de depressão pós-parto iniciam na gravidez (14–16) e 27% antes da gestação (14). A depressão pré-natal é considerada fator de risco para depressão puerperal (12), além de aumentar as chances de novos episódios depressivos futuros (perinatal ou não

perinatal), tornando o transtorno depressivo um problema persistente ou recorrente para essas mulheres (30).

Quanto aos fatores de risco para TMC, um estudo realizado em gestantes na atenção primária à saúde da cidade de São Paulo identificou que ter complicações na gestação esteve associado à existência de transtornos mentais comuns (13). Embora não tenhamos identificado essa associação, a população analisada pelo presente estudo foi encaminhada ao hospital para acompanhamento de uma gestação de alto risco e complicações na gestação, o que pode ter aumentado a frequência de aparecimento de alguns transtornos avaliados.

Apenas 4,68% das gestantes da amostra foram encaminhadas ao serviço do hospital devido a qualquer questão psiquiátrica. Todavia, o motivo do encaminhamento ter sido devido a antecedentes psiquiátricos esteve associado a uma chance onze vezes maior chance de desenvolver ansiedade, seis vezes maior desenvolver depressão e também seis vezes maior de desenvolver um comportamento suicida durante o período da gestação. Existem dados na literatura que corroboram com este achado.

Estudo norte-americano de 2014 realizado com gestantes de alto risco identificou sintomas depressivos em 26,9% das gestantes e sintomas de ansiedade em 12,6% delas. Nesse estudo, os antecedentes psiquiátricos (acompanhamento prévio ou diagnóstico anterior) foram associados a uma maior razão de chances da gestante apresentar sintomas depressivos no rastreamento (31).

No que concerne à ausência de parceiro e à qualidade dos relacionamentos interpessoais da gestante, uma pesquisa de revisão sistemática publicada em 2015 apontou como fatores de risco para o desenvolvimento de TMC na gestação a ausência de parceiro ou suporte social, história de abuso ou violência doméstica, antecedente pessoal de transtorno mental, gravidez não planejada ou indesejada, complicações obstétricas ou aborto, baixo nível de escolaridade, baixa renda (15). A ausência de parceiro na presente pesquisa também foi associada a um aumento nos sintomas de TMC e depressivos. A falta de suporte, carência nas condições econômicas e recursos sociais, são aspectos que diminuem a autonomia da gestante.

Quanto à presença de sintomas ansiosos, os antecedentes clínicos e psiquiátricos estiveram associados a um aumento dos sintomas. Estes dados são compatíveis com outros estudos. Uma pesquisa realizada com gestantes de alto risco na China utilizando

a escala HAD encontrou associação entre desfecho obstétrico anterior negativo e presença de comorbidades com o desenvolvimento de sintomas ansiosos na gestante (32). A presença de algum antecedente clínico pode ser também uma variável que aumente os sintomas ansiosos de um período tão incerto quanto a gravidez. Durante a gestação a ansiedade está associada também a preocupações com o feto e o estado clínico de saúde da própria gestante(31).

A prevalência de comportamento suicida no nosso estudo foi mais alta quando comparada com outros estudos. Uma pesquisa realizada em São Paulo, publicada em 2011, com gestantes de alto risco (n=268), encontrou uma prevalência em 5% das gestantes. (18) O suicídio ainda é apontado como uma das causas de morte materna em países de alta e baixa renda (33). As dificuldades na notificação dos suicídios, decorrentes de tabus sociais ou diagnósticos das causas de mortes, muitas vezes, tornam mais difícil o acesso a esses dados (12), especialmente sobre suicídio na gestação.

Dentre os fatores de risco para ideação suicida, a literatura aponta que a religião, gravidez não planejada, ausência de parceiro, antecedente psiquiátrico, pouco suporte social, algum episódio de violência sexual ou física (18,34) aumentariam o risco de um comportamento suicida na gestação. Nosso estudo, no entanto, não observou associação com nenhuma dessas condições. Apenas maior grau de escolaridade esteve relacionado a uma prevalência maior de comportamento suicida.

Distante de outras pesquisas que apontam o maior risco de desenvolvimento de transtornos em idades mais jovens (15,29,35), o rastreamento realizado com a gravidez na adolescência não encontrou associações significativas de variáveis e da presença de sintomas do TMC, ansiedade, depressão e comportamento suicida.

A saúde mental é um indicativo da qualidade da atenção à mulher no pré-natal e componente significativo da morbidade materna. Por essa razão deve ser tema essencial da rotina pré-natal. As possibilidades de cuidado da saúde mental são várias mas começam pela identificação adequada das condições de agravo à saúde mental. Após o diagnóstico, ações como suporte psicológico e psiquiátrico, estimulação do vínculo mãe-bebê-família, com uma prática voltada para a estimulação da responsabilidade em comum da gestante e de sua parceria (20) podem reduzir as consequências das doenças mentais incidentes ou agravadas na gestação.

É importante destacar algumas limitações desta pesquisa. Pelo fato de o estudo ser de corte transversal não é possível indicar qualquer tipo de causalidade, apenas apontar associações que merecem ser consideradas na construção de estratégias de abordagem. Além disto, os instrumentos utilizados não nos possibilitam fechar um diagnóstico conclusivo, pois são instrumentos de rastreio, todavia, auxiliam na indicação de necessidade de avaliação dirigida.

O fato de o hospital ser especializado no pré-natal de alto risco proporciona condições distintas ao binômio mãe-bebê. O hospital é composto por uma equipe multidisciplinar, contando com assistência social, psicologia, enfermagem, obstetrícia e psiquiatria(36). Além do mais, é um hospital complexo cujos atendimentos são restritos à população usuária do SUS, o que pode trazer um viés maior de classe social.

CONCLUSÃO

Em gestantes de alto risco, a prevalência de condições psiquiátricas relacionadas ao transtorno mental comum e ideação suicida é alta. Foi identificada associação entre antecedente psiquiátrico, estar sem parceiro, ter sido encaminhada por antecedente psiquiátrico e sintomas de TMC. O Ensino Superior esteve associado ao comportamento suicida.

Sem uma abordagem qualificada durante o pré-natal, esses quadros podem ficar sem reconhecimento e cuidado adequados. Estimular o reconhecimento e a abordagem das condições de saúde mental durante o ciclo grávido-puerperal pode possibilitar uma atenção integral às necessidades da mulher na gestação.

Referências

1. Pabon S, Parpinelli MA, Narvaez MB, Charles CM poc., Guida JP, Escobar MF, et al. Overall Maternal Morbidity during Pregnancy Identified with the WHO-WOICE Instrument. Biomed Res Int. 2020;
2. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, et al. The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): Tools for Assessing the Management of Severe Maternal Morbidity. PLoS One. 2012;7(8).
3. Chou D, Tunçalp Ö, Firoz T, Barreix M, Filippi V, von Dadelszen P, et al. Constructing maternal morbidity - towards a standard tool to measure and monitor

maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 Mar 2 [cited 2019 Feb 26];16:45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26935070>

4. Filippi V, Chou D, Barreix M, Say L, Barbour K, Cecatti JG, et al. A new conceptual framework for maternal morbidity. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;
5. Firoz T, McCaw-Binns A, Filippi V, Magee LA, Costa ML, Cecatti JG, et al. A framework for healthcare interventions to address maternal morbidity. *Int J Gynecol Obstet*. 2018 May;141:61–8.
6. Barreix M, Barbour K, McCaw-Binns A, Chou D, Petzold M, Gichuhi GN, et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: Pilot study results. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Feb 26];141:10–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijgo.12464>
7. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. Vol. 19, *Archives of Women's Mental Health*. Springer-Verlag Wien; 2016. p. 741–51.
8. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(1):215–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100215&lng=pt&tlng=pt
9. Silva RA Da, Ores LDC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGDS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1832–8.
10. Scott J. *Common mental disorders: A bio-social model* by David Goldberg and Peter Huxley. London: Tavistock/Routledge. No. of pages: 194. Price £12.99 [Internet]. Vol. 8, *Stress Medicine*. Wiley; 1992 [cited 2020 Mar 2]. 267–268 p. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/smi.2460080416>
11. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Dec 17];43(2):476–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648481>
12. Fisher J, de Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139–49.
13. 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 : Dand Anxiety during Pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):335–43.
14. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9956):1775–88. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

15. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;191:62–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
16. Underwood L, Waldie K, D'Souza S, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016;19(5):711–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1>
17. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Dtsch Aerzteblatt Online* [Internet]. 2012 Jun 15 [cited 2018 Dec 17];109(24):419–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22787503>
18. Guerra Benute GR, Yamamoto Nomura RM, Ferreira Jorge VM, Nonnenmacher D, Junior RF, de Lucia MCS, et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011 Sep [cited 2020 Jul 12];57(5):583–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22012295/>
19. Intrapartum care for a positive childbirth experience WHO recommendations [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 26]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
20. Engle PL. Maternal mental health: program and policy implications. *Am J Agric Econ*. 2009;89(June):963–6.
21. Associação Brasileira de Empresas do Brasil. Critério de classificação econômica Brasil. ABEP. 2012;
22. Borim FSA, Barros MB de A, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jul [cited 2018 Dec 17];29(7):1415–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=pt&tlng=pt
23. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 Feb [cited 2018 Dec 17];24(2):380–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&lng=pt&tlng=pt
24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 Jun [cited 2018 Dec 17];67(6):361–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
25. José Álvaro Marques Marcolino, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias LPF, Álvaro Antônio Guaratini, Fernando Mikio Suzuki LACA. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 17]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v57n1/06.pdf>
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987 Jun 2 [cited 2018 Dec 17];150(06):782–6. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000214712/type/journal_article

27. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Nov [cited 2018 Dec 17];23(11):2577–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&tlng=en
28. Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA de, et al. Factors associated with the probability of common mental disorders in pregnant women: a cross-sectional study. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 2];21(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300201&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Fisher J, Tran T, Duc Tran T, Dwyer T, Nguyen T, Casey GJ, et al. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: A prospective population-based study. *J Affect Disord*. 2013 Apr 5;146(2):213–9.
30. Excellence NI for H and C. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. NICE. NICE; 2018 [cited 2018 Dec 17]. p. 52. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
31. Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, et al. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2020 Jul 2];36(6):644–9. Available from: </pmc/articles/PMC4399814/?report=abstract>
32. Chen J, Cai Y, Liu Y, Qian J, Ling Q, Zhang W, et al. Factors associated with significant anxiety and depressive symptoms in pregnant women with a history of complications. *Shanghai Arch Psychiatry* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2020 Jul 2];28(5):253–62. Available from: </pmc/articles/PMC5434281/?report=abstract>
33. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Mar 18];118:1–203. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356004>
34. Gentile S. A Suicidal mothers. 2010 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <http://www.jivresearch.org>
35. Meneses C, Lopes C, Magalhães VC. Transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas: um estudo piloto Common mental disorders among pregnant adolescents: a pilot study.
36. Ministério da Saúde. Manual Técnico - Gestação de Alto Risco [Internet]. 5ª. Secretaria de Atenção à Saúde, editor. Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2010 [cited 2018 Dec 17]. Available from: www.saude.gov.br/bvsSecretariadeVigilanciaemSaude
www.saude.gov.br/svs

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das gestantes avaliadas na primeira consulta de pré-natal de alto risco entre junho e julho de 2017.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Faixa etária		
12-17	14	8,2
18-24	49	28,6
25-29	42	24,6
30-34	37	21,6
35-39	19	11,1
40-48	10	5,8
Cor da pele		
Branca	81	47,9
Parda	58	34,3
Preta	24	14,2
Amarela	6	3,5
Ocupação		
Não	87	51,5
Sim	82	48,5
Religião		
Sim	137	85,1
Não	24	14,9
Estado Marital		
Com parceiro fixo	136	79,5
Sem parceiro fixo	33	19,3
Escolaridade		
Fundamental	35	20,8
Médio	109	64,9
Superior	24	14,3
Classe social (salários mínimos)		
Classe E (<1)	9	5,3
Classe D (1-3)	78	45,6
Classe C (3-5)	36	21
Classe B (5-15)	16	9,3
Classe A (>15)	1	0,6

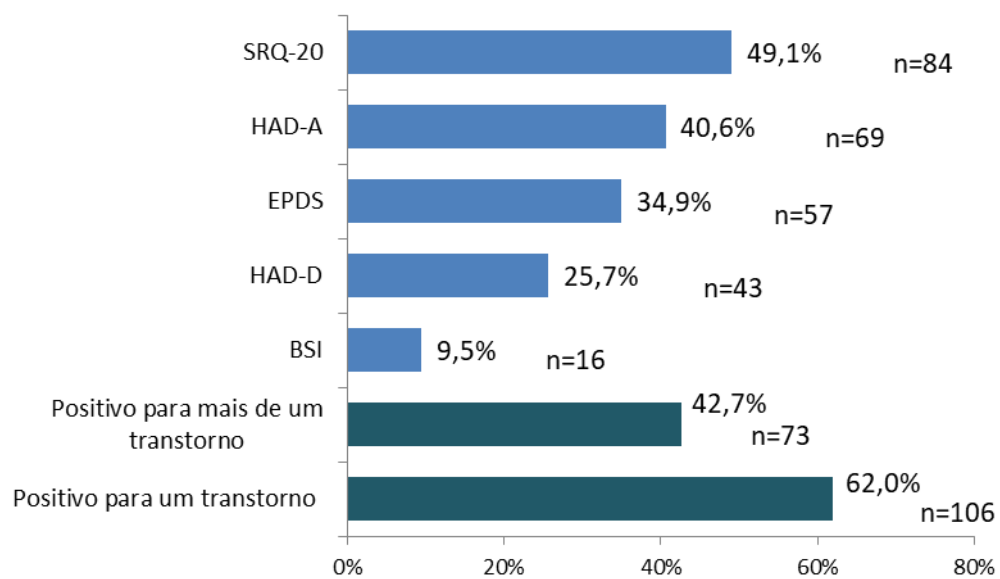


Gráfico 1 –Prevalência dos sintomas de transtornos psiquiátricos de acordo com os testes utilizados

Tabela 2. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e transtornos mentais comuns (SRQ-20) (n=84)

SRQ-20	Sim		Não		p-valor	OR	IC
Variáveis	n	%	n	%			
Ocupação							
Sim	47	57,3	35	42,7		ref	0,90-3,03
Não	39	44,8	48	55,2	0,105	1,653	
Situação Conjugal							
Com parceiro fixo	61	44,9	75	55,1		ref	1,1-5,4
Sem parceiro fixo	22	66,7	11	33,3	0,02	2,45	
Religião							
Sim	67	48,9	70	51,1			0,60-3,51
Não	14	58,3	10	41,7	0,39	1,46	
Escolaridade							
Fundamental	18	51,4	17	48,6	0,18	1,24	0,58-2,67
Médio	50	45,9	59	54,1		ref	
Superior	16	66,7	8	33,3			
Motivo de encaminhamento ao hospital							
Antecedentes psiquiátricos							
Sim	6	75,0	2	25,0	0,15	3,26	0,64-16,6
Não	78	47,9	85	52,1		ref	
Comorbidades clínicas							
Possuir Antecedentes psiquiátricos							
Sim	16	76,2	5	23,8	0,01	3,85	1,34-11,0
Não	68	45,3	82	54,7		ref	

Em negrito o p-valor significativo <0,05.

*Utilizado o teste de Fischer.

Tabela 3. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e depressão (EPDS)(n=57)

EPDS		Sim		Não		p-valor	OR	IC
Variáveis		n	%	n	%			
Ocupação								
Sim		24	30,8	54	69,2	0,32	ref	0,72-
Não		32	38,1	52	61,9		1,38	2,65
Situação Conjugal								
Com parceiro fixo		42	32,3	88	67,7	0,12	ref	0,84-
Sem parceiro fixo		15	46,9	17	53,1		1,84	4,05
Religião								
Sim		45	34,4	86	65,6	0,96	ref	0,40-
Não		8	34,8	15	65,2		1,01	2,58
Escolaridade								
Fundamental		15	44,1	19	55,9	0,06	1,921	0,86-
Médio		30	29,1	73	70,9		ref	4,27
Superior		12	52,2	11	47,8			
Motivo de encaminhamento ao hospital								
Antecedentes psiquiátricos								
	Sim	6	75,0	2	25,0	0,02	6,11	1,19-
	Não	51	32,9	104	67,1		ref	31,3
Comorbidades clínicas								
Possuir Antecedentes psiquiátricos								
	Sim	13	68,4	6	31,6	0,00	4,92	1,75-
	Não	44	30,6	100	69,4		ref	13,8

Em negrito o p-valor significativo <0,05.

Tabela 4. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e depressão (HAD-D)(n=43)

HAD-D	Sim		Não		p-valor	OR	IC
Variáveis	n	%	n	%			
Ocupação							
Sim	17	21,3	63	78,8	0,173	ref	0,80-
Não	26	30,6	59	69,4		1,63	3,31
Situação Conjugal							
Com parceiro fixo	29	22,0	103	78,0	0,01	ref	1,71-
Sem parceiro fixo	14	42,4	19	57,6		2,61	5,84
Religião							
Sim	30	22,6	103	77,4	0,05	ref	0,98-
Não	10	41,7	14	58,3		2,45	6,07
Escolaridade							
Fundamental	7	21,2	26	78,8	0,59	ref	0,51-
Médio	28	26,2	79	73,8		1,31	3,36
Superior	8	33,3	16	66,7			
Motivo de encaminhamento ao hospital							
Antecedentes psiquiátricos							
Sim	5	62,5	3	37,5	*0,02	5,3	1,21-
Não	38	23,9	121	76,1		ref	14,93
Comorbidades clínicas							
Possuir Antecedentes psiquiátricos							
Sim	12	60,0	8	40,0	0,00	3,48	1,2-
Não	31	21,1	116	78,9		ref	10,1

Em negrito o p-valor significativo <0,05.

Tabela 5. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e ansiedade (HAD-A)(n=69)

HAD-A	Sim		Não		p- valor	OR	IC	
Variáveis	n	%	n	%				
Ocupação								
Sim	32	39,5	49	60,5	0,80	ref	0,58-	
Não	36	41,4	51	58,6		1,08	2,00	
Situação Conjugal								
Com parceiro fixo	52	38,5	83	61,5	0,29	ref	0,69-	
Sem parceiro fixo	16	48,5	17	51,5		1,50	3,23	
Religião								
Sim	57	41,9	79	58,1	0,98	ref	0,41-	
Não	10	41,7	14	58,3		0,99	2,38	
Escolaridade								
Fundamental	15	42,9	20	57,1	0,59	1,179	0,54-	
Médio	42	38,9	66	61,1		ref	2,55	
Superior	12	50,0	12	50,0				
Motivo de encaminhamento ao hospital								
Antecedentes psiquiátricos								
Sim	7	87,5	1	12,5	0,02	11,2		
Não	62	38,3	100	61,7		ref	1,3- 93,9	
Comorbidades clínicas								
Possuir Antecedentes Clínicos								
Sim	19	18,1	86	81,9	0,04			
Não	50	76,9	15	23,1				
Possuir Antecedentes psiquiátricos								
Sim	16	76,2	5	23,8	0,00	5,7	2-	
Não	53	35,6	96	64,4		ref	16,7	

Em negrito o p-valor significativo <0,05.

Tabela 6. Associação entre variáveis de perfil sociodemográfico e obstétrico e comportamento suicida (BSI)(n=16)

BSI Variáveis	Sim		Não		p-valor	OR	IC
	n	%	n	%			
Ocupação							
Sim	5	6,2	75	93,8	0,16	ref	0,72-6,63
Não	11	12,8	75	87,2		2,20	
Situação Conjugal							
Com parceiro fixo	11	8,1	124	91,9	0,18	ref	0,69-6,76
Sem parceiro fixo	5	16,1	26	83,9		2,16	
Religião							
Sim	12	8,9	123	91,1		ref	0,38-5,63
Não	3	12,5	21	87,5	0,57	1,4,6	
Escolaridade							
Fundamental	5	14,3	30	85,7	0,06	2,77	0,79-9,74
Médio	6	5,7	100	94,3		ref	
Superior	5	20,9	19	79,1			
Motivo de encaminhamento ao hospital							
Antecedentes psiquiátricos							
Sim	3	37,5	5	62,5	0,01	6,78	1,45-31,6
Não	13	8,1	147	91,8		ref	
Comorbidades clínicas							
Possuir Antecedentes psiquiátricos							
Sim	3	14,2	18	85,7	0,43	1,71	0,44-6,61
Não	13	8,9	134	91,1		ref	

Em negrito o p-valor significativo <0,05.

Tabela 7. Análise multivariada entre variáveis de perfil sociodemográfico e escalas

Escala	n	Variáveis	Categoria	IC 95%	p-valor	OR*
SRQ-20	121	Estado conjugal	Sem x Com	1,062-8,621	0,03	3,03
		Comorbidade antecedentes psiquiátricos	Sim x Não	1,017-11,765	0,03	3,46
HAD-A	120	Comorbidade antecedentes psiquiátricos	Sim x Não	1,567-17,857	<0,01	5,263
HAD-D	117	Estado conjugal	Sem x Com	1,206-10,101	<0,01	3,484
		Comorbidade antecedentes psiquiátricos	Sim x Não	1,721-19,231	0,02	5,714
EPDS	116	Estado conjugal	Sem x Com	1,045-8,065	0,03	2,89
		Motivo de encaminhamento antecedentes psiquiátricos	Sim x Não	1,126-34,483	0,02	6,25
BSI	119	Escolaridade	Fundamental x Médio	0,712-20,275	0,04	3,8
			Superior x Médio	1,561-38,933		7,79

4.1. RESULTADOS COMPLEMENTARES

Para constituir os resultados complementares buscou-se aqui trazer alguns dados mais detalhados relacionados à coleta que não puderam ser incluídos no artigo devido a limitação de espaço.

Os motivos de encaminhamentos declarados pela gestante durante a fase da coleta de dados, foram, em sua maioria, dados pelos antecedentes obstétricos e clínicos (54,97%). Condições mais específicas também foram parte do encaminhamento, tais como: diabetes mellitus 1 e 2, diabetes gestacional, HAS, tireoidopatia, antecedentes psiquiátricos, infecções maternas, gestação tardia, gemelaridade, hipertensão gestacional. Ser uma gestante adolescente foi motivo de encaminhamento para 7,02% (Gráfico 1).

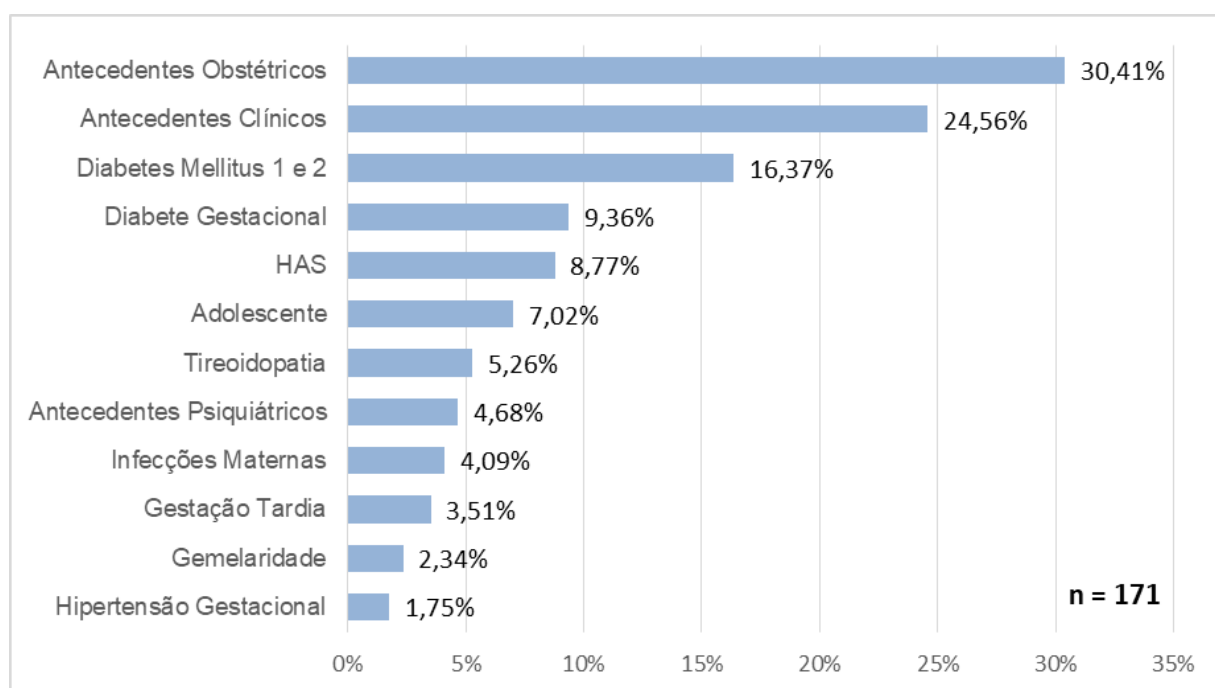


Gráfico 1: Motivos de encaminhamentos declarados pelas gestantes avaliadas. Fonte: Coleta de dados CAISM em junho e julho de 2017.

Com relação às condições de comorbidade nas gestantes, a maioria delas foram circunscritas pelos antecedentes clínicos, obstétricos e psiquiátricos. Além dessas, algumas condições específicas também foram declaradas, a saber: tireoidopatia, diabetes mellitus 1 e 2, HAS, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e infecções maternas (Gráfico 2).

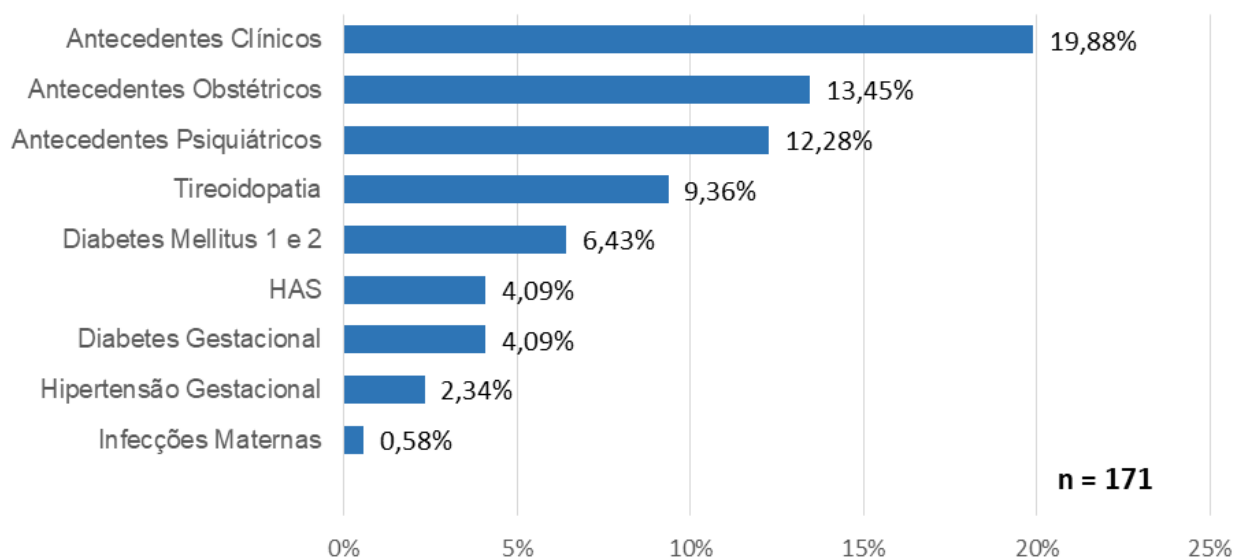


Gráfico 2: Comorbidades declaradas pelas gestantes avaliadas. Fonte: Coleta de dados CAISM em junho e julho de 2017.

Com relação à descrição ainda do perfil das gestantes, a tabela a seguir descreve quais foram as condições descritas por elas enquanto antecedentes, sendo estes clínicos, obstétricos ou psiquiátricos. (Quadro 2).

Quadro 2. Detalhamento dos antecedentes declarados pelas gestantes

Antecedentes	Condições descritas pelas gestantes	
Clínicos	• Diabetes melitus 1 ou 2 • Hipertensão arterial sistêmica • Trombose venosa profunda • Coriorretinite • Asma • Bronquite • Glomerulonefrite esclerosante segmentar focal • Pielonefrite • Acidente cardiovascular anterior, • Insuficiência mitral leve • Incompetência istmo cervical • Nefrectomia parcial a direita • Glomerulonefrite lúpica • Nódulo tireoideanosidade • Histórico de tumor na cabeça anterior • Cálculo renal • Cardiopatia • Neoplasia de ovário múltiplas abordagens cirúrgicas • Taquicardíaca	• Doença hepática • Obesidade • Hipotireoidismo • Epilepsia • Tratamento com prolactina anterior • Tabagismo • Uso de substâncias psicoativas • Colo com grande ectrópio periorifical • Colostomia • Lues tratada • Hiperplasia adrenal congênita • Sífilis • NIC 3 sem tratamento, hérnia umbilical • Tumor benigno • Celíaca • Alergia a látex • Esclerodermia sistêmica • Hemodiálise • Rubéola • Pneumopatia intersticial.
Obstétricos	• Hipertensão gestacional • Cesárias prévias • Gemelaridade • Pré-eclâmpsia • Aborto de repetição • Lesão intrauterina • Diabetes gestacional	• Anemia falciforme • NIC • Trabalho de parto prematuro anterior • Macrocefalia na primeira gestação • Óbito fetal.
Psiquiátricos	• Alteração no sono • Transtorno de ansiedade • Síndrome do pânico • Depressão anterior	• Acompanhamento psicoterápico na infância • Acompanhamento psiquiátrico na infância.

Fonte: Coleta de dados CAISM em junho e julho de 2017.

A respeito dos questionários, é pertinente apontar algumas das respostas da escala EPDS. As perguntas descritas abaixo que estão presentes no questionário EPDS medem a presença de ansiedade, ainda que o foco da escala seja dirigido aos sintomas depressivos nas gestantes (Tabela 2). Em negrito estão as respostas com as maiores pontuações: 3 e 2, respectivamente, sendo as indicativas dos **sintomas de ansiedade**.

Tabela 1. Perguntas sobre ansiedade na escala EPDS

Alternativas colocadas pelo EPDS		N = 171	%
Eu me sinto tenso ou contraído	A maior parte do tempo	20	11,69%
	Boa parte do tempo	22	12,86%
	De vez em quando	97	56,72%
	Nunca	32	18,71%
Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa de ruim fosse acontecer	Sim, e de um jeito muito forte	21	12,28%
	Sim, mas não tão forte	47	27,48%
	Um pouco, mas isso não me preocupa	54	31,57%
	Não sinto nada disso	49	28,65%
Estou com a cabeça cheia de preocupações	A maior parte do tempo	34	19,88%
	Boa parte do tempo	40	23,39%
	De vez em quando	58	33,91%
	Raramente	39	22,80%

Fonte: Gestantes avaliadas no CAISM em junho e julho de 2017.

Considerando, portanto, as três perguntas da escala EPDS como ferramentas de rastreamento da ansiedade, pode-se dizer que foi encontrada a prevalência dos sintomas ansiosos em uma média de 35,6% das gestantes de acordo com o instrumento.

Quanto a respostas mais detalhadas com a escala BSI, declararam ter já **tentado o suicídio uma ou duas vezes 6,43%** (n=11) das gestantes da amostra, sendo que 1,16% (n=2) não responderam e 92,41% (n=156) declararam nunca ter tentado o suicídio.

5. DISCUSSÃO GERAL

A pesquisa indicou altos índices de transtornos mentais comuns, ansiedade, depressão e comportamento suicida nas gestantes – em alguns casos ainda o número encontrado se mostrou maior do que na população geral (27) e mesmo quando comparado a gestantes de baixo risco (77).

Transtorno mental comum

A associação de maior destaque aqui no presente trabalho foi o motivo de encaminhamento ou a comorbidade como sendo **antecedente psiquiátrico**. Para todos os transtornos avaliados existiu este fator, que pode, portanto, ser lido como um fator de risco. A **situação conjugal** também foi uma variável presente na análise univariada e multivariada.

Pelo menos 12,3% das mulheres já haviam tido algum contato com serviço de psiquiatria, porém, somente 4,7% foram encaminhadas ao serviço do hospital devido a alguma complicação relacionada à saúde mental. Ainda que já houvesse sido constatado algum tipo de vulnerabilidade devido aos **antecedentes psiquiátricos**, percebemos que isto não foi foco da rede de atenção anteriormente.

Alguns fatores de risco encontrados na literatura tiveram associação significativa no presente estudo, como a **ausência de parceiro** (65,67,86) e a presença de alguma **doença crônica** (27) (diabetes gestacionais, diabetes mellitus 1 ou 2) relacionada ao aumento dos sintomas de TMC.

Outra pesquisa que possui dados que corroboram com a discussão foi conduzida na China, em 2016, com gestantes de alto risco e o uso do instrumento HAD. A pesquisa rastreou sintomas de ansiedade e depressão (n=195). Os resultados da análise multivariada e ansiedade, foram: a gestante ter **tido aborto prévio** e **hepatite**. De acordo com a análise univariada e a ansiedade, a qualidade dos **relacionamentos interpessoais** nos últimos três meses estiveram associados. Com relação a depressão, a associação foi a **história prévia de hemorragia** e **hepatite**. Com relação aos sintomas depressivos, as associações foram com gestantes que já tiveram um **episódio depressivo**, **saúde da gestante** e **qualidade dos relacionamentos interpessoais nos últimos três meses** (86).

Além da presença de importância dos **antecedentes clínicos**, o que na presente pesquisa foi associado, especificamente, aos sintomas ansiosos, o estudo conduzido na

China encontrou associação aos **antecedentes psiquiátricos e à qualidade da relação conjugal** na vida da gestante (86).

Na presente pesquisa a **qualidade dos relacionamentos interpessoais** não foi uma variável mensurada, no entanto, outros trabalhos também destacam esta variável como até mesmo um fator protetivo a gestante. Acerca desta questão, pode-se refletir o quanto a possibilidade de a maternidade determinar todo o conjunto de responsabilidades em torno do bebê, cujo ponto focal é unicamente a mulher, pode aumentar a complexidade das situações num momento de espera que é a gestação.

Com relação à **presença paterna**, uma pesquisa realizada no Brasil, com o objetivo de identificar fatores associados ao cuidado paterno com os filhos de quatro meses, sugere que, em famílias nas quais o pai atua diretamente em tarefas domésticas e em responsabilidades com o filho, a mãe demonstra ter experiências melhores com relação à maternidade (87)

Ansiedade

Os sintomas ansiosos estiveram relacionados, de acordo com a análise multivariada, às comorbidades na condição de **antecedentes psiquiátricos**. Considerando a porcentagem de respostas afirmativas para ansiedade na escala EPDS, a porcentagem de gestantes é próxima do rastreado pela HAD-A (40,6%). Foi uma média de 35,6%, considerando as três perguntas descritas nos resultados, que investigaram a tensão, contração muscular, medo e preocupações da gestante no momento da coleta, considerando os últimos sete dias. Tais dados corroboram com artigos que colocam a EPDS como sendo uma escala possível de rastrear não somente sintomas depressivos, mas, ansiosos também (88).

A identificação das variáveis que podem tornar a vivência da gestação com altos níveis de ansiedade é uma possibilidade de melhorar o cuidado posterior ainda do bebê no contexto da família. Estudos indicam que a **presença de uma parceiro(a)** e os **recursos sociais**, são fatores associados a uma diminuição na ansiedade (89).

Um estudo do ano de 2016 realizado num pré-natal de baixo risco na Malásia, rastreou sintomas de ansiedade nas gestantes (n=288). O instrumento utilizado foi a escala DASS-21, que encontrou como prevalência a presença de sintomas ansiosos em 18,8% da amostra. Apesar de o estudo ter feito três coletas ao longo da gestação, não foram encontradas mudanças significativas nos resultados ao longo do ciclo gravídico.

O estudo corrobora com a possibilidade de que exista um nível de ansiedade que seja comum a todo o processo gestacional. Tais ansiedades podem estar associadas a medos vividos pela gestante, como: medo do parto, da própria morte e da morte fetal, inseguranças diante de novas responsabilidades(1). Níveis de ansiedade podem ainda estar associados a quadros somáticos, com: náusea, vômito ou hiperemese, estiveram associados a um aumento dos sintomas ansiosos e de estresse (90).

Segundo um estudo americano realizado com 453 gestantes de baixo e alto risco, o rastreamento da ansiedade entre 18-20 semanas de gestação, pode estar associado a dois fatores sociodemográficos: **gestantes sem parceiro** e **gestantes com agravo clínico à saúde** (89). Tais dados corroboram com os resultados encontrados pela pesquisa aqui presente no que tange a variável “**antecedentes clínicos**” e os altos níveis de ansiedade. Outra pesquisa realizada na China em 2016 com gestantes de alto risco encontrou como associação aos sintomas de ansiedade **preocupações da gestante com a saúde fetal**, que corrobora com o medo citado acima de que o bebê possa morrer (86).

Fatores considerados protetivos com relação aos níveis de ansiedade podem ser o **planejamento da gravidez** e o “**otimismo**” (o significado positivo associado à gestação), ambos dados autodeclarados pela gestante têm associações a uma diminuição dos níveis de ansiedade. Outras variáveis demográficas possivelmente associadas, são: **faixa etária avançada, mais anos de escolaridade e com parceiro** (89). Estima-se que mais anos de escolaridade podem estar relacionados a maior autonomia, independência e poder de escolha da mulher.

Depressão

De acordo com a análise univariada do presente estudo, as gestantes **sem parceiro, com antecedentes psiquiátricos** e com **comorbidades psiquiátricas** estiveram associadas a um número mais elevado de sintomas. A análise multivariada encontrou o **estado conjugal** e a **comorbidade como antecedentes psiquiátricos** (HAD-D); **estado conjugal** e **motivo de encaminhamento** tendo sido por **antecedentes psiquiátricos** (EPDS).

Um estudo longitudinal realizado em 2017 com gestantes (n=271) de baixo risco acompanhadas pelo SUS, na região de São Paulo, rastreou com a escala EPDS e ponto de corte ≥ 13 , que pelo menos uma vez na gestação 38,5% tiveram sintomas depressivos (91). O estudo realizado na Malásia, previamente citado, em 2016, encontrou nas

gestantes de baixo risco (n=288) a presença de sintomas depressivos em 6,9% das gestantes, medidos pela escala DASS-21. O artigo coloca como variável associada a uma prevalência maior dos sintomas ansiosos, depressivos e de estresse situações com **falta de suporte social, ausência de parceiro, baixa renda e a gestação não planejada** (90). É comum em pesquisas a ausência de parceiro culminar em um aumento dos sintomas depressivos em gestantes, sendo tal variável associada a uma **diminuição nos recursos sociais**, além de implicar diretamente na díade mãe-bebê. O **apoio social**, novamente, ilustrado por situações como: **cuidado compartilhado** do bebê, **recursos financeiros** e **planejamento** da gestação é associado a vivências mais positivas deste momento(27).

Estudo conduzido com gestantes de alto risco (n=62) que investigou sintomas depressivos com a escala EPDS, encontrou em 27% das gestantes o rastreamento positivo para o transtorno e percebeu como variável de destaque associado a escores elevados a gestante declarar que tinha **antecedentes psiquiátricos**. Outro dado apontado pela pesquisa acusa que mais da metade das gestantes, que também tiveram sintomas positivos para o transtorno depressivo, não tinham **nenhum histórico psiquiátrico de acompanhamento ou diagnóstico** – ou seja, embora a variável de destaque esteja associada aos sintomas depressivos, não é possível afirmar que gestantes sem antecedentes estejam mais protegidas a desenvolver o transtorno (43) .

Enfim, percebe-se que a presença de **antecedentes psiquiátricos** é uma variável associada em diversas pesquisas e coloca a necessidade da atenção para tal fator no momento em que esta gestante ingressa na instituição de saúde. Tal variável pode ser explicada por dificuldades de mudanças em fatores externos e internos que estejam ligados ao desenvolvimento do transtorno.

A **ausência de religião** esteve associada ao desenvolvimento de depressão (HAD-D), o que, de alguma forma, corrobora com estudos na literatura – denota a possibilidade de uma carência no **apoio social**.

Comportamento suicida

Quanto ao comportamento suicida, rastreado em 9,5% das gestantes, a análise multivariada encontrou como variável associada à escolaridade, gestantes que estudaram até **o ensino superior** tiveram seis vezes mais chance de se enquadrar no

comportamento suicida. Quanto às respostas mais detalhadas com a escala BSI, declararam ter **tentado o suicídio uma ou duas vezes** 6,43% das gestantes.

Um estudo com gestantes em Ribeirão Preto encontrou ideação suicida em 7,8% das gestantes (30). Ainda, uma revisão sistemática que investigou a presença da ideação suicida em gestações encontrou como fatores de risco influenciadores do desenvolvimento do comportamento suicida a **violência íntima por parceiro, menos de 12 anos de estudo e transtorno depressivo associado** (31).

Com relação a outros fatores de associação sociodemográfica aos transtornos mentais, a **baixa escolaridade** é uma variável, por vezes, associada a prevalências mais altas de prováveis transtornos mentais (53). Na presente pesquisa, a escolaridade foi uma variável significativa com o comportamento suicida (BSI).

Podemos relacionar tais achados a uma intensificação do lugar da mulher no mercado de trabalho, o que possibilita novos lugares ocupados pela mulher na família que não sejam somente ligados ao matrimônio e à maternidade. Portanto, também é possível inferir que essas mulheres desempenham funções em cargos de trabalho cujas exigências também são acentuadas, mas se dão de maneira intelectual, sendo assim, subjetivas, o que as torna difícil de serem mensuradas.

Quanto à pesquisa com as adolescentes, a baixa idade não foi uma associação encontrada com transtorno mental ou ideação suicida. Algo que não foi investigado na pesquisa e pode ser uma variável de importância relacionada a escolaridade é a presença de **apoio social**. Uma hipótese é que as adolescentes dispunham de maior apoio social quando comparado às gestantes que estudaram até o ensino superior. Em outras pesquisas tal variável tem sido associada à saúde mental da gestante, e, por vezes, adolescentes podem dispor melhor de uma rede justamente por serem mães jovens. As gestantes que estudaram até o superior, conseqüentemente com mais idade, podem obter esta carência maior quando comparadas ao grupo das adolescentes. Uma pesquisa realizada com adolescentes encontrou ideação suicida em 16,7% das gestantes e associou tal variável a poucos apoio social e a serem mães solteiras (45).

Outras considerações acerca dos achados da pesquisa

Alguns dados levantados foram destoantes da literatura. Por exemplo, a idade não teve correlação de maior risco com o desenvolvimento dos transtornos mentais nem o trimestre gestacional que a gestante estava no momento da participação na pesquisa.

Um estudo realizado com mães jovens coloca um diferencial neste grupo que é o recurso social. Quando comparado com gestantes com mais idade, pode-se perceber que mães jovens declararam ter mais apoio quando comparadas às mães com maior idade – o que, para presente pesquisa, pode ser uma hipótese elucidativa quanto a diminuição da presença de sintomas no grupo adolescente quando comparado às gestantes com outras patologias obstétricas (92).

Na média, as gestantes estavam no segundo trimestre gestacional, um momento conhecido por carregar maiores mudanças no corpo e ser um momento de maior vinculação com o feto, que ao se desenvolver vai tomando uma presença maior como um bebê na vida da mãe – momento que pode ser ambivalente justamente por tais acontecimentos.

A análise dos dados não pode se distanciar da realidade social, sendo, na pesquisa, o contexto histórico social brasileiro, e tem resultados em consonância com uma ampla desigualdade – social, econômica e entre gêneros – que proporciona limitações e cerceamentos em situações nas quais se somam obstáculos, como é o caso de famílias de baixa renda. A maioria das mulheres participantes do estudo ocupou a classe social D, com uma mediana de R\$750,00 de renda por mês. A falta de suporte – familiar e social – pode agravar o sofrimento e, por consequência, diminuir a qualidade de sua saúde mental (37,61).

De maneira muito breve, o contexto econômico brasileiro encontra-se em meio a complicações pelo menos desde 2008, moduladas por fatores internos e externos ao país(93). Muito embora tenha apresentado uma trajetória flutuante no máximo até 2013, os indicadores – tais como o produto interno bruto (PIB) – apontam para outro cenário em anos seguintes(94). Dessa maneira, a perspectiva oscilatória do crescimento econômico brasileiro dá lugar, a partir do ano de 2014, e a uma retração econômica que compõe um cenário de crise, o qual não aponta sinais de recuperação em um futuro próximo, e sim, de estagnação pelo menos desde 2017(95).

Momentos em que os países passaram por grandes crises econômicas e sociais, como contextos de guerras ou desastres naturais, são momentos em que a mortalidade

do país tende a aumentar, assim como índices de depressão, ansiedade e suicídio (96). Um estudo realizado na Austrália encontrou um risco de suicídio 5,4 vezes maior em mulheres sem ocupação, quando comparadas às mulheres com ocupação – uma leitura deste dado é que os desempregados são mais afetados por qualquer tipo de crise econômica (97).

A religião é uma forma de recurso social amplamente utilizada e com efeitos positivos na saúde mental, assim como estar com parceiro. O que nos faz pensar que a gestação, vivida de maneira mais isolada, pode estar atrelada a uma condição com menos recursos que é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos (55,98).

Uma especificidade da pesquisa pouco vista ainda na literatura é a população ter sido de gestantes de alto risco, o que pode mudar a interpretação dos dados por não ter sido na rede primária. Além de um possível viés de classe social, pois é um hospital exclusivo do SUS, também é um hospital focado em alta complexidade. Uma parcela das gestantes iniciou o pré-natal naquele ambiente por previamente terem outras comorbidades, mas, outra parcela de gestantes é encaminhada para lá após terem iniciado o pré-natal e ter sido constatada alguma intercorrência no percurso da gestação. Nesta segunda possibilidade do encaminhamento, é coerente uma ansiedade maior na primeira consulta – momento em que a gestante foi abordada para participar da pesquisa. A ansiedade esteve associada ao motivo de encaminhamento ter sido por “antecedentes clínicos”. A depressão teve associação com mulheres encaminhadas ao hospital por terem hipertensão arterial sistêmica.

Quanto às limitações destas interpretações e da pesquisa, num panorama geral, é necessário lembrar o uso das escalas como uma tentativa de aproximação do sujeito, de dimensionar e enquadrar um sofrimento. Além do mais, as escalas são instrumentos de rastreio – não possibilitam a afirmação de um diagnóstico. Quando uma escala é aplicada na população gestante, é necessário reiterar as diferenças dos critérios para que os transtornos mentais sejam diagnosticados. Sintomas de depressão e ansiedade podem ser confundidos com características comuns a gestação, como: dificuldade de dormir ou mudança no apetite, por exemplo (99,100). A pesquisa, porém, não contou com um grupo-controle que possibilitasse comparações com mulheres e adolescentes não grávidas.

Com relação à aplicação, quando as escalas foram aplicadas respeitou-se o desejo da gestante em poder realizar o autopreenchimento ou solicitar o auxílio da pesquisadora, como uma tentativa de tornar o ambiente mais acolhedor possível para a

participante, além de incluir também gestantes que poderiam ter alguma dificuldade na compreensão dos questionários. Condições metodológicas da pesquisa como o anonimato e o autopreenchimento são espaços onde se fala mais sobre o comportamento suicida quando comparados aos não anônimos ou preenchidos pelo pesquisador (101).

Para proporcionar atenção integral às necessidades da mulher na gestação é importante estimular o reconhecimento e abordagem das condições de saúde mental durante todo o ciclo grávido-puerperal por parte da equipe de saúde. Falar sobre saúde mental envolve lidar com possíveis medos relacionados às punições e julgamentos que a gestante pode acreditar ser submetida até mesmo pela equipe médica – que teoricamente é a equipe a acompanhará até o puerpério. É importante a conscientização das equipes de saúde das possíveis dificuldades do processo de aproximação da gestante e da importância que é a escuta livre de julgamentos.

A mulher deixa de estar só em seu corpo quando grávida, existe um bebê o qual ela deve se preocupar em cuidar, uma nova demanda que aponta para ato *tornar-se a mãe*. É um momento de intensa exigência social e psíquica. A maternidade envolve questões além da esfera pessoal, mas é o nascimento de outro indivíduo dentro de um contexto social. As cobranças direcionadas à mulher não são feitas somente por ela, mas por todo o tecido social que a envolve – muitas vezes, exigências irrefletidas, indiferentes aos suportes e as carências que aquele sujeito efetivamente possui (37,61).

A escuta qualificada da equipe de saúde é uma possibilidade de intervenção e de um encaminhamento que seja adequado à necessidade daquela gestante. A gestação é um período que exige maior autocuidado da mulher e preocupações com a incerteza e a instabilidade do futuro. Um provérbio comum na matriz africana diz “é necessária uma vila para se criar uma criança” (*it takes a village to raise a child*), não é rara a presença deste provérbio nas reflexões sobre a maternidade, pois, a sociedade tem um papel importante que perpassa pelo binômio mãe-bebê. O sistema de saúde, além de ser estruturado por um viés político, é composto por pessoas – a proposta de um cuidado mais próximo da gestante e de suas necessidades é a possibilidade de uma participação mais ativa dos primeiros contatos da sociedade com este momento tão peculiar do recebimento de um novo indivíduo.

São raros estudos com fatores protetivos às gestantes, mas alguns sugerem condições favoráveis como: acesso à educação, trabalho remunerado, serviços de saúde e de reprodução mais acessíveis, condições de planejamento familiar; delimitam uma

conjuntura de assistência social que pode proporcionar melhoria nos quadros de saúde mental (9).

Pesquisas futuras podem trazer dados referentes à população brasileira gestante com atenção especial à saúde mental, auxiliando na elaboração de estratégias preventivas que visam a diminuição dos indicadores de mortalidade materna e possíveis direcionamentos para melhorar a assistência no ciclo gravídico-puerperal.

6. CONCLUSÕES

- O perfil sociodemográfico encontrado foi de gestantes na mediana com 27 anos, maioria como da cor branca, sem ocupação, com parceiro fixo, evangélicas e de classe social D e renda mediana de R\$750,00.
- A prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns foi de 49,1% (SRQ-20).
- O rastreamento positivo para sintomas de depressão, de acordo com a escala HADS e EPDS, foi de 25,7% e 35%, respectivamente.
- Foi encontrado rastreamento positivo para sintomas de ansiedade em 40,6% (HAD-A) e 35,6% (EPDS).
- O comportamento suicida foi identificado em 9,5% das gestantes (BSI).
- Identificada associação entre ter antecedente psiquiátrico e sintomas de transtorno mental comum, ansiedade, depressão. Estar sem parceiro esteve associado ao desenvolvimento do provável TMC. Ter sido encaminhada por antecedente clínico teve associação com sintomas de ansiedade. O ensino superior foi associado a um risco maior de ter algum tipo de comportamento suicida

7. REFERÊNCIAS

1. Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
2. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês* [Internet]. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. [cited 2019 Aug 24]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n4/a04v10n4.pdf>
3. Organization WH. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for all. Genebra; 1986.
4. Organization WH. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. 2011.
5. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. 13 de julho de 1990 Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
6. Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gac Sanit [Internet]. 2012 Nov [cited 2020 Jul 7];26(6):497–503. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22521341/>
7. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 1];27(3):138–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24559618/>
8. Ramos Amorim MM. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle Risk factors for pregnancy in adolescence in a teaching maternity in Paraíba: a case-control study.
9. Wanderson K de O, Buosi Rohlfs D, Marques Macário E, Duarte E, Fernando Mendes Pereira G, Henrique Rosa Croda J, et al. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Nº. 2019;50.
10. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 28]. Available from: www.saude.gov.br/bvs/SecretariaDeVigilanciaemSaude/www.saude.gov.br/svs
11. Azevedo WF, Ernande. de, Diniz MB aff., Fonseca ES érgi. VB, Azevedo LMR icart. de, Evangelista CB ra. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature [Internet]. Vol. 13, Einstein (São Paulo, Brazil). Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; 2015 [cited 2020 Jul 7]. p. 618–26. Available from: [/pmc/articles/PMC4878642/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4878642/?report=abstract)
12. Organização Mundial da Saúde. A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 24]. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=414-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-4&Itemid=219&lang=es
13. Filippi V, Chou D, Barreix M, Say L. A new conceptual framework for maternal morbidity. 2018;141:4–9.
14. Silva JM de P da, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP, et al. Concepts, prevalence and characteristics of severe maternal morbidity and near miss in Brazil: a systematic review. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Aug 28];18(1):7–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100007&lng=en&tlng=en
15. Easter A, Howard LM, Sandall J. Mental health near miss indicators in maternity care: a missed opportunity? A commentary. BJOG An Int J Obstet Gynaecol.

- 2018;125(6):649–51.
16. Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9956):1723–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62040-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62040-7)
17. Engle PL. Maternal mental health: program and policy implications. *Am J Agric Econ*. 2009;89(June):963–6.
18. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(1):215–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100215&lng=pt&tlng=pt
19. Intrapartum care for a positive childbirth experience WHO recommendations [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 26]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
20. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med*. 1970 Feb;24(1):18–23.
21. Rana S, Hooda S. Common Mental Disorders in Primary Care. Vol. 5, International Journal of Scientific and Research Publications. 2016.
22. Bridges K, Duncan-Jones P, Goldberg DP. The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med*. 1987;17(4):933–42.
23. Grayson D, Bridges K, Cook D, Goldberg D. The validity of diagnostic systems for common mental disorders: A comparison between the ID-CATEGO and the DSM-III systems. *Psychol Med*. 1990;20(1):209–18.
24. Melzer. D, Fryers T, Rachel J. Social Inequalities and the Distribution of the Common Mental Disorders. David Melzer., Tom Fryers., Rachel Jenkins., editors. 2004.
25. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Dec 1];38(2):91–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200091&lng=en&tlng=en
26. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 1996 Jun [cited 2020 Mar 2];26(2):211–22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/W4U4-TCTX-164J-KMAB>
27. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Dec 17];23(8):2543–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&lng=pt&tlng=pt
28. Silva RA Da, Ores LDC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGDS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1832–8.
29. 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):335–43.

30. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: A survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 Aug 16 [cited 2020 Aug 3];7(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1471-2458-7-209>
31. Grote NK., Bridge JA., Gavin AR., Melville JL., Iyengar S., Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(10):1012–24. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77957708524&partnerID=40&md5=b9765d1e7499f4fea80e72f83441f226>
32. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):826–37.
33. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;176:24–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.039>
34. Samantha Meltzer-Brody, Alison Stuebe M. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. 2015;6(1):49–60.
35. Schetter CD, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. 2012;
36. DiPietro JA, Costigan KA, Gurewitsch ED. Fetal response to induced maternal stress. *Early Hum Dev* [Internet]. 2003 Nov [cited 2020 Mar 14];74(2):125–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14580752>
37. Fisher J, de Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139–49.
38. Association AP. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. [Internet]. 5th. 2013 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
39. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Vol. 62, *Archives of General Psychiatry*. 2005. p. 593–602.
40. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;200:148–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
41. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9956):1775–88. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
42. Radoš SN, Tadinac M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors, and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clin Croat*. 2018;57(1):39–51.
43. Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, et al. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2020 Jul 2];36(6):644–9. Available from: [/pmc/articles/PMC4399814/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4399814/?report=abstract)

44. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety Disorders During Pregnancy. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2014;02129(October):e1153–84. Available from: <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2014/v75n10/v75n1018.aspx>
45. Gisleine Vaz Scavacini de Freitas, Neury José Botega. Gravidez na adolescência: Prevalência de ansiedade e ideação suicida. Vol. 48, *Rev Assoc Med Bras*. Campinas; 2002.
46. Prenoveau J, Craske M, Counsell N, West V, Davies B, Cooper P, et al. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depress Anxiety*. 2013;30(6):506–14.
47. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
48. Beck A, Rush JA, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 14–18 p.
49. Silva MM de J, Lima GS, Monteiro JC dos S, Clapis MJ. Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2020;
50. Sendin Mitsuhiro S, Chalem E, Carvalho M, Barros M, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *J Adolesc* [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 1];32:747–52. Available from: www.elsevier.com/locate/jado
51. Wisner KL, Sit D KY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490–8.
52. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 14];101:57–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22130907>
53. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;191:62–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
54. Moreira LC de O, Bastos PRH de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol Esc e Educ* [Internet]. 2015;19(3):445–53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=pt&tlng=pt
55. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. Vol. 19, *Archives of Women's Mental Health*. Springer-Verlag Wien; 2016. p. 741–51.
56. Botega NJ. Comportamento suicida : epidemiologia. 2014;2009:231–6.
57. Neury José Botega. Crise Suicida: Avaliação e manejo. Artmed, editor. 2015.
58. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB de, Barros MB de A, Silva VF da, Dalgallarrondo P. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil]. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2009;25(12):2632–8.
59. Vijayakumar L. Suicide in women. Vol. 57, *Indian Journal of Psychiatry*. Medknow Publications; 2015. p. 233–8.

60. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Women with HIV: Gender violence and suicidal ideation. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):758–65.
61. Fonseca-machado MDO, Alves LC, Haas VJ, Cristina J. Sob a sombra da maternidade : gravidez , ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(9):258–64.
62. Shamu S, Ph D, Zarowsky C, Ph D, D M, Roelens K, et al. High-frequency intimate partner violence during pregnancy , postnatal depression and suicidal tendencies in Harare , Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2016;38:109–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.005>
63. Oates M. Suicide : the leading cause of maternal death Suicide : the leading cause of maternal death *. *Br J Psychiatry*. 2003;279–81.
64. Dalke KB, Wenzel A, Kim DR. Depression and Anxiety During Pregnancy: Evaluating the Literature in Support of Clinical Risk-Benefit Decision-Making. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0698-x>
65. Jo Kim J, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. In: *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. Lippincott Williams and Wilkins; 2015 [cited 2020 Mar 24]. p. 885–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25751206>
66. Mauri M, Oppo A, Borri C. SUICIDALITY in the perinatal period : comparison of two self-report instruments . Results from PND-ReScU. 2012;39–47.
67. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Feb [cited 2019 Aug 24];191:62–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650969>
68. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2003 Oct 2 [cited 2018 Jul 24];183(04):279–81. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000163214/type/journal_article
69. Daisy Oliveira Costa, Fabíola Isabel Suano de Souza, Glauro César Pedroso, Maria Wany Louzada Strufaldi. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. [cited 2018 Nov 30]; Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0691.pdf
70. Underwood L, Waldie K, D’Souza S, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016;19(5):711–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1>
71. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord* [Internet]. 2012;137(1–3):25–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.029>
72. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher B. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.
73. Pearson RM, Melotti R, Heron J, Joinson C, Stein A, Ramchandani PG, et al. Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Mar 14];35(4):613–26. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22982260>
74. IBGE :: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [cited 2018 Jul 31]. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>
 75. Meirelles F de S, Sabio RP. UM NOVO CRITÉRIO DE ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E DE CONSUMO. *Rev Adm Empres* [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Jul 1];54(5):592–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140512>
 76. Division of Mental Health WHO. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). 1994;
 77. Borim FSA, Barros MB de A, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Aug 24];29(7):1415–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=pt&tlng=pt
 78. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 Aug 24];24(2):380–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&lng=pt&tlng=pt
 79. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987 Jun 2 [cited 2019 Aug 24];150(6):782–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
 80. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Nov [cited 2019 Aug 24];23(11):2577–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&tlng=en
 81. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Heal Qual Life Outcomes* [Internet]. 2003;1:29. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12914662<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-29.pdf><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183845/pdf/1477-7525-1-29.pdf>
 82. Evans K, Spiby H, Morrell J. A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *J Adv Nurs*. 2015;71(9).
 83. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355–63.
 84. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther* [Internet]. 1997;35(11):1039–46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796797000739>
 85. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.; 2001.
 86. Chen J, Cai Y, Liu Y, Qian J, Ling Q, Zhang W, et al. Factors associated with

- significant anxiety and depressive symptoms in pregnant women with a history of complications. *Shanghai Arch Psychiatry* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2020 Jul 2];28(5):253–62. Available from: /pmc/articles/PMC5434281/?report=abstract
87. Falceto OG, Fernandes CL, Baratojo C, Giugliani ERJ. Factors associated with father involvement in infant care. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2020 Jul 26];42(6):1034–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 88. Tuohy A, McVey C. Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2008 Jun 1 [cited 2020 Aug 1];47(2):153–69. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2044-8260.2008.tb00463.x>
 89. Gurung RAR, Dunkel-Schetter C, Collins N, Rini C, Hobel CJ. Psychosocial predictors of prenatal anxiety. Vol. 24, *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005. p. 497–519.
 90. Nagandla K, Nalliah S, Yin L, Majeed Z, Ismail I, Zubaidah S, et al. Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Feb 23 [cited 2020 Jul 2];5(7):2380–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162132>
 91. De Oliveira Pimentel Lima M, Tsunechiro MA, Bonadio IC, Murata M. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: Longitudinal study. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2020 Jul 2];30(1):39–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
 92. Griep RH. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde [Internet]. *Instituição Fio Cruz*. 2003 [cited 2020 Jul 26]. p. 177. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4487>
 93. Contarato PC, De Lima LD, Leal RM. Crisis and federalism: Trends and regional patterns of health revenues and expenditures in the Brazilian states. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2020 Aug 8];24(12):4415–26. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-0640-8387>
 94. de Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para a economia Brasileira. *Estud Avancados* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 8];31(89):125–44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100125&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 95. Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, De Souza Campos GW. Crisis in Brazil and impacts on the fragile regional and federative health policy governance. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2020 Aug 8];24(12):4509–18. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-9971-4916>
 96. Frاسquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review *Health behavior, health promotion and society*. Vol. 16, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2016.
 97. Milner A, Morrell S, Lamontagne AD. Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: what was the impact of the 2007 economic recession? *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 23];1–8. Available from: <http://ije.oxfordjournals.org/>
 98. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord*.

- 2019 Oct 1;257:518–26.
99. Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord*. 2011 Oct 1;133(3):546–52.
 100. Alderdice F. What's so special about perinatal mental health? [Internet]. Vol. 38, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Routledge; 2020 [cited 2020 Jul 4]. p. 111–2. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2020.1734167>
 101. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2005 Jun [cited 2020 Mar 27];35(3):239–50. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1521/suli.2005.35.3.239>

8. ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Transtornos mentais comuns em gestantes

Nome do(s) responsável(is): Prof. Dra. Renata Azevedo; Prof. Dr. Rodolfo Pacagnella; Psicólogas Jaqueline Amorim e Verônica Massarolo; Médica Residente de Psiquiatria Yasmin Abou Zeenni

Número do CAAE: 66950517.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Este estudo está sendo realizado com a finalidade de melhorar o conhecimento sobre o sofrimento psíquico que pode existir em gestantes em atendimento no Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp. Avaliaremos sintomas dos seguintes transtornos mentais: depressão, ansiedade, uso de drogas (cigarro, bebida alcoólica, maconha, cocaína, crack, etc.) e pensamentos de morte.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidada a responder cinco questionários com respostas objetivas,

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

aplicados por uma das pesquisadoras e que estarão aptas a esclarecer suas dúvidas durante o período de aplicação do questionário. O tempo estimado para preencher cada questionário é de cinco minutos, totalizando aproximadamente trinta minutos.

Você não precisará sair do ambulatório de atendimento e a sua participação não prejudicará sua consulta. Se aceitar participar da pesquisa, será encaminhada para uma sala onde terá privacidade para responder as perguntas, e também será assegurado o caráter sigiloso da pesquisa, não sendo filmada ou gravada em nenhum momento.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se no momento da entrevista não estiver se sentindo bem fisicamente ou mentalmente, e se houver alguma doença clínica ou psiquiátrica que a impeça de compreender os objetivos do estudo e sua autonomia na decisão de participar do mesmo.

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis. Os desconfortos na sua participação referem-se ao tempo gasto para responder aos questionários (aproximadamente trinta minutos) e possível desconforto com o assunto tratado.

Benefícios:

Não há benefícios aos participantes.

Acompanhamento e assistência:

Após responder os questionários, analisaremos as respostas individualmente em caráter sigiloso, e encaminharemos as pacientes que necessitam de acompanhamento psiquiátrico para nova avaliação e tratamento.

Caso você faça uso de algum tipo de droga será encaminhada para acompanhamento no Ambulatório de Substância Psicoativas (ASPA), no Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP; se tiver algum transtorno depressivo ou ansioso leve será encaminhada para seguimento na Unidade Básica de Saúde de sua referência; e se houver algum risco moderado/grave será encaminhada para o Ambulatório de Saúde Mental, do CAISM-UNICAMP às terças-feiras pela manhã.

Em casos de eventos adversos (riscos e desconfortos mesmo não previsíveis), você terá direito a acompanhamento pelo tempo necessário, e, gratuitamente, até a resolução do mesmo.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Caso você seja encaminhada para tratamento médico psiquiátrico em algum dos serviços descritos acima, colocaremos essa informação em seu prontuário médico.

Ressarcimento e Indenização:

A sua participação é voluntária e você não receberá nenhum benefício financeiro desta pesquisa. Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda do tratamento. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Caso você sofra qualquer dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à indenização. Em caso de eventos adversos (riscos e desconfortos) você terá direito a acompanhamento pelo tempo necessário e gratuitamente até a resolução do mesmo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Yasmin Abou Zeenni (médica Residente de Psiquiatria) - yazeenni@outlook.com; Jaqueline Cristina de Amorim (Psicóloga) - jaqueliineamoriim@gmail.com; Verônica Cardoso Massarolo (Psicóloga) - vemassarolo@gmail.com; Pesquisadora/ Docente: Prof. Dr. Renata Cruz Soares de Azevedo: UNICAMP – Departamento De Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-7206; e-mail: psi@fcm.unicamp.br.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 de 4

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome da participante: _____ Contato telefônico: _____

Email (opcional): _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do participante ou de seu responsável legal:

Nome do responsável legal em letra legível:

Grau de parentesco do responsável legal:

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Anexo 2: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Título da pesquisa: Transtornos mentais comuns em gestantes

Nome do(s) responsável(is): Prof. Dra. Renata Azevedo; Prof. Dr. Rodolfo Pacagnella; Psicólogas Jaqueline Amorim e Verônica Massarolo; Médica Residente de Psiquiatria Yasmin Abou Zeenni

Número do CAAE: 66950517.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você, seu responsável e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar outros familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Este estudo está sendo realizado com a finalidade de melhorar o conhecimento sobre o sofrimento psíquico que pode existir em gestantes em atendimento no Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp. Avaliaremos sintomas dos seguintes transtornos mentais: depressão, ansiedade, uso de drogas (cigarro, bebida alcoólica, maconha, cocaína, crack, etc.) e pensamentos de morte.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidada a responder cinco questionários com respostas objetivas, aplicados por uma das pesquisadoras e que estarão aptas a esclarecer suas dúvidas durante o período de aplicação do questionário. O tempo estimado para preencher cada questionário é de cinco minutos, totalizando aproximadamente trinta minutos.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Você não precisará sair do ambulatório de atendimento e a sua participação não prejudicará sua consulta. Se aceitar participar da pesquisa, será encaminhada para uma sala onde terá privacidade para responder as perguntas, e também será assegurado o caráter sigiloso da pesquisa, não sendo filmada ou gravada em nenhum momento.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se no momento da entrevista não estiver se sentindo bem fisicamente ou mentalmente, e se houver alguma doença clínica ou psiquiátrica que a impeça de compreender os objetivos do estudo e sua autonomia na decisão de participar do mesmo.

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis. Os desconfortos na sua participação referem-se ao tempo gasto para responder aos questionários (aproximadamente trinta minutos) e possível desconforto com o assunto tratado.

Benefícios:

Não há benefícios aos participantes.

Acompanhamento e assistência:

Após responder os questionários, analisaremos as respostas individualmente em caráter sigiloso, e encaminharemos as pacientes que necessitam de acompanhamento psiquiátrico para nova avaliação e tratamento.

Caso você faça uso de algum tipo de droga será encaminhada para acompanhamento no Ambulatório de Substância Psicoativas (ASPA), no Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP; se tiver algum transtorno depressivo ou ansioso leve será encaminhada para seguimento na Unidade Básica de Saúde de sua referência; e se houver algum risco moderado/grave será encaminhada para o Ambulatório de Saúde Mental, do CAISM-UNICAMP às terças-feiras pela manhã.

Em casos de eventos adversos (riscos e desconfortos mesmo não previsíveis), você terá direito a acompanhamento pelo tempo necessário, e, gratuitamente, até a resolução do mesmo.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Rubrica do pesquisador

Rubrica da participante

Caso você seja encaminhada para tratamento médico psiquiátrico em algum dos serviços descritos acima, colocaremos essa informação em seu prontuário médico.

Ressarcimento e Indenização:

A sua participação é voluntária e você não receberá nenhum benefício financeiro desta pesquisa. Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento e de seu responsável ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda do tratamento. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Yasmin Abou Zeenni (médica Residente de Psiquiatria) - yazeenni@outlook.com; Jaqueline Cristina de Amorim (Psicóloga) - jaqueliineamoriim@gmail.com; Verônica Cardoso Massarolo (Psicóloga) - vemassarolo@gmail.com; Pesquisadora/ Docente: Prof. Dr. Renata Cruz Soares de Azevedo: UNICAMP – Departamento De Psicologia Médica e Psiquiatria, (19) 3521-7209.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-7206; e-mail: psi@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

 Rubrica do pesquisador

 Rubrica da participante

3 de 4

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campinas, ____ / ____ / ____.

Nome completo da paciente (menor):

Idade

Endereço

matrícula CAISM nº _____ Portadora do RG _____ UF _____

Assinatura da participante : _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/12 item II.2 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura do pesquisador)

4 de 4

Anexo 3 : Questionário sociodemográfico e socioeconômicos

Data da Entrevista: ____/____/____

nº prontuário da Paciente: _____

DN / /		Idade:	Natural de:		
Cor de pele:	☐ branca	☐ parda	☐ preta	☐ amarela	☐ indígena
Situação conjugal:	☐ solteira	☐ viúva	☐ divorciada	☐ Casada	☐ Amasiada
Ocupação:	☐ do lar	☐ Sem ocupação	☐ Ocupação regular	☐ Ocupação informal	☐ Aposentada ☐ Por idade ☐ Por contribuição ☐ Por doença ☐ Afastada
Salarizada: ☐		Assalariada: ☐		Renda mensal:	
Profissão:		Escolaridade:		Religião:	
		Idade de conclusão ou interrupção escolar:			
Endereço:					
☐ Campinas-bairro:		☐ Outra cidade:		Estado:	
Telefone : ☐ Não ☐ Sim		Nº fixo/celular:			
Com quem reside atualmente:					

Quem é o (a) chefe da família:				Escolaridade dele(a):			
A paciente e/ou família tem:							
Casa própria: (n° cômodos)	☐ não	☐ sim	n°:	Empregadas mensalistas:	☐ não	☐ sim	n°:
Banheiros:	☐ não	☐ sim	n°:	Carro próprio:	☐ não	☐ sim	n°:
Televisores :	☐ não	☐ sim	n°:	Geladeira	☐ não	☐ sim	n°:
Celular:	☐ não	☐ sim	n°:	Internet	☐ não	☐ sim	n°:

Anexo 4: Questionário obstétrico

N°	Gestações:	Partos:	Cesáreas:	Abortos:	Filhos Vivos:
Semanas de gestação atual:			Quanto tempo de gestação tinha ao saber da gravidez:		
Motivo do encaminhamento para o CAISM:					
Origem do encaminhamento (UBS/PA/outros):					
Antecedentes Obstétricos:					
Antecedentes Psiquiátricos:					
Antecedentes clínicos / cirúrgicos:					

Anexo 5: Questionário de autopreenchimento -20

Self Report Questionnaire
Instrumento de rastreamento de TMC – SRQ 20
Versão para a língua portuguesa

	SIM	NÃO
1. Tem dores de cabeça freqüentes?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta -se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente -se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que o costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldade para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço? (Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?		
18. Sente -se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

Anexo 6: Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: ☐ 0- Como eu sempre fiz ☐ 1- Não tanto quanto antes ☐ 2- Sem dúvida, menos que antes ☐ 3- De jeito nenhum	6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia * ☐ 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles ☐ 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes ☐ 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles ☐ 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia ☐ 0- Como sempre senti ☐ 1- Talvez, menos que antes ☐ 2- Com certeza menos ☐ 3- De jeito nenhum	7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir * ☐ 3- Sim, na maioria das vezes ☐ 2- Sim, algumas vezes ☐ 1- Não muitas vezes ☐ 0- Não, nenhuma vez
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas * ☐ 3- Sim, na maioria das vezes ☐ 2- Sim, algumas vezes ☐ 1- Não muitas vezes ☐ 0- Não, nenhuma vez	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada * ☐ 3- Sim, na maioria das vezes ☐ 2- Sim, muitas vezes ☐ 1- Não muitas vezes ☐ 0- Não, de jeito nenhum
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão ☐ 0- Não, de maneira alguma ☐ 1- Pouquíssimas vezes ☐ 2- Sim, algumas vezes ☐ 3- Sim, muitas vezes	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado * ☐ 3- Sim, quase todo o tempo ☐ 2- Sim, muitas vezes ☐ 1- De vez em quando ☐ 0- Não, nenhuma vez
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo * ☐ 3- Sim, muitas vezes ☐ 2- Sim, algumas vezes ☐ 1- Não muitas vezes ☐ 0- Não, nenhuma vez	10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça * ☐ 3- Sim, muitas vezes, ultimamente ☐ 2- Algumas vezes nos últimos dias ☐ 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente ☐ 0- Nenhuma vez

Anexo 7: Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

Anexo 8: Escala Beck de Ideação Suicida (BSI)

BSS

Nome _____ Estado Civil _____ Idade _____ Sexo _____
Data ____/____/____ N.º Processo ____/____

INSTRUÇÕES: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

Parte 1

1. 0 Eu tenho um desejo moderado a forte de viver 1 Eu tenho um desejo fraco de viver 2 Eu não tenho qualquer desejo de viver	4. 0 Eu não tenho qualquer desejo de me matar 1 Eu tenho um desejo fraco de me matar 2 Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar
2. 0 Eu não tenho qualquer desejo de morrer 1 Eu tenho um desejo fraco de morrer 2 Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer	5. 0 Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida 1 Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida 2 Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida
3. 0 As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer 1 As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais 2 As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver	Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.

20. 0 Eu nunca tentei o suicídio 1 Eu tentei o suicídio uma vez 2 Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes
Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.
21. 0 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo 1 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado 2 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado

_____ SUBTOTAL PARTE 1

_____ SUBTOTAL PARTE 2

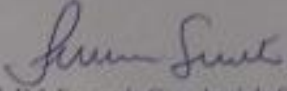
PONTUAÇÃO TOTAL

Parte 2

6. ☐ Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente 1. ☐ Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado 2. ☐ Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar 7. ☐ Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar 1. ☐ Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar 2. ☐ Eu penso continuamente acerca de me matar 8. ☐ Eu não aceito a ideia de me matar 1. ☐ Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar 2. ☐ Eu aceito a ideia de me matar 9. ☐ Eu consigo conter-me de cometer suicídio 1. ☐ Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio 2. ☐ Eu não consigo conter-me de cometer suicídio 10. ☐ Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 1. ☐ Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 2. ☐ Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 11. ☐ As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingança-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc. 1. ☐ As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas 2. ☐ As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas 12. ☐ Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar 1. ☐ Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes 2. ☐ Eu tenho um plano específico para me matar	13. ☐ Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar 1. ☐ O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método 2. ☐ Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar 14. ☐ Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio 1. ☐ Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio 2. ☐ Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio 15. ☐ Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio 1. ☐ Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio 2. ☐ Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio 16. ☐ Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio 1. ☐ Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio 2. ☐ Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio 17. ☐ Eu não escrevi uma nota de suicídio 1. ☐ Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comeci a escrever uma, mas ainda não a completei 2. ☐ Eu completei uma nota de suicídio 18. ☐ Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio 1. ☐ Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio 2. ☐ Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio 19. ☐ Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas 1. ☐ Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me 2. ☐ Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio Vá para o grupo 20.
--	--

Anexo 9: Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa

Comissão de Pesquisa CAISM/UNICAMP			
PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELA COMISSÃO DE PESQUISA/CAISM/UNICAMP			
IDENTIFICAÇÃO			
Título do Projeto: " Transtornos mentais comuns em gestantes"			
1. Pesquisador Responsável: YASMIN ABOU ZEENI			
3. Instituição do Pesquisador: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade Ciências Médicas/Unicamp			
4. Local onde será realizada a Pesquisa: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM/UNICAMP Divisão de Obstetrícia			
5. Nº de inscrição no CER/FCM	(201	6. Grupo:	7. Data de apresentação ao CEP: / / (201
APRESENTAÇÃO DO PROJETO:			
8. A gestação costuma ser vista como um período de plenitude e bem-estar para a mulher. Todavia, para muitas mulheres é um período caracterizado por intenso sofrimento mental. Há fatores sociais, clínicos e psíquicos que contribuem para desencadeamento e agravamento de vários quadros. Entre as situações mais prevalentes e/ou preocupantes destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), notadamente Ansiedade e Depressão, o uso de Substâncias Psicoativas (SPA) e o comportamento suicida. A incidência desses quadros nesta fase traz preocupações quanto à saúde materna, evolução da gestação, bem-estar do feto, parto, puerpério e desenvolvimento da criança. A falta de detecção e de abordagem dos quadros constituem uma grave lacuna na assistência a esta população. Objetivos: 1) Avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em gestantes em seguimento Pré-Natal; 2) Apresentar o padrão de consumo de SPA em gestantes em seguimento Pré-Natal; 3) Identificar gestantes com comportamento suicida; 4) Correlacionar os quadros encontrados com variáveis sociodemográficas e obstétricas. Sujeitos e método: Gestantes em acompanhamento nos ambulatórios do Pré-natal de Alto Risco (PNAR) e Pré-natal de Adolescentes (PNA) do CAISM serão convidadas a participar da pesquisa, se concordarem será lido o TCLE e aplicados os seguintes instrumentos: ficha sócio-demográfica, HAD, SRQ-20, ASSIST e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). As pacientes detectadas serão encaminhadas para avaliação aprofundada e se necessário, tratamento. Considerando que não há um estudo que avalie adequadamente a prevalência de transtornos mentais comuns em população obstétrica semelhante à do CAISM, para o cálculo do tamanho amostral propomos inicialmente um estudo piloto considerando todas as gestantes que iniciarem seguimento nos meses de março a abril de 2017. Análise dos dados: Os dados serão inseridos em banco de dados do programa SPSS. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas serão utilizados os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes estatísticos será de 5% ($p < 0,05$). Resultados esperados: Detecção de gestantes com transtornos mentais (transtorno de ansiedade, depressão, uso de substâncias psicoativas e comportamento suicida).			
AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:			
9. Trata-se de pesquisa quantitativa sem intervenção; descreva de um grupo de gestantes- corte prospectivo			
COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:			
10. Projeto muito bem elaborado e que pode trazer contribuições enormes.			
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATORIA:			
11. todos bem elaborados			

RECOMENDAÇÕES:			
12. Aprovado			
CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:			
13. Sem			
14. SITUAÇÃO DO PARECER:			
☒ Aprovado	☐ Não Recomenda a Aprovação	☐ Em Pendência	☐ Com Destaque
Campinas, 14 de março de 2017.		Nome e assinatura do(s) membro(s) relator(es):	
		Prof Dr Belmira Gonçalves Pereira Relator	
			
		Profª. Drª. Fernanda Garanhani de Castro Surita Presidente da Comissão de Pesquisa - DTG/CAISM/Unicamp.	

Anexo 10: Submissão do artigo

23/09/2020

SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [rodolfop](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_2791/20

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	22 de Setembro de 2020
Título	Sintomas de transtorno mental comum e comportamento suicida em gestantes: um estudo de prevalência.
Título corrido	Transtorno mental comum e comportamento suicida em gestantes
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	transtorno mental comum, gestação, depressão, ansiedade, comportamento suicida
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Verônica Cardoso Massarolo (Unicamp) < vemassarolo@gmail.com > Renata Cruz Soares de Azevedo (Univ. Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas) < reazeved@fcm.unicamp.br > Yasmin Abou Zeenni (Unicamp) < yazeenni@outlook.com > Jaqueline Cristina Amorim (Unicamp) < jaqueliineamoriim@gmail.com > Rodolfo C Pacagnella (Unicamp) < rodolfop@unicamp.br >
STATUS	<i>Com Secretaria Editorial</i>