



SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – UM ESTUDO DE CASOS

Marília da Mata Silva¹; Tânia Maria Gomes da Silva²; Lucas França Garcia³; Andréa Grano Marques⁴

¹Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - UniCesumar, Maringá, Paraná. Bolsista PIBIC/Fundação Araucária - UniCesumar. marilia0591@hotmail.com

²Professora Doutora do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá, Paraná. Pesquisadora, Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI.

³Pós-Doutorando do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá, Paraná.

⁴Professora Doutora do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá, Paraná. Pesquisadora, Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI.

Recebido em: 22/09/2018 – Aprovado em: 23/11/2018 – Publicado em: 03/12/2018
DOI: 10.18677/EnciBio_2018B105

RESUMO

A assistência pré-natal, visando a saúde integral da mulher, deve abordar ao longo da gestação tanto os aspectos clínicos-obstétricos quanto os aspectos psicológicos que envolvem o bem-estar da mulher e a constituição da maternidade. Esta pesquisa objetivou investigar o acompanhamento psicológico de gestantes com sintomas depressivos que realizam a assistência pré-natal no serviço público de saúde. Tratou-se de um estudo descritivo e qualitativo. A amostra foi composta por 11 gestantes que apresentavam sintomas depressivos e que realizavam o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, no município de Maringá, Paraná. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com questões norteadoras que versaram sobre os sintomas depressivos e a assistência pré-natal. Os resultados foram submetidos a análise do discurso de Bardin, sendo utilizado o programa QSR NVivo para a exploração do material. Os sintomas depressivos foram identificados nos relatos das gestantes e os sentimentos como desânimo, afeto diminuído e desinteresse resultaram em inibição de comportamentos e emoções que demonstram afeto. A assistência pré-natal se restringiu às consultas e exames, de acordo com o modelo biomédico vigente. Concluiu-se que a atenção dispensada pelos profissionais da saúde não foi suficiente para abordar aspectos importantes do ciclo gravídico-puerperal e, principalmente, os sintomas depressivos apresentados pelas gestantes. Dentre eles pode-se destacar a inibição dos afetos e a ideação suicida que colocam em risco tanto a formação do vínculo afetivo entre a mãe e o seu bebê quanto a própria vida de ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Afeto; Depressão; Gravidez; Promoção da Saúde.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANCY: THE IMPORTANCE OF PRENATAL ASSISTANCE - A CASE STUDY

ABSTRACT

The prenatal care should deal with clinical-obstetric aspects, in the same manner of psychological aspects that involves the wellbeing of woman and her constituted maternity. This research work investigates the psychological support of pregnant women with depressive symptom during the prenatal care support in public health care system in the municipality of Maringá, Paraná, Brazil. The current research applies a descriptive and qualitative method. And the observed sample comprises of 11 pregnant women. Semi-structured interviews were conducted with questions related to the depressive symptom and the prenatal health care. The analysis was performed with the Bardin discourse analysis method, applying the QSR NVivo software to explore the transcription of the interviews. Discouragement, decrease of affection and disinterest were identified to inhibit the behavioral and emotional affection. We conclude that the health care professionals lack attention to deal with the important puerperal pregnancy cycle and the depression in pregnant women. The observed inhibit of affection and suicide ideation shall put at risk the emotional bond of the mother and her baby, and their lives.

KEYWORDS: Affection; Depression; Pregnancy; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A gestação, período compreendido entre a concepção e o parto, constitui-se em um fenômeno no qual a mulher passa por intensas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, que repercutem na formação do vínculo materno-fetal e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (PISONI et al., 2014). O período gestacional representa um momento de transição no ciclo de vida da mulher, podendo despertar inseguranças e ansiedades diante de um novo papel: ser mãe (SILVEIRA; FERREIRA, 2011; LEITE et al., 2014).

A transição para tornar-se mãe é sinônimo de adaptação deixando a mulher vulnerável e fragilizada, o que pode implicar no aparecimento de sintomas depressivos (SOUSA et al., 2011). Este estado psíquico afeta o estado de saúde da gestante e a capacidade da mulher de vincular-se emocionalmente ao feto, comprometendo a vinculação entre a mãe e o bebê e, conseqüentemente, os cuidados maternos destinados à criança após o nascimento (ALHUSEN et al., 2012; CARDOSO et al., 2014). Foi descrito na literatura que a depressão no período gestacional é um fator preditor para o diagnóstico de depressão pós-parto, assim como para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida (MOLINA; KIELY, 2011; SANTOS; SERRALHA, 2015).

Os sintomas depressivos foram associados a representações negativas da maternidade e ao sentimento de não ser capaz de cuidar do bebê e de satisfazer as suas necessidades, que envolve a alimentação, a higiene, o carinho e o conforto (WINNICOTT, 2012). Negligências maternas quanto ao estado nutricional e aos cuidados de recém-nascidos e de crianças têm sido atribuídas a distúrbios do vínculo mãe e bebê, que por sua vez foram associados a presença de sintomas depressivos e a falta de suporte familiar e social (NUDELMANN; HALPERN, 2011).

Contrariando as expectativas da família e da sociedade em relação à crença de que a gravidez se constitui em um estado de plenitude e de bem-estar para as mulheres, o período gestacional pode ser momento de sofrimento psíquico, físico e social (ALMEIDA et al., 2012). O cuidado integral às gestantes e aos recém-nascidos têm sido preconizados desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pelo Ministério da Saúde, em 1984, que contemplou os

diferentes ciclos de vida e estratégias para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988, pautada no princípio da universalização dos serviços de saúde, estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde e garantiu o amparo à saúde da mulher e da criança no âmbito legal. O atendimento da gestante foi assegurado antes e após o parto, assim como a atenção ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno, configurando-se uma rede de proteção e assistência à mulher e à criança, que se intensificou nos anos consecutivos (SANTOS NETO et al., 2008; BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em 2000, criou o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento garantindo a assistência humanizada no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2002) e, em 2011, lançou a Rede Cegonha, considerada uma estratégia inovadora com o princípio de organizar uma rede de atenção integral às gestantes e à saúde da criança nos primeiros anos de vida. Entre as ações que compõem a Rede Cegonha destaca-se a assistência pré-natal que envolve atividades multiprofissionais direcionadas ao período gestacional, devendo ser realizadas consultas, exames, visitas domiciliares e ações de educação em saúde (BRASIL, 2011).

A assistência pré-natal, visando a saúde integral da mulher, deve abordar ao longo da gestação tanto os aspectos clínicos-obstétricos quanto os aspectos psicológicos que envolvem o bem-estar da mulher e a constituição da maternidade, pois a gestação é um momento de preparação psicológica e física para a maternidade (PICCININI et al., 2008). O acompanhamento psicológico de gestantes com risco de depressão ou com sintomas depressivos contribui para a vivência de uma gravidez saudável, prevenindo complicações gestacionais, distúrbios emocionais e, até mesmo, o parto prematuro (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

É necessário destacar a importância da equipe interdisciplinar no auxílio à gestante, investigando os fatores de riscos físicos e psicológicos e criando um ambiente acolhedor e de escuta de forma integral (ALMEIDA; ARRAIS, 2016). O presente estudo teve como objetivo investigar o acompanhamento psicológico de gestantes com sintomas depressivos que realizam a assistência pré-natal no serviço público de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de estudo qualitativo e descritivo. O período de coleta dos dados compreendeu os meses de Janeiro à Abril de 2018 e a amostra foi composta por 11 gestantes com sintomas depressivos que realizavam a assistência pré-natal em três Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Maringá, no estado do Paraná. As participantes da pesquisa foram selecionadas pelo método de amostragem intencional, sendo indicadas pelas enfermeiras e médicas responsáveis pelo pré-natal aquelas cujos sintomas depressivos foram identificados nas consultas de rotina. Posteriormente, as gestantes foram contatadas e esclarecidas a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e incluídas na pesquisa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, nas Unidades Básicas de Saúde onde a gestante realizava a assistência pré-natal, Unidade Básica de Saúde Jardim Aclimação, Unidade Básica de Saúde Jardim Céu Azul ou Unidade Básica de Saúde Morangueira. As questões norteadoras versaram sobre os sintomas depressivos e a assistência pré-natal.

O processo de coleta dos dados foi efetuado de forma individual pelas

pesquisadoras, as entrevistas foram gravadas em áudio, com anuência das entrevistadas, e transcritas na íntegra. As transcrições foram submetidas a análise de conteúdo de Bardin (2011), seguindo as etapas de análise preconizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Foi utilizado o programa QSR NVivo versão 11 para *Windows* para a exploração do material, pois este programa foi projetado para organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados como as entrevistas, tornando os dados válidos e significativos. Após a seleção dos relatos pelo programa QSR NVivo versão 11 para *Windows*, iniciou-se a etapa de inferência e interpretação dos resultados, relacionando-os com as pesquisas mais recentes sobre o tema a ser estudado (BAZELEY; JACKSON, 2013).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário de Maringá-PR, sob o Parecer nº 2.417.916. A participação das gestantes foi voluntária e para manter o anonimato foram identificadas pela letra G que corresponde a letra inicial da palavra gestante, seguida de ordenação numérica (G1, G2, ... G11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 11 gestantes entrevistadas apresentavam sintomas depressivos durante o período gestacional e a média de idade foi de 24,5 (\pm 7,18) com variação de 16 a 40 anos. Sendo cinco multíparas e seis primigestas. Do total das 11 mulheres entrevistadas, três declaram-se casadas, quatro solteiras e quatro em união estável. Quanto à escolaridade, 9% possuíam ensino fundamental incompleto, 45,4% possuíam ensino médio incompleto, 18,8% ensino médio completo, 9% ensino superior incompleto e 18,8% ensino superior completo. Com relação à renda familiar mensal, os valores variaram entre um a quatro salários mínimos.

Moraes et al. (2006) avaliaram os fatores associados a depressão pós-parto decorrente da depressão gestacional e descreveram maior prevalência do transtorno entre as mães com menor escolaridade e menor nível socioeconômico. A questão socioeconômica, como fator de risco para a depressão gestacional, foi identificada neste estudo e pode ser observada no seguinte relato: *“Desespero, foi desesperador, continua sendo, agora menos, mas continua sendo desesperador, eu to sendo bem sincera com você viu, é desesperador porque meu Deus eu não tenho nem onde cair morta, não tenho minha casa, minhas coisas, não tenho como me sustentar, não tenho como sustentar uma criança, e eu não gostaria que fosse desse jeito [sobre planos] não pitar seria um deles, porque eu interrompi o tratamento, eu não estou tomando remédio, é uma coisa que eu tô tendo que lidar na base da coragem mesmo, o que eu tenho medo depois, é mais do puerpério, da amamentação [...] eu não tenho muito expectativa assim, do que esperar, eu não sei como vai ser isso, porque falam que é muito ruim e falam que não é tudo isso, entende?! Ah eu fico assim, mas espero que dê tudo certo”* (G11).

A baixa renda familiar pode afetar o estado emocional materno, pois os gastos com os preparos para a chegada do bebê aumentam a ansiedade e deixam as mulheres mais vulneráveis para o desenvolvimento dos sintomas depressivos (GREINERT; MILANI, 2015). Entretanto, é necessário considerar o caráter dinâmico e subjetivo da depressão gestacional, pois as gestantes entrevistadas apresentaram diferentes níveis de escolaridade e de renda familiar, assim como diferenças relacionadas ao estado civil. A literatura científica relatou que o período gravídico-puerperal é a fase de maior frequência de transtornos mentais em mulheres, principalmente no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e nos primeiros 30

dias após o parto, sendo a depressão o transtorno mais frequente, em função do impacto da gestação e maternidade no psiquismo feminino (CAMACHO et al., 2006).

Para a obtenção do diagnóstico de depressão, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V, é preciso considerar os seguintes sintomas: humor deprimido, perda de interesse ou prazer em realizar atividades do dia-a-dia, fadiga, insônia, hipersonia, perda ou ganho de peso sem estar em dieta, retardo psicomotor ou agitação, sentimento de inutilidade, culpa excessiva, ideação ou tentativa de suicídio, pensamentos recorrentes de morte e dificuldade de concentração (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

As profundas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais, decorrentes da gestação, aumentam a sensibilidade feminina e deixam as mulheres mais vulneráveis emocionalmente, podendo resultar em instabilidade emocional (KLIEMAN et al., 2017). É importante observar a instabilidade emocional nas participantes deste estudo, pois as gestantes relataram humor deprimido, como nos seguintes fragmentos das entrevistas: *“Eu tô mais triste, mais desanimada, é mais quando eu quero dormir. Já teve dias de eu levantar da cama dez da noite, de não querer fazer nada”* (G7). *“Antes da gravidez eu me sentia muito sozinha, e morando com sogra, é onde que eu e meu marido a gente discute bastante, briga bastante, eu passo bastante raiva, choro bastante”* (G10).

Foi possível observar nos relatos das gestantes outros sintomas associados à depressão, como nos seguintes excertos: *“Ah estou com excesso de sono, gosto de dormir”* (G1). *“Às vezes é excesso, às vezes é insônia, mais excesso”* (G3). *“Nossa eu gostava muito de filmes né, netflix, aí tenho muito sono, tenho vontade só de dormir”* (G5). Esses trechos referem-se às mudanças no processo biológico do sono, como insônia ou excesso de sono, indicativo de depressão.

A maioria das participantes deste estudo declarou ideação suicida, sintoma que caracteriza o quadro depressivo, como relatado nos seguintes fragmentos: *“Eu tentei o suicídio, depois da relação, só que assim, eu já tava grávida e não sabia, aí minha madrinha falou, pode ter afetado ela, alguma coisa assim, não sei como que funciona, mas aconteceu, eu não quero que ela se sinta rejeitada, mas eu tive crises antes de estar grávida”* (G11). *“Já tive dois abortos, não... já pensei, já tentei [sobre suicídio]. Não tive acompanhamento”* (G10). *“Já, [sobre suicídio] já pensei mas eu nunca fui até o final. Eu não falo, só fico imaginando”* (G5).

Segundo Lara e Letechipia (2009), as tentativas e consumação do suicídio ao longo da gestação foram associadas a problemas com o companheiro e ao sentimento de não ser importante para alguém. Dudas et al. (2012), ao estudarem os fatores psicossociais correlacionados aos sintomas depressivos no período gestacional, descreveram que a falta de suporte conjugal, assim como a falta de suporte familiar, aumentou a probabilidade do aparecimento da depressão gestacional. Estudo realizado por Fonseca-Machado et al. (2015) demonstrou que as gestantes vítimas de violência conjugal apresentaram 6,29 vezes mais chances de apresentar ideação suicida quando comparadas àquelas que não sofriam agressões. Na presente pesquisa não foram abordados aspectos relacionados à qualidade da relação conjugal das mulheres casadas ou em união estável, bem como da relação estabelecida pelas mulheres que declararam serem solteiras com o progenitor do sexo masculino.

Os sentimentos como desânimo, afeto diminuído e desinteresse, que aparecem de forma frequente em casos de depressão, fazem com que a gestante tenha uma maior inibição de comportamentos e emoções que demonstram afeto apresentando retraimento (ALVARENGA et al., 2012). Nos relatos das experiências

vivenciadas pelas gestantes que fizeram parte da pesquisa pode-se observar estes sentimentos e comportamentos: *“Acho que por conta dos meus problemas emocionais, eu tenho sentido muita vontade de ficar sozinha, não quero conversar com ninguém, inclusive pelo WhatsApp, eu prefiro ficar quieta no meu canto, no meu mundinho assim [...], eu me afastei totalmente [...] sobre estimular o vínculo com o bebê, eu não senti isso né, senti preocupação assim”* (G6). *“Eu não consigo conversar com algo que eu não estou vendo, é estranho”* (G5). *“Eu sei que gravidez é uma coisa muito boa, mas não está sendo assim comigo”* (G7).

Estabelecer fatores de risco pode contribuir para uma melhor compreensão da doença, como também para o diagnóstico precoce e formas de prevenção. Como citado anteriormente, a depressão e a ansiedade são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações na gravidez, no parto e no puerpério. Os fatores considerados de proteção estão relacionados ao suporte social, emocional e familiar, à detecção precoce de transtornos mentais, estabilidade socioeconômica e a intervenção multidisciplinar durante a assistência pré-natal (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

As gestantes participantes desta pesquisa apresentaram os sintomas que caracterizam o quadro de depressão gestacional, como insônia, humor deprimido, fadiga, ideação suicida, em consonância com os dados epidemiológicos que têm apontado que a depressão é o transtorno de maior prevalência durante a gestação. A presença de sintomas depressivos no período gestacional pode contribuir para o parto prematuro, o baixo peso do bebê ao nascer, o comprometimento do desenvolvimento físico, emocional e cognitivo do bebê, assim como para o desenvolvimento da depressão pós-parto, acarretando em efeitos no funcionamento psicossocial da mãe e na qualidade do apego materno-fetal (KLIEMAN et al., 2017). Portanto, a assistência pré-natal deve contemplar o acompanhamento psicológico da gestante, estratégias de prevenção em saúde mental e saúde da família.

A assistência pré-natal, entendida neste contexto, constitui-se em fator de proteção à saúde tanto materna quanto infantil. Porém, atualmente, as ações de saúde que são realizadas ao longo do período gestacional são influenciadas pelo modelo biomédico, cuja assistência enfoca os aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais que permeiam a gestação (KLIEMAN et al., 2017). Embora todas as gestantes que compuseram a amostra deste estudo tenham apresentado sintomas depressivos e que de alguma forma estes sintomas foram percebidos pelos médicos e/ou enfermeiros que realizavam o acompanhamento pré-natal, nenhuma gestante estava recebendo acompanhamento psicológico nas Unidades Básicas de Saúde.

Outro aspecto relevante encontrado neste estudo refere-se às ações de educação em saúde, pois somente uma das três Unidades Básicas de Saúde realizava intervenções em grupo formado por gestantes. É importante destacar que as ações se restringiam a palestras proferidas por médicos obstetras e/ou enfermeiras sem a presença de psicólogo. Desta maneira, ressalta-se a importância da assistência pré-natal de forma integral, como preconizado pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2011).

As gestantes, ao serem indagadas sobre a assistência pré-natal, relataram: *“Eu gosto, é demorado para alguns exames, tipo assim, agora eu preciso ir pro hospital para começar o acompanhamento lá e até agora não saiu, é falaram que esse encaminhamento demora bastante”* (G2). *“Sim, a doutora fala que tá o bebê, qual o tamanho, o quanto que eu já engordei, como que tá sendo”* (G3). *“Só que eu acho aqui muito restrito, você precisa de exame, mas isso já sabia”* (G5). *“Sim, é*

porque assim, muitas das minhas amigas engravidaram ao mesmo tempo, eu notei que o acompanhamento é bem diferente de um lugar pro outro, teve algumas delas que receberam mais orientação, tanto na questão de medicamentos, bem diferente, no começo eu não estava gostando muito das consultas, agora normal” (G8). Pode-se observar nos fragmentos que as entrevistadas fizeram menção apenas às consultas e aos exames, ou seja, ratificaram que a assistência pré-natal realizada estava pautada no modelo biomédico vigente na atenção primária à saúde.

É inegável que as consultas e os exames realizados na assistência pré-natal contribuem para a saúde do grupo materno-infantil, com destaque para a ultrassonografia, pois possibilita o contato com o feto na medida que permite a identificação do sexo do bebê ainda em formação e a visualização das características físicas da criança, proporcionando o estabelecimento do vínculo da gestante com o bebê (ALVARENGA et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014). Entretanto, pode-se observar nos relatos das gestantes a insatisfação com a demora na realização dos exames, portanto identificou-se a necessidade de melhoria no atendimento destinado às gestantes, assim como maior agilidade na realização dos exames como descrito no estudo de Ortiga et al. (2015).

As consultas realizadas no pré-natal têm o objetivo de cuidar da saúde da mulher e prepará-la para o parto e puerpério, devendo configurar-se como um espaço singular para que a mulher se sinta confiante e segura para dialogar e esclarecer suas dúvidas (ORTIGA et al., 2015). No presente estudo as gestantes não mencionaram a abordagem sobre assuntos relacionados ao parto e ao puerpério pelos profissionais da saúde que realizaram os seus atendimentos. Corroborando com o estudo de Gaíva et al., (2017) que relataram que as consultas baseadas no protocolo clínico foram descritas por gestantes como consultas rápidas e que as impedem de esclarecer dúvidas e de receberem informações e orientações das demais etapas, referindo-se ao parto e puerpério.

Apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal no país, apenas um quinto das mulheres recebem cuidado adequado, conforme os procedimentos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A realização de pelo menos uma ultrassonografia durante a gravidez foi incluída como um indicador de qualidade necessário do cuidado pré-natal pela iniciativa Rede Cegonha (DOMINGUES et al., 2015).

Vieira et al. (2016) descreveram que o atendimento por uma equipe de saúde preparada e com postura educativa e de compartilhamento de saberes, possibilita orientações e esclarecimentos sobre o aleitamento materno, os sinais de trabalho de parto, a alimentação saudável, orientando as gestantes sobre os cuidados que devem ter com a saúde e com a saúde do bebê, desenvolvendo assim a autoconfiança e a autoestima da gestante.

O preparo da equipe é necessário para a realização do acolhimento da gestante e de sua família, prática indispensável para o atendimento do grupo materno-infantil de modo integral. O acolhimento foi preconizado no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento garantindo a assistência humanizada no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2002) devendo abranger desde o recebimento da gestante na Unidade Básica de Saúde, ouvindo suas dúvidas e permitindo que expressem suas preocupações e angústias, caracterizando-se como uma ação que presume mudanças na relação entre o profissional da saúde e o usuário do sistema público de saúde (ORTIGA et al., 2015).

Reis et al. (2015) apontaram que a avaliação do estado mental foi

negligenciada nas Unidades Básicas de Saúde nas quais o rastreamento dos sintomas psiquiátricos, não psicóticos, foram estudados. Estudo de revisão sobre depressão pós-parto, realizado por Arrais e Araújo (2017), destacou que o foco da literatura científica tem sido os fatores de riscos para o desenvolvimento dos sintomas depressivos em detrimento dos fatores de proteção. Os fatores de risco são considerados como situações que propiciam o surgimento da doença, enquanto que os fatores de proteção estão relacionados às medidas preventivas, como a detecção precoce, suporte social e emocional e o atendimento multidisciplinar (ARRAIS et al., 2014). Desta forma, a escuta qualificada deve estar associada ao acolhimento e ao atendimento clínico-obstétrico para que os aspectos subjetivos da mulher possam ser considerados.

Portanto, tem sido proposto o pré-natal psicológico como modalidade de atendimento de gestantes, voltado para aumentar a humanização da assistência à mulher e à família no ciclo gravídico-puerperal, incluindo a preparação para a maternidade e a paternidade. Esta proposta pressupõe a inclusão do psicólogo na equipe de saúde que realiza o acompanhamento da gestante e consiste em encontros com objetivo de acolhimento, tanto das mulheres quanto dos familiares, bem como de orientação e preparação para as intercorrências que possam surgir ao longo do processo gestacional, nascimento e pós-parto (ARRAIS et al., 2014; ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Dessa forma, o pré-natal psicológico é um instrumento de prevenção de doenças psíquicas, por meio de escuta qualificada e de intervenção psicológica, sendo uma prática complementar ao pré-natal tradicional (ARRAIS et al., 2014; ALMEIDA; ARRAIS, 2016). Sabe-se que a abordagem psicoeducacional proporciona momentos de compartilhamento de sentimentos e de apoio, ampliando os fatores de proteção à saúde materna e minimizando o impacto dos fatores de risco, como a depressão gestacional e a falta de suporte emocional e social (ALMEIDA; ARRAIS, 2016; KLIEMAN et al., 2017).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a gestação é um período de vulnerabilidade psicológica, podendo revelar ou intensificar conflitos emocionais pré-existentes, em função do impacto das mudanças biopsicossociais que ocorrem no psiquismo feminino. A atenção dispensada pelos profissionais da saúde na assistência pré-natal não foi suficiente para abordar aspectos importantes do ciclo gravídico-puerperal e, principalmente, os sintomas depressivos apresentados pelas gestantes. Dentre eles pode-se destacar a inibição dos fetos e a ideação suicida que colocam em risco tanto a formação do vínculo afetivo entre a mãe e o seu bebê quanto a saúde e a própria vida de ambos.

É urgente a elaboração de ações de promoção de saúde mental no período gestacional, parto e puerpério, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento de transtornos mentais, pois os sintomas depressivos das gestantes foram negligenciados neste estudo. A assistência pré-natal e hospitalar deve valorizar os aspectos subjetivos das gestantes, parturientes e puérperas, ampliando a abordagem clínica-obstétrica, por meio do acolhimento, do atendimento humanizado e integral e da escuta qualificada nesta fase do ciclo reprodutivo feminino.

Desta forma, recomenda-se que os profissionais de saúde recebam apoio matricial sobre saúde mental para que possam compreender o estado de maior vulnerabilidade psíquica de gestantes e, também, que o psicólogo seja incluído na equipe multiprofissional realizando um trabalho interdisciplinar de intervenção

psicológica diminuindo o sofrimento psíquico de mulheres.

REFERÊNCIAS

ALHUSEN, J. L.; GROSS, D.; HAYAT, M. J.; ROSE, L.; SHARPS, P. The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. **Journal Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 41, n. 6, p. 71-81, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>>. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x.

ALMEIDA, M. S.; NUNES, M. A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A. P.; SCHMIDT, M. I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385-393, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>>. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000200017.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36 n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>>. DOI: 10.1590/1982-3703001382014.

ALVARENGA, P.; DAZZANI, M. V. M.; ALFAYA, C. A. S.; LORDELO, E. R.; PICCININI, C. A. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 477-484, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115535>>.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde & Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>> DOI: 10.1590/S0104-12902014000100020.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>>. DOI: 10.15309/17psd180316.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 2011. Lisboa. Edições 70.

BAZELEY, P.; JACKSON, K. **Qualitative Data Analysis with Nvivo**, 2013. London: SAGE Publications, Inc.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 9 de jul de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/saude-da-mulher-um-dialogo-aberto-e-participativo/at_download/file. Acesso em: 22 de set de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Prático para Implementação da Rede **Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 9 de jul de 2018.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S; RIBEIRO, C. S; CANTILINO, A.; GONÇALES, B. K; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>>. DOI: 10.1590/S0101-60832006000200009.

CARDOSO, T. S. G.; SIQUARA G. M.; FREITAS, P. M. Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, p. 131-141, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20497>>. DOI:10.7213/psicol.argum.32.079.AO08.

DOMINGUES, R. M. S. M; VIELLAS, E. F; DIAS, M. A. B; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>>.

DUDAS, R. B.; CSATORDAI, S.; DEVOSA, I.; TOREKI, A.; ANDÓ, B.; et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. **Psychiatry Research**, v. 200, p. 323–328, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.017>>. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.017.

FONSECA-MACHADO, M. O; ALVES, L. C; HAAS, V. J; MONTEIRO, J. C. S; GOMES-SPONHOLZ, F. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 258–64, 2015. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8376?show=full>>.

GAIVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0018>>. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0018.

GREINERT, B. R. M; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015. Disponível

em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003&lng=pt&nrm=iso>.

KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>>. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76.

LARA, M. A.; LETECHIPIA, G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. **Salud Mental**, v. 32, n. 5, p. 381-387, 2009. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22540>>.

LEITE, M. G.; RODRIGUES, D. P.; SOUZA, A. A. S.; MELO, L. P. T.; FIALHO, A. V. M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590011>>. DOI: 10.1590/1413-7372189590011.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>>. DOI: 10.1590/S0100-72032014000200003.

MOLINA, K. M.; KIELY, M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. **Womens Health Issues**, v. 21, n. 4, p. 293-303, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.008>>. DOI: 10.1016/j.whi.2011.01.008

MORAES, I. G. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L.; SOUSA, P. L. R. S.; FARIA, A. D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>>. DOI: 10.1590/S0034-89102006000100011.

NUDELMANN, C; HALPERN, R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1993-1999, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300033>>. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300033.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 5, n. 4, p. 618-627, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769213230>>. DOI: 10.5902/2179769213230.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>.

PISONI, C.; GAROFOLI, F.; TZIALLA, C.; ORCESI, S.; SPINILLO, A.; et al. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. **Early Human Development**, v. 90, n. 2, p. 45-6, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6)>. DOI: 10.1016/S0378-3782(14)50012-6.

REIS, L. T.; BERNARDES, L. S.; BARBOZA, M. C. N.; GONÇALVES, M. S. Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do Estado de Mato Grosso. **Journal of Nursing and Health**, v. 5, n. 2, p. 141-152, 2015. Disponível em <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5327>> . DOI: 10.15210/jonah.v5i2.5327.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>>. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200011.

SANTOS, L., P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, v. 43, p. 5-26, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3748>>. DOI: 10.17058/barbaroi.v0i0.3748.

SILVEIRA, C; FERREIRA, M. Autoconceito de grávida – fatores associados. **Millenium**. v. 40, p. 53-67, 2011. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219>>.

SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>>. DOI: 10.1590/S0102-79722011000200015.

VIEIRA, V. C. L.; BARRETO, M. S.; FERNANDES, C.; SCOCHI, M. J. Análise da assistência pré-natal em municípios de diferentes portes populacionais do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n.1, p. 125-132, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/cienccuidsauade.v15i1.16535>> DOI: 10.4025/cienccuidsauade.v15i1.16535.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. Coleção Textos de Psicologia. São Paulo: Martins Fontes; 2012.