

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

CECÍLIA NOGUEIRA MEIRELES

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRÉ NATAL PSICOLÓGICO
EM CORRENTE - PIAUÍ**

**TERESINA-PI,
2022**

CECÍLIA NOGUEIRA MEIRELES

**EVIDENCIAS CIENTÍFICAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRÉ NATAL PSICOLÓGICO
EM CORRENTE - PIAUÍ**

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí / UFPI, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde da Mulher.

Área: Atenção Integral a Saúde da Mulher.

Linha de Pesquisa: Aspectos Endócrinos Metabólicos e Psicossociais da Mulher em Diferentes Fases do Ciclo Vital.

Orientador(a): Profa. Dra. Rita de Cássia Meneses Oliveira

TERESINA-PI,
2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do PiauíBiblioteca
Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

M514e

Meireles, Cecília Nogueira.

Evidencias científicas para implantação do pré natal psicológico em
Corrente - Piauí / Cecília Nogueira Meireles. – 2022.
46 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Rita de Cassia Meneses Oliveira.
Bibliografia

1. Pré-natal psicológico. 2. Depressão. 3. Perinatal. I. Oliveira, Rita de
Cassia Meneses. II. Título.

CDD 618.76

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

CECÍLIA NOGUEIRA MEIRELES

**DIAGNÓSTICO PARA IMPLANTAÇÃO DO PRÉ NATAL PSICOLÓGICO EM EM
CORRENTE - PIAUÍ**

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí/UFPI, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde da Mulher.

Aprovada em 08/08/2022.

Profa. Dra. Rita de Cássia Meneses Oliveira(Orientadora)
CCS/Depto.Biofísica e Fisiologia-UFPI.
Presidente da Banca

Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos
Universidade Federal do Piauí-UFPI.
1º Examinadora

Profa. Dra Fernanda Regina de Castro Almeida
Universidade Federal do Piauí-UFPI.
2º Examinadora

Profa. Dra. Teresinha de Jesus Aguiar dos Santos Andrade
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão-IFMA.
3º Examinadora

TERESINA-PI,
2022

Dedicatória:

Dedico este trabalho a todas as gestantes que se dispuseram a contribuir respondendo a pesquisa, com desejo que a assistência ao pré-natal alcance necessidades psíquicas e emocionais reais. E em especial ao meu esposo e filha pela torcida e incentivo.

Agradecimentos

Agradecer primeiramente a Deus por fazer tudo formoso ao seu tempo e assim fez com que eu chegasse até aqui, a Universidade Federal do Piauí na pessoa da Prof^a Lis Cardoso Marinho Medeiros, e a atual coordenação do Programa de Saúde da Mulher por proporcionar que este curso de mestrado alcance os profissionais que estão tão distantes dos grandes centros, mas que tanto anseiam por oportunidades de aprimorar-se. A CAPES por ter aprovado este curso. Aos professores que compartilharam os seus conhecimentos e que tanto contribuíram. A Secretaria Municipal de Saúde de Corrente, sou grata por permitir que eu realizasse a pesquisa no âmbito de sua responsabilidade.

A Profa. Rita de Cássia, agradeço de forma especial, por me acolher de forma tão amável e carinhosa nessa caminhada. Profa. Rita você foi a demonstração do cuidado de Deus para comigo nesta trajetória.

A Andréia tão solícita e prestativa, que não media esforços para nos ajudar, uma profissional que fez a diferença durante o nosso curso.

A minha família minha gratidão por almejar comigo esse título, incentivando e apoiando. A minha irmã e esposo que tão bem me acolheram em sua casa, meu muito obrigada. Ao meu esposo por se alegrar com cada passo que dei exitosamente e por muitas vezes abrir mão de suas tarefas para me ajudar, me incentivando e encorajando a não desistir. A minha filha que veio na época que eu menos esperava, mas que abriu o meu coração e mente para que esta pesquisa se iniciasse.

A Ana Luisa que tão prestativamente sempre me ajudou, desde a inscrição e até durante o curso.

A Lais Louzeiro por sua empatia ao abraçar a minha causa.

Aos meus colegas de equipe, obrigada por compreender minhas muitas ausências para chegar ao fim deste curso.

As minhas colegas de profissão por me ajudarem, abrindo portas para que eu pudesse executar minha pesquisa nas áreas de abrangência de suas equipes.

MEIRELES, CECÍLIA NOGUEIRA; OLIVEIRA, RITA DE CASSIA MENESES. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PRÉ NATAL PSICOLÓGICO EM CORRENTE – PIAUÍ Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí. Teresina,2022.

RESUMO

Introdução: Na trajetória da vida de uma mulher ela se depara com situações diversas e cada uma com suas peculiaridades. E por ser mulher enfrenta mais intimamente as mudanças físicas e emocionais de uma gestação. A cada momento de uma nova gestação, as circunstâncias não são menos complexas. Mudança no contexto familiar, de trabalho, financeiro, as alterações inerentes ao período gravídico, dentre outros, podem provocar, ansiedade, estresses, medos e até depressão. Assim as intervenções de um Pré-natal Psicológico podem trazer benefícios além do Pré-Natal voltado para as alterações biológicas. **Objetivos:** Geral: Produzir um fluxograma para triagem de sofrimento mental em gestantes, a fim de propor sua implementação na Atenção Básica do município de Corrente. Especificidades: Apresentar aos gestores e profissionais da Atenção Básica do município de Corrente, o diagnóstico de Saúde Mental das gestantes atendidas, com base nos resultados encontrados. Sensibilizar gestores e profissionais da Atenção Básica do município de Corrente, quanto à importância do Pré-Natal Psicológico na saúde materno-infantil; Propor a implantação de um fluxograma para atendimento psicológico à gestante. **Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico, observacional, transversal. O objeto da pesquisa foram gestantes, assistidas pela Atenção Básica do município de Corrente Piauí, que após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE, responderam o instrumento da pesquisa Escala de Edimburgo de Depressão Perinatal que é um questionário de autoavaliação, onde foi acrescido de questões socioeconômicas e histórico gestacional. A análise dos dados foi realizada através dos resultados obtidos após a aplicação da pesquisa, utilizando o *software GraphPad Prism*, versão 8.0.1. **Resultados:** 77 gestantes que participaram da pesquisa, 43,7% apresentaram escore menor que 10. 48,6% não possuíam nenhum filho, quer por ser a primeira gestação ou por já ter vivenciado perdas, abortos (16,2%) foi preditor estatisticamente significativo ($p=0,044$) e natimortos (2,7%). Em 56,3% o escore de Edimburgo foi superior ou igual a dez. O número de filhos é a variável mais próxima do índice de significância ($p=0,0692$) seguido do número de abortos ($p=0,0994$). Na análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão ausência trabalho formal ($p=0.0252$). A quantidade de gestações ($p=0.0021$) assim como o número de filhos ($p=0.0156$), número de perdas ou aborto ($p<0.0001$). **Conclusão:** Assim, a Depressão Perinatal, é um problema de saúde presente entre a população de gestantes do município de Corrente e o seu manejo e tratamento através do Pré-natal Psicológico, se faz necessário para que consequências, ruins e até crônicas sejam evitadas.

Descritores: Pré-natal Psicológico, depressão e perinatal.

MEIRELES, CECÍLIA NOGUEIRA; OLIVEIRA, RITA DE CASSIA MENESES. SCIENTIFIC EVIDENCE FOR THE IMPLEMENTATION OF PSYCHOLOGICAL PRENATAL IN CURRENT – PIAUÍ Master's Dissertation in Women's Health. Federal University of Piauí. Teresina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: In the trajectory of a woman's life she is faced with different situations and each one with its peculiarities. And because she is a woman, she more intimately faces the physical and emotional changes of a pregnancy. At each moment of a new pregnancy, the circumstances are no less complex. Change in the family, work, financial context, changes inherent to the pregnancy period, among others, can cause anxiety, stress, fears and even depression. Thus, the interventions of a Psychological Prenatal can bring benefits beyond the Prenatal focused on biological changes. **Objectives:** General: Produce a flowchart for screening mental suffering in pregnant women, in order to propose its implementation in Primary Care in the municipality of Corrente. Specifics: To present to the managers and professionals of Primary Care in the municipality of Corrente, the diagnosis of Mental Health of the assisted pregnant women, based on the results found. Sensitize managers and professionals of Primary Care in the municipality of Corrente, as to the importance of Psychological Prenatal care in maternal and child health; Propose the implementation of a flowchart for psychological assistance to pregnant women. **Methods:** An epidemiological, observational, cross-sectional study was carried out. The object of the research were pregnant women, assisted by the Primary Care of the municipality of Corrente Piauí, who, after signing the Informed Consent Term-ICF, answered the survey instrument Edinburgh Scale of Perinatal Depression, which is a self-assessment questionnaire, where it was plus socioeconomic issues and gestational history. Data analysis was performed through the results obtained after applying the survey, using the GraphPad Prism software, version 8.0.1. **Results:** 77 gestantes que participaram da pesquisa, 43,7% apresentaram escore menor que 10. 48,6% não possuíam nenhum filho, quer por ser a primeira gestação ou por já ter vivenciado perdas, abortos (16,2%) foi preditor estatisticamente significativo ($p=0,044$) e natimortos (2,7%). Em 56,3% o escore de Edimburgo foi superior ou igual a dez. O número de filhos é a variável mais próxima do índice de significância ($p=0,0692$) seguido do número de abortos ($p=0,0994$). Na análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão ausência trabalho formal ($p=0.0252$). A quantidade de gestações ($p=0.0021$) assim como o número de filhos ($p=0.0156$), número de perdas ou aborto ($p<0.0001$). **Conclusion:** Thus, Perinatal Depression is a health problem present among the population of pregnant women in the municipality of Corrente and its management and treatment through Psychological Prenatal is necessary so that consequences, bad and even chronic, are avoided.

Keywords: Psychological prenatal, depression and perinatal.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADDs- Antidepressivos;

APS- Atenção Primária a Saúde;

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; CPN- Cuidados Pré-Natais;

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa;

DPN- Depressão Perinatal;

EDPE- Escala de Edimburgo de Depressão Perinatal;

EEG- Eletroencefalograma;

FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia;

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

PNP- Pré-Natal Psicológico;

PNMS- Estresse Materno Pré-Natal;

SD- Sintomas Depressivos;

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido;

TDM- Transtorno Depressivo Maior;

TMC- Transtornos Mentais Comuns;

UFPI- Universidade Federal do

Piauí.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Correlação entre variáveis número de gestação, filhos, abortos, natimorto e perdas, e o baixo escore dos sintomas de depressão (menor que 10).	37
Tabela 2	Correlação entre variáveis número de gestação, filhos, abortos, natimorto e perdas, e o baixo escore dos sintomas de depressão (menor que 10).	37
Tabela 3	Análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10).	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
Justificativa	12
2 OBJETIVOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
Ansiedade	15
Depressão	16
Saúde Mental na Gestação.	18
Pré-natal Psicológico.	21
4 MATERIAL E MÉTODOS	26
Delineamento do Estudo	26
Objeto e Local de Estudo	26
Instrumento e amostra do Estudo	26
Período de Estudo	27
Análise dos dados	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Na trajetória da vida da mulher existem períodos onde estas estão sujeitas a crises: a puberdade, a menopausa e o período perinatal (gestação e pós-parto). Estudos científicos dizem que no período perinatal é o de maior ocorrência de transtornos mentais na mulher, mas pouco diagnosticada e manejada adequadamente (MALDONADO, 1997 apud, SCHIAVO, 2020). A gravidez para algumas mulheres nem sempre é um momento de felicidade, nem resposta de algo almejado, que trará realização de sonhos (ROSEMBERG, 2007). O oferecimento de um pré-natal onde o controle biológico está atrelado a uma vinculação gestante e sua família viabiliza um cuidado obstétrico humanizado diminuindo a mortalidade materna na fase gestacional (TOSTES, 2012).

Durante o período perinatal os hormônios estrógeno e progesterona são aumentados que em mulheres fora deste período, esse aumento está ligado diretamente a alterações de humor, comum na gestação (CAMACHO, 2006). Dados científicos mostram que o período gestacional não é percebida como uma fase de equilíbrio emocional para muitas mulheres. Mesmo assim a grávida ainda é referida e tratada como alguém que está em estado de êxtase, subestimando assim o estado psicológico da gestante, por absorver o conceito de gestante realizada com o seu atual momento (SCHIAVO, 2018). A ansiedade e depressão são frequentes no período gestacional, apesar de ser como uma fase básica e popularmente vista como realizadora para a mulher. O que tem-se visto na bibliografia específica é que um quarto das grávidas passam por transtornos mentais como ansiedade e/ou depressão na gestação, e dessas 70% esse quadro persiste até o período puerperal (LUCCI, et al., 2016 apud, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019).

Assim como é importante e imprescindível o pré-natal bem assistido biologicamente, com acesso a exames, medicamentos e consultas oportunamente, a assistência psicológica tem se mostrado importantíssima para a gestante e seus familiares durante pré-natal (JESUS, 2017). A justificativa vem através de pesquisas científicas as quais relatam que as gestantes apresentam medos, questionamentos, anseios, os quais podem trazer sofrimentos e sofrimento, além do fato de que muitas

delas já carregam consigo transtornos pré-existentes. Há a necessidade de serem ouvidas, orientadas, além dos aspectos biológicos, e assim sofrer intervenção se faz cada vez mais necessário afim de uma gravidez, puerpério e desenvolvimento fetal e infantil de sucesso (JESUS, 2017).

Normalmente, ansiedade e depressão são manifestações pouco visto no período gestacional, já que é uma vivencia vivificante nomeadamente como uma fase esperançosa para a mulher. No entanto a bibliografia especializada diz que uma em cada quatro grávidas experimentam estes problemas mentais, onde destas 48% apresentam ansiedade e 70% das que manifestam depressão pré-natal persistem com o transtorno mental até o pós-parto e nos anos iniciais da vida dos seus (LUCCI, et al., 2016 apud, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019). A acuidade e o tratar dos sinais psiquiátricos que muitas gestantes apresentam, estão distantes de receber cuidados dos especialistas que acompanham as gestantes, o que é inquietante, pois os resultados negativos podem ter amplitude maior, chegando até o bebê podendo ocasionar atraso no desenvolvimento e aumentando a chance destes desenvolverem depressão na adolescencia (LUCCI, et al., 2016 apud, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019).

O Pré-Natal Psicológico (PNP), diante de todas essas evidencias científicas e vivenciadas é uma ação nova que vem acrescentar ao pre-natal tradicional, onde poderão ser feitas ações preventivas e humanizadas durante o período gravídico. Os temas trabalhados no PNP contemplam: discussão sobre as vias de parto, direito ao acompanhante, distúrbios emocionais do puerpério, ajuda qualificada no pós-parto, o papel dos avós, amamentação, desmistificação da maternidade e paternidade, sexualidade na gravidez”(LUCCI, et all., 2016 apud, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Produzir um fluxograma de rastreio de sofrimento mental em gestantes, afim de propor a implantação na Atenção Básica do município de Corrente.

Objetivos Específicos

Apresentar aos gestores e profissionais da Atenção Básica do município de Corrente, o diagnóstico da Saúde Mental das gestantes assistidas, com base nos resultados encontrados.

Sensibilizar os gestores e profissionais da Atenção Básica do município de Corrente, quanto a importância do Pré-Natal Psicológico na saúde materna e infantil;

Propor a implantação de um fluxograma para assistência psicológica às gestantes.

REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Ansiedade.

Em alguns momentos da vida sensações de ansiedade se fazem presente de forma esperada no ciclo da vida. Em algumas fases da evolução da vida, os sentimentos de medo, perigo e tensão, que caracterizam a ansiedade, são intensificados mais que em outros. Em alguns momentos como: mudança de emprego, frente ao resultado de um concurso ou exame médico, casamento, gravidez, nascimento de um filho, entre outros já é esperado que ocorram sensações de ansiedade (SCHIAVO et al., 2018).

Para Sakharkar et al. (2016 apud, ZHAO et al., 2021), a adversidade em balancear fatores individuais parentais e de ofício no percurso da gestação, acarretará em transtorno como depressão, ansiedade, raiva, retraimento dentre outros. Cientificamente foi visto que a ansiedade da mãe durante a gravidez atinge desfavoravelmente a parte sentimental como intelectual do filho. A submissão por longo tempo a fatores de estresses durante a gestação são capazes de causar alterações sentimentais e comportamentais em filhos mais susceptíveis (PLANT et al. 2016, apud, ZHAO et al., 2021). A exposição contínua e longa a grande quantidade de hormônios adrenais pode atuar unindo a receptadores cerebrais (MICHALSKA et al., 2019, apud, ZHAO et al., 2021) atingindo a funcionabilidade e a forma do hipocampo (ODAKA, ADACHI, NUMAKAWA, 2017, apud, ZHAO et al., 2021), integrante do cérebro ligado a intelectualidade, comanda a pressão arterial, imunidade, reprodução e resposta ao estresse (CLASSEN et al., 2020, apud, ZHAO et al., 2021).

O transtorno de ansiedade durante a gestação está ligada a um período de amamentação exclusiva mais curto (ADEDINSEWO, FLEMING, STEINER, MEANEY, e GIRARD, 2014; YSTROM, 2012), podendo resultar em uma ligação mãe e filho prejudicada (AIROSA e SILVA, 2013; NARDI, RODRIGUES, MELCHIORI, SALGADO, e TAVANO, 2015). Aumentando a chance de interferir negativamente no desenvolvimento e crescimento da criança (BELTRAMI, MORAES, e SOUZA, 2013; SCHETTER e TANNER, 2012; O'DONNELL, GLOVER, BARKER, e O'CONNOR, 2014). No que se

refere a sanidade psicológica da gestante, a ansiedade neste período está ligada a a depressão na gravidez (SCHETTER & TANNER, 2012) e foi preditivo de ansiedade e depressão pós-parto (AGRATI et al., 2015; COELHO, MURRAY, ROYAL-LAWSON, e COOPER, 2011; FAISAL-CURY et al., 2010) indo ao encontro com pesquisas de Airoso e Silva (2013) e Nardi et al. (2015) que identificaram que a ansiedade na gravidez faz com que as mulheres fiquem mais expostas ao surgimento de distúrbios emocionais. Contudo, pesquisas de Saviani-Zeoti e Petean (2015), a ocorrência de transtornos de ansiedade na gravidez não interferiram negativamente na relação de afeto entre mãe e filho (SCHIAVO, RODRIGUES E PEROSA, 2018).

4.2. Depressão.

Para o Ministério da Saúde do Brasil (2013), a depressão é um transtorno onde a gravidade médica é diretamente proporcional a sua ocorrência na população como um todo. Segundo pesquisas epidemiológicas a prevalência de depressão está em aproximadamente em 15,5%. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013) a OMS, afirma que os casos de depressão na Atenção Primária a Saúde (APS) é em torno de 10,4%, sozinha ou ligada a um problema físico. Ainda segundo a OMS a depressão ocupa a 4ª colocação, das mais importantes causadora de despesas, o que corresponde a 4,4% de todos os gastos ocorridos com enfermidades durante a vida. Estando em 1º lugar no que se refere a causas de incapacidade 11,9%, quando considerado o tempo de vida. Depressão pode ocorrer em qualquer fase da vida, sendo mais comum ao final da terceira década de vida. O predomínio é maior em mulheres do que em homens, isto é o que os estudos tem mostrado (BRASIL, Depressão, 2013).

Mundialmente, a parcela de pessoas com depressão é aproximadamente de 4,4%, equivalendo um crescimento de 18,4% entre 2005 a 2015, O que equivale a um numero maior que 300 milhoes de pessoas (OMS, 2017, apud, SOUSA et al., 2021). A ameaça em ter depressão eleva com a miséria, desocupação, fatores estressantes, enfermidade e condutas insalubres. O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é definido por vasta manifestações, como ânimo depressivo, desinteresse, baixa vitalidade, culpabilidade, insuficiencia sexual, autoestima diminuida, modificação do sono e/ou fome, abstração. Todos essas características podem se tornar permanentes ou assíduos, alterando a habilidade de preservação do autocuidado, sociabilização e

domesticos (MARCUS et al., 2012, apud, SOUSA et al., 2021). Pesquisas dizem que essas manifestações variam de acordo com o gênero (MARCUS et al., 2005, MARCUS et al., 2008, CAVANAGH, et al., 2017, VETTER, 2021, apud, SOUSA et al., 2021). Sendo as do gênero feminino as que relatam depressão mais recorrentemente em diferentes povos (LIM, 2018, apud, SOUSA et al., 2021). A hipótese é que TDM no sexo feminino é duas vezes mais presente que no sexo masculino, persistindo por toda a vida, oscilando na intensidade e alcançando seu nível máximo na puberdade e estabilizando na maior idade (SOUSA et al., 2021).

Toda depressão ocorrida no período gestacional e logo após o parto é definido como depressão perinatal e deve ser alvo de amplo cuidado por todos que estão diretamente ligados. Este cuidado é necessário por se saber da necessidade de uma gestação tranquila, para que o maternar da futura mãe seja feito com esmero e amabilidade no período da gestação e após o nascimento do seu filho. Focando no desenvolvimento da gravidez e de uma criança, o manejo de uma depressão neste período é primordial, a fim de que essas crianças não apresentem prejuízo no seu crescimento físico e cognitivo assim como, diminuir a possibilidade de complicações na gestação (KAMMERER, 2006 apud GOODMAN; e ROUSE, 2010).

Incluído nos agentes que são iminentes aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Sintomas Depressivos (SD) no período gestacional, sobressaem a gestação na puberdade, ser solteira ou separada, gestação não planejada, ausência de suporte do cônjuge, história de perdas gestacionais muitas vezes recorrentes, ser a primeira gestação, aspectos econômicos, falta de apoio familiar, e gestação como consequência de violência sexual (OMS, 2018, apud SILVA, et al., 2020) Percebe-se ainda que os problemas de conduta dos parceiros, desconfiança, concentração familiar, sintomas depressivos, ansiedade e doença durante a gravidez, cesariana, várias gestações, enfermidade e instabilidade na infância, gênero da criança, rede de apoio ausente, transtorno mental precedentes além de outros aspectos estressores (OMS, 2018, GUINTIVANO, MANUK, MELTZER-BRODY, 2018, apud SILVA et al., 2020). Assim a suposição e o reconhecimento de aspectos causadores de transtornos mentais na gestação é primordial para condutas adequadas de diagnóstico inicial, precaução

atenção informando-se sempre para suprir a ocorrência de brechas eventuais no tema de saúde mental na gestação (SILVA et al., 2020).

Segundo Gavin, (2005, apud Goodman e Rouse 2010) episódios depressivos são frequentes, sobretudo em mulheres, tendo percentuais bastante significativos. As proporções de depressão ocorridas no período durante e após a gravidez não se apresentam muito distintas das proporções ocorridas em mulheres não grávidas. Para O'hara, (2004, apud Goodman e Rouse 2010) a depressão durante a gestação é prognosticador mais espesso de depressão após a gestação. Assim a exposição de varias crianças se dá na gravidez e ao nascimento. Projetando que a maioria das mulheres que apresentam depressão na gestação esse quadro se prolonga até depois o parto, faz com que essas crianças acabem ficando duas vezes submetidas ao transtorno depressivo. Estudos, apesar de poucos, já evidenciam que os efeitos nocivos sobre as crianças que foram expostas a depressão na gestação são preditivos a consociação de vulnerabilidade de bebes a depressão pós-parto. (DIPIETRO, 2006; DAVIS, 2007 apud GOODMAN e ROUSE 2010).

A depressão no período gestacional está ligada a dificuldade associada a vários fatores dos recém-nascido, e crianças, elevando a chance de ocorrência mais tarde de depressão e outros transtornos. As alterações vão desde afetividade e relação interpessoal a evidencias em avaliação de eletroencefalograma (EEG) com o funcionamento neuro-endócrinos alterado. Apesar de que a grande maioria dos estudos sobre depressão que envolve o período perinatal se concentrarem em depressão pós-parto, aqueles em que se debruçam sobre a depressão na gestação insinua que esta justifica alguns acontecimentos antes incubidos a depressão pós-parto. "Ainda não é possível tirar conclusões sobre os mecanismos de associação entre depressão pré-natal e problemas apresentados por crianças pequenas." (GOODMAN ROUSE, 2010).

4.3. Saúde Mental na Gestação.

Para Chiattonne (2007 apud Almeida, 2016), a gravidez para algumas mulheres é um momento muito desejado e bastante esperado, já para outras, não faz parte dos projetos de vida. Muitas vezes o momento não é marcado por sentimentos de alegria e realização. O que leva neste momento à gestante ter sentimentos ambíguos, tanto em

relação ao bebê, como a si própria. Segundo Chiattonne (2007), é notório as mudanças sofridas pela gestante, não só fisicamente, mas como social, conjugal, profissionalmente. Estão presentes também, mudanças de humor, que se torna bastante flutuante, gerando sentimentos divergentes entre sua vida e a do bebê. Para Bennett et al. (2004, apud Camacho, 2006) supõe-se um predomínio de depressão na gestação aproximado de 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre. Nas pubescentes, foi constatada a prevalência entre 16% e 44%, o que se aproxima do dobro da ocorrência em grávidas adultas, podendo associar a imaturidade afetiva e de união, assim como o aspecto de grande número delas não continuar seus estudos devido a maternidade (SZIGETHY e RUIZ, 2001, apud CAMACHO, 2006)

Tais mudanças e flutuação de sentimentos e emoções divergem com a imagem rotulada de mãe que ama incondicionalmente e nasce predestinada à maternidade. Gerando perturbação e instabilidade quando essas expectativas não são supridas. Pode-se afirmar que gestação é considerada um momento de crise existencial, e de transição, onde a mulher tem que reorganizar sua mente, sua vida, e sua rotina. Isso se repete a cada gestação, tomando consciência do novo momento e ajustando as novas funções. Essa atualização e ajustamento acompanhará a maternidade a cada nova fase do filho e família por toda a vida. (JESUS, 2017).

Jablensk et al., 2005; Seng et al. (2001, apud Camacho, 2006) relataram que os transtornos psiquiátricos não diagnosticados e conseqüentemente não tratados podem levar a mau prognóstico na saúde materno fetal, como uma depressão pós-parto ou até mesmo durante o trabalho de parto, como já mostrou estudos. Uma metanálise de 59 estudos apresentou um pressuposto de predomínio de depressão pós-parto da ordem de 13% (OHARA e SWAIN, 1996, apud CAMACHO, 2006). A psicose puerperal é incomum, e a sua ocorrência foi entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos (BLOCH et al., 2003, apud CAMACHO, 2006).

Segundo Hoekzema e colegas, o período gestacional induz a muitas alterações neurológica na mulher. Especialmente a gestação altera a quantitativamente a parte cinzenta do cérebro e alterando partes ligadas à cognição social, e ao córtex cerebral principalmente (HOEKZEMA, 2020 apud ADAMS, C. et al., 2021). As alterações na neurológica e biológicas ultrapassam a gestação interferindo nas relações sociais,

umentando a capacidade da mãe de identificar as necessidade emocionais (ANDERSON, 2012; PEARSON, 2009 apud ADAMS, C. et al., 2021). Bale diz (BALE, 2014 apud ADAMS, C. et al., 2021), a predisposição genética a problemas mentais e físicas tem como integrantes: (Srinivasan, 2011 apud ADAMS, C. et al., 2021) carga familiar, (OMS, 2002 apud ADAMS, C. et al., 202) alterações gestacional e (Buultjens, 2013 apud ADAMS, C. et al., 2021) vivencia de estresses pós-parto.

Segundo Bjelica e Kapor-Stanulovic (2004 apud Adams, C. et al., 2021) A gestação é constantemente é vista como um acontecimento psicológico em si mesmo, onde existem transformações complicadas que ocorrem no período gestacional . As mulheres vivenciam muitas alterações, como alterações de humor, ansiedade, fadiga, depressão, exaustão e excitação. Também é este período pode ser considerado como algo estressante, intervindo ao desenvolvimento mãe e filho.

Ao colocar o bebê exposto a fatores causam alterações negativas, sociais e psicológicos que durante o período gestacional, como sintomas de doenças psicológicas (GLOVER, 2014, VAN DEN BERG, 2020, NAST et al., 2013 apud MOUNTAIN, et al., 2021) adversidades inerentes a vida (KINGSBURY et al., 2006, ROBINSON, et al., 2011, apud MOUNTAIN, et al., 2021) diferenças sociais, (XUE, 2005, GILMAN, 2017, apud MOUNTAIN, et al., 2021) podem afetar a saude neurológica e psíquica por toda a vida, aumentando aproximadamente em duas vezes a possibilidade de desenvolvimento de doença mental (O'DONNELL, 2014, CAPRON, 2015, apud, MOUNTAIN, et al., 2021) o transtorno psiquico e social da mãe pode integrar-se biologicamente (BERENS, 2017, HERTZMAN, 1999, apud, MOUNTAIN, et al., 2021) no filho, causando quebras fisiológicas e neurobiológicas por toda a vida (GILMAN, 2017, BUSS, et al., 2012, QIU, et al., 2013, SCHEINOST et al., 2016, apud, MOUNTAIN, et al., 2021). Em contra partida, o apoio reforçado a mãe (CHOI, et al., 2020, apud, MOUNTAIN, et al., 2021) é motivo reputado de proteção, ligado a diminuição das adversidades na saude dos filhos no primeiro ano de vida, (NELSON, et al., 2019, apud, MOUNTAIN, et al., 2021) diminuição dos indícios interiores e exteriores durante todo o avanço da vida (KOVEROLA, et al., 2005 apud, MOUNTAIN, et al., 2021). Em geral, esses apanhados baseado em experiencias são pertinentes com o princípio da saúde e da doença e com as suposições do planejamento pré-natal, que sugere que durante a

gestação é esculpido o prosseguimento e a vulnerabilidade a doenças por toda a vida (VAN DEN BERG, 2020, CRUCEANO, MATOSIN, BINDER, 2017, KIM, BALE, EPPERSON, 2015, GILMAN, 2016, GOLDSTEIN, 2019, apud MOUNTAIN , et al., 2021). Essas evidencias, chamam a atenção a relevancia em descrever os fatores adversos e o suporte e assim compreender as relações com a saúde psíquica da criança (MOUNTAIN , et al., 2021).

O distúrbio mental que mais acomete as grávidas é a depressão (LOPEZ, 2020 apud ADAMS, et al., 2021), identificada como caracterizada por sintomas como humor deprimido e irritável, baixa autoestima, perda de interesse, sentimentos de inutilidade, inapetência, cansaço e falta de concentração (KASTRUP, 2007 apud ADAMS, et al., 2021). O ato de ferir-se durante o período gestacional mediatamente é uma das causas de morte materna, sobretudo no meio daquelas que tem histórico de transtornos mentais.

Os problemas mentais acima relatados influencia desfavoravelmente os desfechos obstétricos e fetais, e a falta de manejo adequado poderão conduzir a dificuldades que chegarão ao puerperio e até toda a vida (ORR, 1995; KURKI, 2000; FREEMAN, 2008; STEER, 1992; HOLLINS, 2007; STOTT, 1973 apud ADAMS, J. et al., 2021) dificultando a relação materna-infantil (LOPEZ, 2020; HERON, 2004; FIGEIREDO, 2009; HART, 1998 apud ADAMS, J. et al., 2021). Condutas de risco durante a vida, como fumar e uso de outras substancias e precariedade estão ligadas a maior incidencia de transtornos mentais DUNKELL, 2011; STRAUB, 2014; SHAPIRO, 2013 apud ADAMS, J. et al., 2021).

4.4. Pré-natal Psicológico.

O zelo em analisar a sanidade psíquica das grávidas, não tem sido algo que tenha causado interesse a comunidade, e isso tem feito com que muitas delas tenham resistencia em relatar seus sofrimentos mentais, visto que também todas as atenções geralmente estão voltadas para a saúde física durante a gestação (BIAGGI, 2016 apud, PESSOA, 2020). É primordial que exista uma busca para identificação de sinais de depressão e ansiedade em tempo oportuno, com a intensão de que seja tomada providencias como encaminhamento para os profissionais capacitados e condutas e manejo adequado rápido, prevenindo possíveis complicações (PESSOA, 2020).

Com a finalidade de auxiliar e proteger as mulheres em relação aos problemas emocionais além de outras intercorrências que podem ocorrer durante a gravidez, faz oportuno uma assistência durante o pré-natal baseada em orientação através de “cursos” e o que chamamos de Pré-Natal Psicológico (ARRAIS, 2014). Sabedores de que o acompanhamento de pré-natal convencional se preocupa de assuntos fisiológicos da gravidez, com sua atenção voltada especialmente a mãe e o bebê, o pré-natal psicológico - pouco conhecido — tem como foco diminuir a brecha que existe nesta fase, proporcionando uma assistência completa para mãe-pai-bebê. (ARRAIS, 2012). O Pré- Natal Psicológico é uma estratégia capaz de amparar as gestantes no processo gestacional de forma completa, onde sentimentos, receios e emoções podem ser expressados, intervenções realizadas afim de promover uma melhor consciência da gestação (JESUS, 2017).

A assistência psicológica no pré-natal é uma estratégia que teve principio em Brasília com a intenção de oferecer um pré-natal e parto humanizado, de forma a para um materno e paterno com maior integração familiar. Oferecendo reuniões em grupo com temática que facilitam a exposição pelas gestantes de seus anseios e experiências durante a gestação. Evidenciando a psicoterapia, e assim evitar a depressão pós-parto. O pré-natal psicológico (PNP), é uma nova forma de assistência perinatal e ainda pouco encontrada nos serviços de saúde. Diferentemente dos cursos de gestante, trata-se de uma abordagem mais humanizada que vai desde o pré-natal e se estende ao parto e puerpério no objetivo de construir a parentalidade. Com a visão de agregar a família em todo o período gestacional e puerperal, são realizados encontros com temáticas voltadas para a preparação psicológica dos progenitores (ARRAIS, 2014).

Segundo Camacho (2006), os principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação são fatores biológicos como: história de transtornos de humor ou ansiedade, depressão pós-parto, transtorno disfórico pré-menstrual, pré-menstrual e histórico de doença psiquiátrica na família; Fatores psicossociais como: histórico de abuso sexual na infância, gravidez precoce ou não planejada, gravidez não aceita ou não desejada, mãe solteira, ter muitos filhos,

reduzido suporte social, conflito no lar ou violência doméstica, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias ou tabagismo.

Assim o pré-natal psicológico suprirá demanda que pode surgir no período da gravidez e puerpério, como as associadas a conhecimentos empíricos, a gestação ideal segundo o sonho materno, eventualidade do luto, complicações gestacionais, transtornos psicológicos, alterações sociais, conjugais, familiares. Além de dar conhecimento a gestante quanto as possibilidades de parto, seus direitos durante todo o trabalho de parto (ARRAIS, 2014).

O Pré-Natal Psicológico consiste em uma reunião de gestantes em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Neste cenário são feitas intervenções na condição de promover a saúde mental e prevenir transtornos psíquicos, enquanto as grávidas tem oportunidade de externar seus medos, suas experiências, fantasias, angústias, felicidades e tristezas ocasionada pelo momento de gestação (ARRAIS, ARAÚJO e SCHIAVO, 2018a). Para Bortoletti (2007 apud, Arrais, Araújo e Schivo 2018a), a conversa em grupo é protetor no que se refere a produção de métodos que fortalecerão a trajetória da maternidade.

A escuta qualificada e discriminada no curso gravidez e puerpério é o ponto principal da assistência humanizada, onde a expressão de sentimentos, medos e anseios não são censurados. Além de proporcionar reciprocidades entre os participantes nos relatos de experiências, conhecimentos, com a participação de todos os familiares possíveis na gestação, puerpério construindo assim a parentalidade (ARRAIS, 2014).

A oportunidade de escuta de qualidade proposta pelo Pré-natal Psicológico gera a previsão e cuidado de situações opostas do momento de geração de vida proporcionado pela gravidez. O entrosamento e compartilhar de sentimentos, sensações e emoções entre as gestantes e também das famílias, é uma das metas do Pré-Natal Psicológico (ARRAIS, e ARAÚJO, 2016 apud ARRAYS, ARAÚJO, SCHIAVO, 2019). Para Bortoletti (2007 apud ARRAYS, ARAUJO, SCHIAVO, 2019) as reuniões em grupo proporciona muitos proveitos a grávida por compartilhar seus anseios sob o cuidado de um profissional o que ajuda na detecção precoce de sofrimentos mentais.

A participação no pré-natal psicológico não está condicionada ao enfrentamento de problemas emocionais e sim no interesse em edificar a maternidade pautada na responsabilização, de acordo com a complexidade dos novos papéis exige. O Pré-Natal Psicológico favorece o relacionamento entre gestantes que compartilhem o mesmo sentimentos e anseios, identificando-as entre si. Assim elas tem oportunidade de serem ouvidas, acolhidas, orientadas, e assim passem por todo o processo gestação-parto- puerpério da melhor forma possível, através da abordagem de vários temas. (ARRAIS, 2014). Na visão da Gestalt-terapia, acredita-se que o pré-natal psicológico colaborará com a internalização da gravidez que a mulher se encontra, tomando consciência das mudanças que o ciclo gestacional traz e experimentando a interação mãe e filho através dos movimentos do bebê. (FREITAS, 2016).

Zinker (2007 apud FREITAS, 2016) diz que a compreensão de si, suas confidências e sigilo íntimos, mais salutar será o desenvolvimento da maternidade. Segundo Souza, Prado e Piccinini (2011 apud JESUS, 2017), a assistência oferecida pelo Pré-natal psicológico é muito relevante, pois a mãe é a pessoa que cuidará do bebê de forma principal. Desta forma, ela precisa resignificar sua vida preparando-se para a nova fase da vida, organizando-se no seu papel como mãe, esposa, filha e profissional. Assim o amparo a esta mulher em todos os aspectos é muito importante devido a maior emotividade neste período da vida. Cada personagem do contexto familiar é de grande valia na contribuição de tornar o puerpério mais tranquilo, seja nas atribuições do lar, ou no ouvir. De acordo com Soifer (1992) apud Klein e Guedes (2008, p. 864), “deve-se levar em conta o fato de ser a gravidez um período que envolve não apenas a mulher, mas também o seu companheiro e o seu meio social imediato”(JESUS, 2017).

Para Mehoudar (2012, apud JESUS, 2017) quando a mulher conhece o seu próprio corpo e aprende a observa-la, entendendo o funcionamento da gestação e os acontecimentos que ocorre no período gestacional, traz a ela uma maior auto confiança, e a colaboração do companheiro dar-se-á se este se inteirar do processo materno/paterno.

A Atenção Básica possibilita o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, sendo desenvolvida em um território geograficamente conhecido, dando aos

profissionais de saúde um maior conhecimento das pessoas seus vínculos e contextos sociais e familiares. (BRASIL, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) almeja um planeta em que todas as mulheres e e crianças tenham acesso a uma boa assistência durante a gestação, parto e puerpério. Inserido na assistência a saúde reprodutiva, e cuidados pré-natais (CPN) forma uma estrutura de grande valor na assistência a saúde, anexando a promoção da saúde, rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças. Os cuidados pré-natais executados em tempo adequado, seguindo comprovações científicas, fazem prognósticos que favorecem a vida. E finalmente os CPN, são chances para dialogar e firmar, gestantes, famílias e comunidade em fases delicadas de vida. As boas vivencias das gestantes os cuidados de pré-natal e parto contribuem para um alicerce de uma maternidade sã. (OMS, 2016).

Nota-se que a mentalidade curativa pautada na biologia é muito presente, com atenção a reprodução. Assim o foco está nos órgãos reprodutores, voltada para a criança saudável através da “fêmea mamífera” como nos primórdios. A divisão do corpo em detrimento a parte reprodutiva e outras atribuições, não somente biológica, mas inclusive sociais, dissemina práticas e diretrizes convencionados. Contudo, como convencionar cuidado e considerar as especificidades? (HABERLAND, 2017).

Assim tanto o Pré-Natal Psicológico como o Ginecológico se complementam com a objetivo aperfeiçoar a maternidade, paternidade e o parto, propiciando a evolução benéfica para o recém-nascido, fortalecendo a parentalidade acrescentando de questões pedagógicos e psicodinâmicos (ARRAIS, e ARAÚJO, 2016 apud, ARRAIS, ARAÚJO e SCHIAVO 2018).

MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico, por se focar em examinar os determinantes das condições de saúde das gestantes; observacional, pois não ocorreu intervenção; transversal, onde a avaliação foi feita oportunamente no período gestacional. O estudo analítico de corte ou transversal é um tipo de estudo onde a relação exposição-doença em uma comunidade so é examinada em um instante peculiar, dando um espelho da conjuntura atual (PAULA, 2019). Após parecer do a Comitê de Ética em Pesquisa — CEP da Universidade Federal do Piauí-UFPI, de número 4.630.335.

3.2 Objeto e Local de Estudo

O objeto da pesquisa foram gestantes, assistidas em uma das oito unidades de saúde da Atenção Básica escolhidas, do município de Corrente, Piauí. A cidade de Corrente fica localizada no extremo sul do estado, com população estimada de 26,771 e confirmada de 25,407 segundo o último censo do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. As gestantes foram selecionadas aleatoriamente, gerando uma amostra heterogênea.

O critério utilizado para a escolha das equipes foi por serem a de maior procura de assistência ao pré-natal e que prontamente, após a sensibilização e apresentação da importância da realização desta pesquisa para as gestantes, aderiram a pesquisa. Totalizando assim oito equipes, quatro equipes da zona rural e quatro equipes da zona urbana, o que corresponde a 61.53% das equipes que assistem o município.

3.3 Instrumento e amostra do Estudo

Foi utilizado como instrumento a Escala de Edimburgo de Depressão Perinatal que é um questionário de auto-avaliação, onde foi acrescido de questões socioeconômicas e histórico gestacional, a fim de conhecer a realidade das entrevistadas. A Escala de Edimburgo de Depressão Perinatal (EDPE), é reconhecida pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, é uma ferramenta bastante usada no reconhecimento dos sinais de depressão. No Brasil, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sugere o uso da EDPE como meio de busca

para depressão perinatal, principalmente depressão pós-parto. Porém não existe exigência de utilização habitual nas consultas, cabendo ao trabalhador da saúde a resolução da utilização ou não da escala. Assim a chaga dos transtornos mentais na gestação é conservado. Em conjunto a isso os trabalhadores de saúde não recebem capacitação, o que ajuda no baixo diagnóstico levando a baixa notificação no Brasil (RENNO, ROCHA, 2018, apud, MONTEIRO et al., 2021). A escala foi feita na Grã-Bretanha (Escócia) por Cox, Holden e Sagovsky, em 1987, com intensão clínica e de estudo, sendo apropriada posteriormente (SANTOS, et al., 2004, COUTINHO, 2008, MALLOY, ROMANO, 2009, apud, MONTEIRO et al., 2021).

Pesquisas mostraram relevancia com percepção e especialidade de 70 a 85% a sujeitar do ponto de corte (MALLOY, ROMANO, 2009, apud, MONTEIRO et al., 2021). A edição brasileira da Escala de Endiburgo, não mudou a conjuntura. A escala tem a intensão de ser compreensível, ágil podendo ser respondida pela gestante sem ajuda ou auxiliada por um profissinal, aumentando a relevancia quando acrescida de questões sociais e fatores de risco (MALLOY, ROMANO, 2009, BRASIL, 2006, apud, MONTEIRO et al., 2021). O período de aplicação é bem proximo de cinco minutos, classificada em dez partes, aferindo sintomas existentes de depressão e ansiedade (MALLOY, et al., 2010, apud, MONTEIRO et al., 2021). A aplicação do instrumento foi feita a setenta e sete gestantes das unidades de Atenção Básicas Seleccionadas. Após a concordância das mesmas, efetivada com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com os escores obtidos após a aplicação da EDPE, onde Escore menor igual a 10 significa que não apresenta preditivo de Depressão Prerinatal, e maior que 10 significa que apresenta ppreditivo de Depressão Perinatal.

3.4 Período de Estudo

A pesquisa foi realizada no período de maio a novembro de dois mil e vinte um. Devido ao cenário do período de pandemia as explicações e aplicação do instrumento de pesquisa foi feita individualmente, em ocasião oportuna após consultas de pré-natal, o que demandou um período extenso de coleta de dados.

3.5 Análise dos dados

As variáveis preditoras utilizadas na regressão linear múltipla foram: número de gestações, número de filhos, número de abortos, natimorto e perdas. Foi utilizada a regressão linear múltipla para a análise multivariada. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software GraphPad Prism, versão 8.0.1. Para os testes, considerou-se um nível de significância α de 5%, sendo os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 77 gestante, abrangendo os tres trimestres da gestação, onde foi colhido o histórico obstétrico e socioeconômico, número de gestações, números de filhos, ocorrência de aborto ou outras perdas, escolaridade, se trabalha ou não, estado civil. As variáveis preditoras utilizadas na regressão linear múltipla foram: número de gestações, número de filhos, número de abortos, natimorto e perdas.

Das 77 gestantes que participaram da pesquisa, 43,7% das gestantes apresentaram escore de Edimburgo para Depressão Perinatal menor que 10, no momento da aplicação da escala. Isto significa que estas gestantes não apresentam preditivos de deperessão, ansiedade ou sofrimento mental relacionado ou intensificado pela gestação, onde a maior parte (54%) estão na faixa etária de 20 a 29 anos, com idade gestacional compátível com o segundo trimestre de gestação (56,7%), e um grande numero vivenciavam a primeira gravidez (43, 2%), 48,6% não possuíam nenhum filho, quer por ser a primeira gestação ou por ja ter vivenciado perdas, abortos (16,2%) e natimortos (2,7%). Quase a totalidade das grávidas que apresentaram escore inferior a dez apresentavam relacionamento que lhes traziam uma certa segurança, (40,5%) cassdas e (51,3%) relacionamento estável. Somente uma minoria (5,4%) tinham o ensino superior, sendo a escolaridade dominante o ensino médio completo (56,7%). Quanto a ocupação a maioria (72,9%) afirmaram não exercer nenhum trabalho formal, sendo esse percentual na faixa etária menores de vinte anos de 100% e destas 71,4% não concluíram o ensino fundamental.

Apresentar a tabela (introdução)

Tabela 1. Correlação entre variáveis número de gestação, filhos, abortos, natimorto e perdas, e o baixo escore dos sintomas de depressão (menor que 10).

Variáveis	Carga/Estimativa	Erro padrão	β	p
Nº de Gestação	-1.146	1.033	1.110	0.2710
Nº de Filhos	1.466	9.861	1.486	0.1417

Nº de Abortos	4.032	1.368	2.948	0.0044*
Natimorto	-4.069	2.177	1.869	0.0659
Perdas	1.134	1.192	1.342	0.2211

Legenda: * indica valor significativo ($p < 0,05$).

Na Tabela 1 a variável número de abortos ($p=0,044$) foi preditor estatisticamente significativo do escore dos sintomas de depressão inferior a 10. Portanto, as mulheres que tem histórico de aborto tem menor risco de apresentar depressão na gravidez segundo os dados coletados. Aqui pode-se ver que a ocorrência de abortos em gestações anteriores é fator que influencia positivamente na ausência de preditivo de depressão perinatal (DPN). A variável que mais se aproxima da significância é o histórico de natimortos ($p=0,0659$), acontecimento que traz sentimentos bem próximos que abortamento. Já as outras variáveis encontram-se bastante distante da significância.

O escore de Edimburgo superior ou igual a dez foi encontrado em 56,3% da participantes da pesquisa, onde a maior quantidade estavam no segundo trimestre de gestação (52,5%) seguido do terceiro trimestre (37,5%). Quanto a quantidade de gestações, a primeira gestação (37,5%) é a mais presente, e em número bem inferior (7,5%) encontravam-se na quarta ou mais gestações. A ausência de filhos (42,2%), era realidade mais vivenciada, e a ocorrência de perdas estava presente em 17,5%. Quanto a estabilidade do relacionamento têm-se uma amostra bastante heterogenea, onde temos solteiras (32,5%) e em relacionamento estável (42,5%). A escolaridade das grávidas em sua maioria era de ensino fundamental completo (45%) e (37,5%) ensino médio. Assim como na amostra anterior o trabalho formal não é realidade da maioria das grávidas (77,5%).

Tabela 2. Correlação entre variáveis número de gestação, filhos, abortos, natimorto e perdas, e o baixo escore dos sintomas de depressão (maior que 10).

Variáveis	Carga/Estimativa	Erro padrão	β	p
Nº de Gestação	-0.4254	0.2649	1.606	0.1128
Nº de Filhos	0.4641	0.2515	1.845	0.0692

Nº de Abortos	0.4776	0.2860	1.670	0.0994
Natimorto	-0.06233	0.5686	0.1096	0.9130
Perdas	0.9241	0.5618	1.645	0.1045

Na Tabela 2 o número de filhos é a variável mais próxima do índice de significancia ($p=0,0692$) como fator preditor de depressão perinatal (DPN), seguido do número de abortos ($p=0,0994$), o que justifica as divergências na literatura sobre o histórico de aborto como fator protetor ou preditivo de Depressão Perinatal (DPN).

Tabela 3. Análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10).

Variáveis	Carga/Estimativa	Erro padrão	β	p
1 trimestre	-1.3387	0.809	0.3844	0.7140
2 trimestre	1.4476	0.5054	0.9614	0.3735
3 trimestre	3.4065	1.7971	1.2723	0.1052
Não trabalha	13.232	11.176	1.2920	0.0252*
Ensino superior	-1.3652	1,2143	0,8979	0.1495
Ensino médio	2.9873	1,5639	0,4238	0.2345
Ensino fundamental	3.2162	1.6751	1.9202	0.1948
Ensino fundamental	1.6677	0.5170	1.0347	0.4099
Faixa Etária menor que 20 anos	-2.9870	1.3646	1.0133	0.1127
Faixa Etária maior que 30 anos	4.2721	3.4780	2.8964	0.1052
Número de gestações	7.7429	1.611	0.4610	0.0021*
Número de filhos	8.1631	5.7742	0.8942	0.0156*

Número de perdas ou aborto	9.2412	3.5618	4.6450	<0.0001*
-------------------------------	--------	--------	--------	----------

Legenda: * indica valor significativo ($p < 0,05$).

Já na Tabela 3, a análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10), o fato de não exercer o trabalho formal é preditivo de depressão perinatal ($p=0.0252$). O número de gestações de forma geral é preditor que deve-se considerar ($p=0.0021$) assim como o número de filhos ($p=0.0156$), número de perdas ou aborto ($p < 0.0001$) foi preditor estatisticamente bastante significativo.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que o sofrimento psíquico na gravidez está presente na vida de algumas gestantes do município de Corrente Piauí, pois até o momento da sua execução, esta realidade era desconhecida, tanto por profissionais quanto pela gestão. Sendo assim um estudo pioneiro em no município de Corrente-Pi, apesar do sofrimentos mentais das gestantes serem, vistos e relatados por elas em suas consultas de acompanhamento da gestação.

Sabemos que o sofrimento pode ir de ansiedade a depressão maior, podendo ser transitória, e seguir até período pós-natal podendo persistir por toda a vida da mulher, trazendo sequelas também ao filho. Consequencias na vida dos filhos que vão desde fatores emocionais e comportamentais, até físicos como doenças intestinais, diabetes mellitos. Para Jhonson et al., (2021), tensão mental tem sido apontada como um provável fator desencadeante de diabetes melitus tipo 1, apesar de pesquisas prospectivas investigando relação entre tensão mental ou intercorrências vivenciadas na gestação pelas mães e a possibilidade de ter diabetes tipo 1 nos filhos não ser comum. Efetivamente algumas pesquisas clínicas mostram que tensões durante o período gestacional está ligada a alterações negativas na constituição da microbiota fecal infantil (AATISINK et al., 2020, ZILJMANS et al., 2020, apud SUN et al., 2021). As tensões no princípio da gestação induz a alterações no intestino, no transcriptoma e nas células imunes da prole. Ademais, essas mudanças estão relacionadas a modificações na penetrabilidade do intestino e na microbiota do intestino e na microbiota do homem depois de uma tensão na fase adulta (JASAVERIC et al., 2018, apud SUN et al., 2021).

A presença de escore preditivo para sofrimento mental na gestação foi visto em todos os trimestre de gravidez, sendo mais intenso nesta pesquisa, no segundo trimestre (27.2%), devido ao maior numero das gestantes que participaram estarem nesta idade gestacional. A dificuldade de captação de gestantes no primeiro trimestre, pode ser o motivo da maior densidade de gestantes no segundo trimestre. Pesquisas mostraram que o predomínio de ansiedade pré-natal ocila entre 14 e 59% (RICO, 2010; HERNANDEZ, 2011; NIEMINEN, 2009; TEIXEIRA, 2009 apud ADAMS, J. et al., 2021),

ao mesmo tempo que uma meta-análise feita na conjectura do predomínio total de ansiedade pré-natal constatou que o predomínio em conjunto de sintomas de ansiedade no pré-natal em todos os trimestres foi de 34,4% em países carentes e 19,4% em países desenvolvidos (DENNIS, 2017 apud ADAMS, J. et al., 2021).

Da amostra avaliada chama atenção a porcentagem 75,2% que declararam não exercer um trabalho formal, sendo estas 40,2% com escore preditivo de depressão perinatal. O fato de não exercer o trabalho formal é preditivo de depressão perinatal ($p=0.0252$), como se vê na análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10), da Tabela 3. Carregamos como sociedade de um país em desenvolvimento, muitos fatores que contribuem para a dificuldade de acesso a trabalho, sendo mais imperativo na vida materna, ou por opção de cuidar dos filhos por não ter onde ou com quem deixá-los, ou pela falta de acesso a oportunidade de emprego. Assim pode-se ver que a falta de trabalho, gera ausência de perspectiva causando sofrimento mental, dentre eles depressão o que pode ir além do período gestacional. A depressão é um sofrimento mental que mais acontece na gestação e pode se estender até o período pós-parto (BENNETT et al., 2004 apud PEREIRA; LOVISI, 2008) e está ligado a questões financeiras, pouco estudo, gestação no período da adolescência, ocorrência de fatores sociais extressores e violência familiar. (ALAMI, KADRI, BARRADA, 2008 apud PEREIRA; LOVISI, 2008).

A gestação é uma etapa frágil que se submete a fatores particulares, relacionado ao cenário familiar e ocupacionais. Quando a estabilidade não é alcançada a gestação pode gerar estresse, afetando a saúde da gestante e do bebê (PHILIPPE, et al., 2014, apud, SCARBOROUGH, 2021). Em nações onde se tem um poder aquisitivo maior a depressão e ansiedade em grávidas está entre 5 a 15% (FICHER et al., 2012, ROGERS, et al, 2020, apud, SCARBOROUGH, 2021) sendo esses valores maiores em nações com poder aquisitivo menor (ROGERS, et al., 2020, LOOMANS et al., 2013, apud, SCARBOROUGH, 2021). Tendo como consequência, o uso de medicamentos antidepressivos (ADDs) aumentado na gestação, com expectativa de que esse número aumente por todos os continentes devido a elevação dos casos de depressão es (HUYBRESHTS et al., 2013, XING et al., 2020 apud, SCARBOROUGH, 2021). Assim temos uma forte relação da dificuldade financeira e ocupacional com o sofrimento mental

na gestação. A ausência de trabalho traz uma perspectiva de interferência na evolução do bebê devido ao impacto negativo, devido a questões econômicas (MARCA, 2015, AIZER; STRUD; BUKA, 2016, apud, KESSLER, HERVENSTONE, 2022).

Entre as gestantes que participaram da pesquisa, no que se refere a escolaridade, no grupo que não apresentou escore preditivo de depressão perinatal o maior percentual é de gestante que possuía o ensino médio completo (27.2%). Já no grupo que apresentou preditivo para depressão perinatal o maior percentual era de gestantes que possuía apenas o ensino fundamental completo (23.3%). A falta de formação acadêmica diminui as chances de emprego, levando a insegurança em várias áreas da vida dessas gestantes. Estudos mostraram que gestantes com formação escolar somente até o ensino fundamental possuíam cinco a quatro vezes mais possibilidade de ter depressão perinatal quando relacionado com as gestantes que estudaram além do ensino médio. Em contrapartida, estudos transversais realizados na Cidade do Cabo e Adis Abeba mostraram que não existiu ligação entre a formação acadêmica da gestante e ocorrência de depressão perinatal (HARTLEY et al., 2011, BIRATU, HAILE, 2015 apud BEKETIE, 2021).

O número de gestação foi um fator em destaque, pois o maior número de gestantes apresentavam-se na primeira gestação, 40.1%, sendo que destes, 19.4% obtiveram escore preditivo de depressão perinatal o que corresponde a ($p=0.0021$) presente na Tabela 3 onde foi feita uma análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10). Mesmo sendo inferior ao outro grupo, este número se destaca em relação às outras classificações de quantidade de gestações no grupo com o mesmo preditivo. E sendo as gestantes que se encontravam na segunda gravidez (16,8%), com a proporção superior às das secundigestas do grupo que não apresentou preditivo de depressão perinatal. Podemos ver que a expectativa do que é ter um filho muitas vezes traz angústia e preocupação. Para Beketie et al., 2021, a angústia, gestação não programada, pouco estudo, e primeira gestação são razões relevantes ligadas ao estresse.

A quantidade de filhos ($p=0.0156$) na análise de regressão multivariada entre variáveis e escore dos sintomas de depressão (maior que 10) da Tabela 3, é preditor estatisticamente significativo. Vemos que cada gestação é única, exigindo adaptações e

mudanças na vida da gestante e em todo o seu contexto. O bem-estar da grávida é um problema de saúde pública, por ser a gestação uma etapa que causa muitas mudanças que tiram a mulher da zona de conforto, trazendo dificuldade de balancear a vida particular, doméstica e profissional no período gestacional, ocasionando problemas como sinais de tristeza, angústia, atitudes antissociais (SAKHARKAR, 2016, apud, ZHAO, 2022).

Na Tabela 1, a variável número de aborto, apresentou significância de ($p=0,044$), o que podemos considerar fator protetor para depressão perinatal. Já na Tabela 3, ao considerar o número de perdas, onde abrange abortos, natimortos e outras perdas, temos um ($p<0.0001$) apresentando-se um preditivo com bastante significância para depressão perinatal. Este fator pode ser visto que depende muito de como a grávida passou sua vivência de perda. Para Major et al. (2009 apud Nomura et al., 2011) se focarmos em abortamento como fator diretamente ligado a saúde mental os estudos afirma que é bastante contraditório. Nesta perspectiva uma nova gestação pode sim trazer o sentimento de esperança para esta grávida que tem abortamento em seu antecedente obstétrico, assim como em outras mulheres pode, juntamente com outras perdas, pode trazer sentimentos de ansiedade e angústia, talvez pelo receio de reviver momentos difíceis de gestações anteriores.

Quando vemos o tipo de relacionamento que estas gestantes declararam, o grupo que apresentou escore inferior a dez na Escala de Edimburgo, 44.0% se declararam casadas ou em relacionamento estável e somente 2.5% solteiras. Quando analisamos as mesmas variáveis no grupo que apresentou escore superior a dez, a proporção de solteiras é de 16.8%, sendo de 29.7% as que declararam estarem em relacionamento estável ou casadas. Isso demonstra que a segurança de um relacionamento pode interferir positivamente no bem estar da gestante, e consequentemente para o feto. Pesquisas mostraram que grávidas que não moravam com seus companheiros tinham uma prevalência de 36% de sintomas depressivos (COLL, et al., 2017, apud DELL`OSBELL, GREGOLETTO; CREMONESE, 2019), com

presença de acréscimo da ansiedade em toda à gravidez relacionado a depressão (COSTA et al., 2017, apud DELL`OSBELL, GREGOLETTO; CREMONESE, 2019). Indica-se que aflições devido a instabilidade dos relacionamentos, provavelmente

causa malefícios e elevando os sintomas depressivos nas grávidas solteira/separadas/divorciadas, vivenciarem a maternidade sozinhas (DELL`OSBELL, GREGOLETTO; CREMONESE, 2019).

CONCLUSÃO

A implantação do Pré-Natal Psicológico na Atenção Básica do município de Corrente-Piauí se faz necessário e é de grande valia. Suas intervenções, além de manejar e tratar os problemas psíquicos perinatal, trará resultados positivos ao período Pós-Parto, tanto para a mãe quanto para o filho, diante de um problema de Saúde Pública que é crescente, e do seu valor em bons prognóstico. A condução do problema de transtornos mentais na gestação deve abranger muitos profissionais, e níveis de assistência distintos, mas que em cada competência, se o trabalho for realizado com empatia para as necessidades psíquicas destas gestantes, o sofrimento será amenizado.

Este estudo gerou um fluxograma de atendimento para as gestantes a fim, de triar a necessidade de Pré-Natal Psicológico que deve ser aplicado em pelo menos dois trimestres da gravidez, visto que a Escala de Edimburgo tem eficácia em rastreio de sofrimento mental na gestação de dezessete semanas. Além de ampliar a visão de assistência ao pré-natal, somando a assistência a gestante já existente no sistema de saúde, mostra também o grande espectro de estudo que ainda pode ser desenvolvido para melhores condutas na atenção as mulheres grávidas e seu filhos.

REFERENCIAS

ADAMS, C, R.; ANDERSON-BERRY, A, L.; BLOUNT, J,A.; HANSON, C.;PENDYALA, G.; SHINEIDER, K. **Fatores biopsicossociais durante o período perinatal: riscos, fatores preventivos e implicações para profissionais de saúde.** 2021a <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8206/htm> Acesso em 26 de agosto de 2021.

ADAMS, J.; BEDASO, A.; PENG, W.; SIBBRITT, D. **A relação entre apoio social e problemas de saúde mental durante a gravidez: uma revisão sistemática e meta-análise.** 2021b <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01209-5> Acesso em 26 de ago de 2021.

ARRAIS, A. da R. MOURAO, M. A. and FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saúde soc. 2014, vol.23, n.1, pp.251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020> Acesso em 20 de ago. 2020.

ARRAIS, A.R., ARAUJO, T.C.C.F., & SCHIAVO, R.A. **Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2018, 38(4): 711-729. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nzLTSHjFFvb7BWQB4YmtSmm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 08 de out de 2021.

ARRAIS, A.R., ARAÚJO, T.C.C.F., & SCHIAVO, R.A. **Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico.** Revista Psicologia e Saúde, 2019.11(2): 23-34. <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/706/pdf> Acesso em 08 de out de 2021.

BEKETIE, E.D. et all. **Magnitude e fatores associados de depressão pré-natal entre mães que frequentam cuidados pré-natais na cidade de Arba Minch, Etiópia, 2018.** 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8638914/> Acesso 08 de jul de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica , nº34.** Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas — Brasília; Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao> Acesso em 28 de Ago 2021.

CHIATTONE, H. B. C. . **Assistência psicológica de urgência.** In: A. F. Moron, F.F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, R.M. Santana & R. Mattar. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar, 2007, (pp.52-59). Baruei, SP: Manole. Acesso em: 15 nov 2018.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; JUNIOR, J. R. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** 2006, <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009> Acesso em 03 de out. 2020.

DELL`OSBELL, R. S.;GREGOLETTO, M.L.de O.;CREMONESE, C. **Sintomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados.** 2019. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047751/44abcs187.pdf> Acesso em 08 de jul de 2022.

FREITAS, J. R. C. B. **A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica.** 2016. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100006 Acesso em: 22 de set 2020.

GOODMAN, S. H. ROUSE, M. H. **Depressão perinatal e a criança: uma perspectiva desenvolvimentista,** MSW Emory University, EUA, fevereiro de 2010. <https://www.encyclopedia-crianca.com/depressao-materna/segundo-especialistas/depressao-perinatal-e-crianca-uma-perspectiva> Acesso em 28 de Ago de 2021.

HABERLAND, D. and SCISLESKI, A. C. C.“Fantástica Fábrica de Leite”: **Problematizando o Discurso de Apoio à Amamentação.** 2017 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300010 Acesso em 07 de out. 2020.JESUS, Mª A. dos S.

O Pré-Natal Psicológico e a Relação com a Prevenção na Depressão Puerperal. 2017 <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf> Acesso em: 07 de Jul 2020.

IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/corrente/panorama> Acesso em 22 de abr 2022.

JESUS, M^a A. dos S. **O Pré-Natal Psicológico e a Relação com a Prevenção na Depressão Puerperal.** <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf> Acesso em: 07 de Jul 2020.

JOHNSON, S. B.; LYNCH, K. F.; ROTH, R. et al. **Primeiro aparecimento de autoanticorpos de ilhotas para diabetes tipo 1 em crianças pequenas: eventos da vida materna durante a gravidez e risco genético da criança.** 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880544/> Acesso em 23 de Jun 2022.

KESSLER, D.; HEVENSYONE, D. **O impacto dos subsídios de desemprego nos resultados do nascimento: Evidência quase experimental a partir de dados de registos europeus vinculados.** 2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8890730/> Acesso em 08 de Jul de 2022.

MONTEIRO, F. N. de S.; FREIRE, B.L. da S.; MORAES, M. E. V. et al. **ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS DE VALIDAÇÃO EM PUÉRPERAS.** 2021. Departamento de Medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde — FPS. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP) <https://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/938> Acesso 22 de Jun de 2022.

MONTAIN, R.V.; ZHU, Y.; PICKETT, O.R. et al. **Associação de Estresse Materna e Apoio Social Durante a Gravidez com Marcas de Crescimento em Esmalte de Dente Decíduo Infantil.** 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8579236/> Acesso em 17 de jun de 2022.

NOMURA, R. M. Y “et al” **Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivencia de aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras.** Dez de 2011. <https://www.scielo.br/j/ramb/a/FNfxfTmM7MHq8GM6mdBNDHB/?lang=pt> Acesso em 21 de Fev de 2022.

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiencia positiva na gravidez.** 2016

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2> Acesso em: 17 de ago 2020.

PAULA, T.; **Tipos de Estudos Epidemiológicos**. 2019 <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/> Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Acesso 25 de jun de 2022.

PEREIRA, P. K. e LOVISI, G. M. **Prevalência de depressão gestacional e fatores associados**. 2008. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6VJL8fmrVFD8yJ8JDgNBBpM/?lang=pt> Acesso em 22 de Fev de 2022.

PESSOA da S.G.F.; SANTOS, S.V.; SANTANA, F.S.; et al. **Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária**. 2020 <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1044/1202> Vol. 23i271 Pag. 4961-4970 Acesso em 15 de jun de 2020.

SCHIAVO, R.A., RODRIGUES, O.M.P.R., e PEROSA, G.B. **Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas**. 2018. Trends in Psychology., 26(4): 2091-2104. <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n4/2358-1883-tpsy-26-042091.pdf> Acesso em 08 de out de 2021.

SCHIAVO, R. de A. **Saúde Mental na Gestação: ansiedade, stress e depressão (recurso eletrônico)**. Agudos, SP: Instituto Materonline, 2018.

SCHIAVO, R.A. **Psicologia Perinatal e da Parentalidade** (Recurso eletrônico). Agudos, SP: Materonline, 2020.

SOUSA, N. F da S; BARROS, M. B de A; MEDINA, L de P. B; et al. **Associação de transtorno depressivo maior com doenças crônicas e multimorbidade em adultos brasileiros, estratificada por gênero: Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Rev. bras. epidemiol. vol.24 supl.2 Rio de Janeiro 2021 Epub Dec 10, 2021. http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2021000300413&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 15 de junho de 2022.

ZHAO, F; GUAN, S; FU, Y.; et al. **Polissacarídeo Lycium barbarum atenua a lesão emocional da prole provocada pelo estresse crônico pré-natal em ratos via regulação da microbiota intestinal.** Revista de Biomedicina e Farmacologia, vol:143. Novembro de 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0753332221008702?via%3Dihub> . Acesso em 16 de jun de 2022.

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J. De O.; LEONE, C. **Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal.** J. Hum. Growth Dev. vol.28 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2018. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%2022/04/2022 Acesso em 22 de abr de 2022.

ANEXOS.

Instrumento de Coleta de Dados.

Idade:_____ Idade Gestacional (meses de gestação):_____

Gestação:_____ Quantos filhos possui:_____ Abortos:_____

()Casada; ()Solteira; ()Relacionamento Estável.

Escolaridade:_____

Trabalha? ()Sim ()Não

Escala de Edimburgo de Depressão Perinatal.

Com base nos últimos sete dias, marque qual das opções mais se aproxima do que você vem sentindo:

1- Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas:

- 0. Tanto quanto eu sempre fiz;
- 1. Não tanto quanto antes;
- 2. Sem dúvida, menos que antes;
- 3. De jeito nenhum.

2- Eu tenho encarado o futuro com alegria:

- 0. Tanto quanto sempre fiz;
- 1. Menos que de costume;
- 2. Muito menos que de costume;
- 3. Praticamente não.

3- Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado:

- 0. Não, nunca;
- 1. Não muito frequente;
- 2. Sim, parte do tempo;
- 3. Sim, a maior parte do tempo.

4- Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- 0. De jeito nenhum;
- 1. Raramente;
- 2. Sim, algumas vezes;
- 3. Sim, frequentemente.

5-Tenho tido medo ou pânico sem uma boa razão:

- 0. Não de jeito algum;
- 1. Não, não muito;
- 2. Sim, algumas vezes;
- 3. Sim, muito.

6-Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-dia:

- 1. Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação;
- 2. Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação;
- 3. Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação;
- 0. Não, sempre eu tenho controlado a situação.

7-Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir:

- 0. Não, nunca;
- 1. Não muito frequentemente;
- 2. Sim algumas vezes;
- 3. Sim na maioria das vezes.

8.Eu tenho estado triste ou arrasada:

- 0. Não, de jeito algum;
- 1. Não muito frequente;
- 2. Sim, frequentemente;
- 3. Sim, na maioria das vezes.

9-Tenho estado tão triste que choro:

- 0. Nunca;
- 1. Ocasionalmente, apenas;
- 2. Sim, frequentemente;
- 3. Sim, na maior parte do tempo.

10-Tenho pensado em me machucar(ferir):

- 0. Nunca;
- 1. Raramente;
- 2. Às vezes;
- 3. Sim, frequentemente.

Escore Total_____