



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo

Brasil

Satie Kassada, Danielle; Pagliarini Waidman, Maria Angélica; Inocenti Miasso, Adriana;
Silva Marcon, Sonia

Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 28, núm. 6, noviembre-diciembre, 2015, pp. 495-502

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307043975002>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes

Prevalence of mental disorders and associated factors in pregnant women

Danielle Satie Kassada¹
 Maria Angélica Pagliarini Waidman (*In Memoriam*)²
 Adriana Inocenti Miasso¹
 Sonia Silva Marcon²

Descritores

Transtornos mentais; Psicofármacos; Prevalência; Gestantes; Transtornos depressivos; Complicações na gravidez

Keywords

Mental disorders; Psychotropic drugs; Prevalence; Pregnant women; Depressive disorders; Pregnancy complications

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes.

Métodos: Estudo transversal realizado com 394 gestantes, selecionadas de forma aleatória e proporcional. Os dados foram coletados nos domicílios, com aplicação de questionário semiestruturado. Para a análise foi utilizada a regressão logística bivariada.

Resultados: Referiram diagnóstico de transtorno mental 51 gestantes (12,94%) e isto foi significativamente maior entre aquelas com idade entre 19 e 30 anos, sem companheiro, de cor branca, que estavam no segundo trimestre de gestação, tinha alguma doença crônica associada e foi internada na gestação atual. Nove delas faziam uso de psicofármacos, sendo os antidepressivos os mais utilizados.

Conclusão: A prevalência de transtornos mentais foi de 12,94% e os fatores associados foram: idade, situação conjugal, cor, trimestre de gestação, internação durante a gestação e doença crônica.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of mental disorders and associated factors in pregnant women.

Methods: Cross-sectional study with 394 pregnant women, randomly and proportionally selected. Data were collected during home visits, using a semi-structured questionnaire. Bivariate logistic regression was used for the analysis.

Results: A total of 51 pregnant women (12.94%) were diagnosed with mental disorder and this number was significantly higher among those between 19 and 30 years of age, unmarried, white skin colored, who were in the second trimester of pregnancy, had a chronic disease associated and had been hospitalized during the current pregnancy. Nine of them were taking psychotropic drugs, and antidepressants were the most commonly used drug.

Conclusion: The prevalence of mental disorders was 12.94% and the associated variables were: age, marital status, skin color, pregnancy trimester, hospitalization during pregnancy and chronic disease.

Autor correspondente

Danielle Satie Kassada
 Avenida dos Bandeirantes, 3900,
 Ribeirão Preto, SP, Brasil.
 CEP: 14040-902
 dskassada@usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500084>

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A saúde mental de mulheres grávidas não tem constituído foco de muitos estudos, o que pode estar relacionado com a crença popular de que a gravidez, via de regra é um período de bem-estar para as mulheres. Verifica-se maior ênfase aos transtornos mentais ocorridos no pós-parto imediato, os quais, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde.⁽¹⁾

Dados epidemiológicos apontam prevalência de transtornos mentais em até 20% das mulheres, sendo mais comuns os transtornos de humor e de ansiedade.⁽²⁾ Destarte, cerca de 10 a 15% das mulheres sofrem um episódio depressivo durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto. O período perinatal é o momento de maior risco para a manifestação de transtornos mentais em mulheres - sendo que aquelas com história prévia de transtorno mental apresentam maior risco de manifestações neste período.⁽³⁾

Os transtornos mentais durante a gestação podem estar relacionados às complicações obstétricas, pré-natal inadequado, pré-eclâmpsia,⁽⁴⁾ depressão e/ou ansiedade pós-parto⁽⁵⁾ e podem influenciar de forma negativa no crescimento e desenvolvimento infantil,⁽⁶⁾ além de contribuir para maior índice de desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão nas crianças geradas.⁽⁷⁾ Alguns fatores são associados ao transtorno mental como não trabalhar nem estudar, não ter companheiro, ter dois ou mais filhos, sofrer internações durante a gestação e usar drogas.^(1,2)

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes.

Métodos

Pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, realizada no município de Maringá - PR, Brasil, no período de janeiro a julho de 2012.

A população do estudo foram as 2.504 gestantes cadastradas nas 25 Unidades Básicas de Saúde localizadas na área urbana do município. O tama-

nho da amostra foi calculado considerando a prevalência de não ter transtorno mental em 50%, de modo a garantir a variabilidade máxima da amostra para um nível de confiança de 95% e erro de estimativa de 5%.

Mediante a estratificação proporcional definiu-se o número de gestantes a serem abordadas em cada uma das Unidades. As participantes foram selecionadas aleatoriamente, por sorteio eletrônico, realizado a partir da relação das gestantes cadastradas em cada Unidade Básica de Saúde.

O único critério de inclusão adotado foi ter idade gestacional menor que 42 semanas. Nos casos de não atendimento a este critério ou recusa em participar da pesquisa, foi realizada uma única substituição pelo próximo nome da lista, resultando em uma amostra de 394 gestantes efetivamente estudadas.

Os prontuários das gestantes selecionadas foram consultados para obtenção do contato telefônico e para identificar se elas atendiam ao critério de inclusão adotado. A coleta de dados foi realizada nos domicílios das gestantes, após contato telefônico prévio, por meio de entrevista semiestruturada.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário semiestruturado constituído por vinte questões que abordavam características sociodemográficas, condições de saúde, uso de drogas e psicofármacos e acompanhamento pré-natal. Os dados relacionados ao diagnóstico de transtorno mental e de uso de medicamentos foram confirmados com consulta aos prontuários nas respectivas Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, estas informações só foram consideradas para o estudo quando havia registro no prontuário, independente do fato de o diagnóstico ter sido estabelecido por médicos naquele ou em outro serviço.

A variável dependente foi relato de transtorno mental durante a gestação. As variáveis independentes foram: idade, anos de estudo, situação conjugal, ocupação, renda familiar, cor da pele, trimestre de gestação, número de filhos, gravidez planejada, aborto prévio, histórico de violência, uso de drogas, doença crônica, transtorno mental prévio, internação durante a gestação, participação em grupo

Resultados

de gestantes e orientação de profissional da saúde quanto ao transtornos mentais e/ou uso de psicofármacos durante a gestação.

Os dados foram compilados no software *Microsoft Excel* 2010, com migração posterior para software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 19.0). Para a análise dos dados realizou-se a análise univariada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e regressão logística bivariada. A medida de associação utilizada foi o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando $p\text{-value} < 0,05$ para os testes realizados.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Das 394 gestantes entrevistadas, 51 (12,94%) declararam ter transtorno mental durante a gestação e todos os casos foram confirmados na consulta aos prontuários. A média de idade das gestantes do estudo foi de 27,07 anos. Na tabela 1, observa-se que as variáveis sociodemográficas associadas ao transtorno mental foram: idade, situação conjugal e cor da pele.

Em relação às características de saúde e obstétricas, observou-se que mais da metade estava no segundo trimestre de gestação (55,84%), tinha até dois filhos (47,46%), não planejou a gravidez atual (59,90%), nunca teve aborto (84,01%) e nem usou drogas (81,74%). A maioria não tinha histórico de violência no decorrer de sua vida

Tabela 1. Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Básica segundo características sociodemográficas e transtorno mental durante a gestação

| Características | Transtornos mentais | | | <i>p</i> -value |
|-------------------|---------------------|-------------|---------------|-----------------|
| | Não n(%) | Sim n(%) | Total n(%) | |
| Idade | | | | 0,00** |
| Até 18 | 40(10,15) | 01(0,25) | 41(10,40) | |
| 19 a 30 | 205(52,03) | 36(9,14) | 241(61,17) | |
| 31 a 39 | 94(23,87) | 14(3,55) | 108(27,42) | |
| 40 ou mais | 04(1,01) | 00(0,00) | 04(1,01) | |
| Anos de estudo | | | | 0,52 |
| Até 4 anos | 08(2,02) | 00(0,00) | 08(2,02) | |
| De 5 a 8 | 99(25,13) | 21(5,33) | 120(30,46) | |
| De 9 a 11 | 194(49,24) | 26(6,60) | 220(55,84) | |
| 12 ou mais | 42(10,67) | 04(1,01) | 46(11,68) | |
| Situação conjugal | | | | 0,01** |
| Solteira | 63(15,99) | 21(5,33) | 84(21,32) | |
| União estável | 79(20,05) | 02(0,51) | 81(20,56) | |
| Casada | 195(49,49) | 28(7,11) | 223(56,60) | |
| Divorciada | 04(1,01) | 00(0,00) | 04(1,01) | |
| Viúva | 02(0,51) | 00(0,00) | 02(0,51) | |
| Ocupação | | | | 0,63 |
| Empregada | 197(50,00) | 24(6,10) | 221(56,10) | |
| Não-empregada | 146(37,05) | 27(6,85) | 173(43,90) | |
| Renda familiar | | | | 0,89 |
| Sem renda | 02(0,51) | 00(0,00) | 02(0,51) | |
| Até 1 SM* | 22(5,58) | 10(2,54) | 32(8,12) | |
| De 2 a 3 SM* | 220(55,84) | 27(6,85) | 247(62,69) | |
| De 4 a 5 SM* | 87(22,08) | 12(3,04) | 99(25,12) | |
| Mais que 5 SM* | 12(3,05) | 02(0,51) | 17(3,56) | |
| Cor | | | | 0,02** |
| Amarela | 20(5,08) | 02(0,51) | 22(5,59) | |
| Branca | 183(46,45) | 22(5,58) | 205(52,03) | |
| Negra | 14(3,55) | 09(2,28) | 23(5,83) | |
| Parda | 126(31,98) | 18(4,57) | 144(36,55) | |

*SM: Salário(s) Mínimo(s); ***p*-value significativo para o teste de Qui-quadrado de Pearson

Tabela 2. Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Básica segundo características de saúde e obstétricas e transtornos mentais durante a gestação

| Características | Transtornos mentais | | | <i>p</i> -value |
|--|---------------------|-------------|---------------|-----------------|
| | Não n(%) | Sim n(%) | Total n(%) | |
| Trimestre de gestação | | | | 0,00* |
| Primeiro | 55(13,96) | 16(4,06) | 71(18,02) | |
| Segundo | 196(49,75) | 24(6,09) | 220(55,84) | |
| Terceiro | 92(23,35) | 11(2,79) | 103(26,14) | |
| Número de filhos | | | | 0,11 |
| Nenhum | 142(36,04) | 24(6,09) | 166(42,13) | |
| Até 2 | 164(41,62) | 23(5,84) | 187(47,46) | |
| De 3 a 4 | 31(7,87) | 02(0,51) | 33(8,38) | |
| Acima de 4 | 06(1,52) | 02(0,51) | 08(2,03) | |
| Gravidez planejada | | | | 0,15 |
| Sim | 146(37,05) | 12(3,05) | 158(40,10) | |
| Não | 197(50,00) | 39(9,90) | 238(59,90) | |
| Aborto prévio | | | | 0,83 |
| Sim | 53(13,45) | 10(2,54) | 63(15,99) | |
| Não | 290(73,60) | 41(10,41) | 331(84,01) | |
| Vítima de violência | | | | 0,09 |
| Sim | 03(0,76) | 02(0,51) | 05(1,27) | |
| Não | 340(86,29) | 49(12,44) | 389(98,73) | |
| Transtorno mental prévio | | | | |
| Sim | 00(0,00) | 04(1,01) | 04(1,01) | 0,90 |
| Não | 343(87,06) | 47(11,93) | 390(98,99) | |
| Uso de drogas | | | | 0,86 |
| Sim | 60(15,22) | 12(3,04) | 72(18,26) | |
| Não | 283(71,84) | 39(9,90) | 342(81,74) | |
| Doença crônica | | | | 0,04* |
| Sim | 27(6,85) | 04(1,01) | 31(7,86) | |
| Não | 316(80,21) | 47(11,93) | 363(92,14) | |
| Internação durante a gestação | | | | 0,02* |
| Sim | 71(18,02) | 15(4,83) | 86(21,83) | |
| Não | 272(69,03) | 36(13,45) | 307(78,17) | |
| Participa de grupo de gestante | | | | |
| Sim | 129(32,74) | 33(8,38) | 162(41,12) | |
| Não | 214(54,31) | 18(4,57) | 232(58,88) | |
| Orientação de algum profissional da UBS sobre TM/Psicofármacos | | | | |
| Sim | 137(34,77) | 20(5,08) | 157(39,85) | |
| Não | 206(52,28) | 31(7,87) | 237(60,15) | |

**p*-value significativo para o teste de Qui-quadrado de Pearson

até o momento da pesquisa (98,73%), não tinha transtorno mental prévio (98,99%), não tinha doença crônica (91,12%) e ainda não havia sido internada durante a gestação atual (78,17%). Ademais, mais da metade delas não participava dos grupos de gestantes (58,88%) e não foi questionada e/ou orientada sobre transtornos mentais e uso de psicofármacos durante a gestação (60,15%). Na tabela 2 observa-se que, as características obstétricas e de saúde associadas ao transtorno mental foram: trimestre de gestação, doença crônica e internação durante a gestação.

Na análise de regressão logística bivariada as variáveis significativamente associadas à presença

de transtorno mental foram: idade, situação conjugal, cor da pele, trimestre de gestação, existência de doença crônica e internação por intercorrência clínica durante a gestação atual.

A análise de risco mostrou um *Odds Ratio* de 2,7 (IC 95%:1,47 - 4,90) para a variável idade, ou seja as gestantes com idade entre 19 a 30 anos apresentaram 2,7 vezes mais chances de ter transtorno mental quando comparadas às mulheres com até 18 anos. Aquelas com parceiro tinham redução de 33% na chance de ter transtorno mental do que as sem parceiro. A cor da pele negra foi considerada fator de proteção, pois reduziu a chance de ter transtorno mental em torno de 69%.

Em relação às condições clínicas e obstétricas, observou-se que as gestantes que estavam no terceiro trimestre apresentavam 41% menos chance de ter transtorno mental quando comparadas àquelas que estavam no primeiro e segundo trimestres.

As mulheres com doença crônica tiveram 3,1 (IC: 1,15-8,63) vezes mais chance de ter transtorno mental do que aquelas sem doença e as que já tinham sido submetidas à internação na gestação atual apresentaram 2,41 (IC: 1,12-5,18) vezes mais chance de ter transtorno mental do que aquelas sem internação.

Observou-se que a depressão foi o transtorno mental mais frequentemente relatado pelas mulheres (Tabela 3). Das 51 gestantes com transtorno mental apenas nove (17,68%) referiram o uso de psicofármaco, com destaque para os antidepressivos, utilizado por cinco mulheres, seguido por três mulheres que referiram consumo simultâneo de anticonvulsivantes e ansiolíticos e uma, que referiu usares estabilizador de humor.

Tabela 3. Relação dos transtornos mentais relatados pelas gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde

| Transtornos mentais | n(%) |
|---------------------------------------|-------------|
| Nenhum | 343(87,05) |
| Depressão | 34(8,62) |
| Ansiedade | 02(0,51) |
| Síndrome do Pânico | 02(0,51) |
| Transtorno de adaptação ao estresse | 02(0,51) |
| Transtorno Bipolar | 01(0,25) |
| Depressão e Ansiedade | 04(1,02) |
| Depressão e Síndrome do Pânico | 02(0,51) |
| Não soube especificar a doença mental | 04(1,02) |
| Total | 394(100,00) |

n=394

Em relação aos psicofármacos utilizados, a prescrição destes era realizada por clínicos gerais das UBS, porém ao identificar a gravidez realizaram mudanças na conduta medicamentosa. Das cinco gestantes que utilizavam antidepressivos, duas relataram o uso conjunto de Paroxetina (20mg ao dia) e Fluoxetina (20 mg ao dia), porém após o diagnóstico de gravidez, nos dois casos foi mantida a Fluoxetina e suspensa a Paroxetina; as outras três declararam o uso de Amitriptilina (25 mg ao dia) e este foi trocado por Fluoxetina para

uma e as outras duas tiveram a medicação suspensa durante a gestação. O anticonvulsivante utilizado foi a Carbamazepina (200 mg ao dia) juntamente com o Clonazepam (0,5 mg ao dia) por três gestantes; e a última gestante usava Carbonato de Lítio (300mg ao dia), como estabilizador de humor. Nestes quatro casos a medicação foi suspensa e todas as gestantes que estavam em uso de medicamentos, encaminhadas para avaliação psiquiátrica e acompanhamento do pré-natal de alto risco em serviço de referência.

Discussão

As limitações do estudo referem-se ao desenho transversal adotado, o qual não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito e, à possibilidade de viés de aferição, pois a utilização de entrevista como instrumento de coleta de dados fica sujeita à memória e à confusão dos entrevistados. Além disso, as entrevistas foram realizadas em diferentes períodos gestacionais, o que pode ter produzido dados subestimados em relação a algumas variáveis.

É importante ressaltar que, mesmo com os avanços decorrentes de políticas públicas que visam o acolhimento das pessoas com transtornos mentais, os resultados deste estudo podem favorecer a assistência ao período gestacional, à medida que sensibiliza e instrumentaliza os profissionais de saúde e, em especial, enfermeiros na elaboração de propostas educativas e intervenções a serem desenvolvidas junto às gestantes no âmbito da atenção primária.

A inexistência de manual específico que direcione as ações dos profissionais de saúde diante desta problemática, aponta a necessidade de indicativos que possam ser utilizados para subsidiar a assistência, bem como a de sensibilizar e capacitar os profissionais com vistas a uma abordagem mais adequada e eficaz destas questões durante o período gestacional.

Considerando que durante a gravidez as mulheres, via de regra, estão motivadas e preocupadas com a saúde do conceito, e consequentemente mais dispostas a reverem suas atitudes e a adotarem novos comportamentos em saúde. Deste modo, o pré-na-

tal constitui momento oportuno para se rastrear e abordar os transtornos mentais⁽⁸⁾ e o uso de psicofármacos por mulheres em idade fértil. O enfermeiro, pode realizar esse rastreamento por meio de instrumentos específicos, realizar o aconselhamento em saúde mental e, se necessário, encaminhar para um psiquiatra para tratamento.⁽⁹⁾

A prevalência de transtorno mental encontrada (12,94%) difere pouco de um estudo internacional realizado com gestantes no qual a prevalência foi de 17,4%,⁽¹⁰⁾ porém é muito menor do que o encontrado em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, que detectou prevalência de 41,7%.⁽¹¹⁾ Salienta-se que com o avanço científico em obstetrícia, os profissionais de saúde tem adquirido habilidades fundamentais para assistência às mulheres durante a gestação e puerpério,⁽¹¹⁾ todavia, a investigação de aspectos psíquicos nessa etapa da vida da mulher ainda é rara. Tal aspecto pode, em parte, justificar a menor prevalência de gestantes com transtorno mental identificada no presente estudo.

A situação conjugal da gestante sem companheiro esteve associada a maior prevalência de transtornos mentais, resultado semelhante ao obtido em estudo internacional.⁽¹⁰⁾ A ausência de companheiro constitui fator de risco para transtornos mentais, principalmente a depressão, devido a falta de suporte social do parceiro.⁽⁶⁾ O suporte social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, parece ser determinante para o bem-estar mental da gestante, visto que sua ausência tem sido associada à manifestação de sintomas depressivos na gravidez.^(12,13) Destarte, mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período.^(12,13) Contudo, a existência de problemas no relacionamento conjugal também parece estar associada à prevalência de transtornos mentais durante a gestação.⁽¹²⁾

O fato da cor da pele e o trimestre de gestação apresentarem associação com transtorno mental pode ser decorrente da homogeneidade da amostra, uma vez que apenas nove gestantes com transtorno mental eram negras e apenas onze gestantes estavam no terceiro trimestre de gestação. Destaca-se que não foi encontrado na literatura, referência a esta associação.

Quanto à associação de transtorno mental com doença crônica e internações durante a gestação, destaca-se que pessoas que têm transtorno mental, geralmente apresentam maiores índices de morbidade e intercorrências clínicas, não sendo diferente durante o período gestacional, o qual está associado à depressão puerperal, psicose puerperal, mortalidade infantil, déficit no desenvolvimento do bebê, dentre outros problemas.⁽¹⁴⁾

O uso de drogas de abuso não apresentou associação significativa com o transtorno mental, contudo, observou-se que o número de usuárias pode ser considerado relativamente alto, frente à condição de gravidez. Tal aspecto é relevante, pois além de o uso de drogas de abuso estar relacionado à maior predisposição para o desenvolvimento de transtornos mentais,⁽²⁾ também pode trazer consequências físicas para a gestante (trabalho de parto prematuro, descolamento de placenta, alterações neurológicas, entre outras) e para o bebê (prejuízos cognitivos e motores).⁽¹⁵⁾ Nesse contexto, destaca-se a importância do enfermeiro no preparo da equipe para acolhimento das necessidades específicas dessa gestante, pois as grávidas usuárias podem evitar o pré-natal e apresentar maior incidência de complicações clínicas e obstétricas.⁽¹⁶⁾

A depressão foi o transtorno mental mais frequentemente relatado, o que está de acordo com outros estudos nacionais e internacionais,^(6,10,17) sendo de grande relevância para a saúde pública. A carga emocional ocasionada pela depressão na gestante pode comprometer sua saúde física e mental, constituir fator de risco para depressão pós-parto, além de comprometer o desenvolvimento do feto.^(18,19) Ainda, a literatura revela que a presença deste transtorno durante a gestação aumenta o risco para complicações como a pré-eclampsia⁽¹⁴⁾ e parto prematuro.⁽²⁾

Quanto ao uso de psicofármacos observa-se que o grupo mais utilizado foi o de antidepressivos, conforme já observado em outros estudos com gestantes.^(2,10) Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina como a paroxetina e a fluoxetina têm sido relacionados com aborto espontâneo,⁽²⁰⁾ malformações,⁽²¹⁾ dentre outros. Entretanto, há controvérsias

sobre o impacto e o risco-benefício do uso desses medicamentos durante a gravidez.⁽²²⁾

Quanto aos outros psicofármacos, o Carbonato de Lítio e Carbamazepina são contraindicados durante a gestação, pois são teratogênicos, e estão associados com complicações maternas e neonatais.⁽²²⁾ O uso do carbonato de lítio (risco D) por exemplo, é associado com frequência a malformações, em particular cardiovascular – especialmente a anomalia de Ebstein –, e o seu uso é proibido no primeiro trimestre contudo, pode ser utilizado nos segundo e terceiro trimestres quando esgotadas outras possibilidades de tratamento.⁽²²⁾

A gravidez quando associada à presença de transtorno mental é caracterizada como sendo de alto risco em razão não somente da presença do transtorno em si, mas também da condição de risco social e emocional dessas mulheres. Por isso, torna-se importante a implantação de serviços especializados para o acompanhamento adequado dessa população. Deste modo, a atenção primária, como porta de entrada no sistema de saúde precisa estar apta para detectar precocemente os casos em que as gestantes necessitem de acompanhamento de profissionais de saúde mental, por meio de um pré-natal integral e qualificado.

Referências

1. Almeida MS de, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2):385-94.
2. Massachusetts General Hospital (MGH) Center for Women's Mental Health. *Psychiatric disorders during pregnancy* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10]. Available from: <http://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy>.
3. Inglis AJ, Hippman CL, Carrion PB, Honer WG, Austin JA. Mania and depression in the perinatal period among women with a history of major depressive disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(2):137-43.
4. Bansil P, Kuklina E, Meikle S, Posner SF, Kourtis AP, Ellington SR, et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J Womens Health*. 2010; 19(2):329-34.
5. Sidebottom AC, Hellerstedt WL, Harrison PA, Hennrikus D. An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(1):27-40.
6. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(1):5-14.
7. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(12):1312-9.
8. Claesson I, Josefsson A, Sydsjö J. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *BMC Public Health*. 2010; 10:766.
9. Honikman S, van Heyningen T, Field S, Baron E, Tomlinson M. Stepped care for maternal mental health: a case study of the Perinatal Mental Health Project in South Africa. *PLoS Med*. 2012; 9(5):e1001222.
10. Fisher J, Tran T, Tran Duc, Dwyer T, Nguyen T, Casey GJ, et al. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study. *J Affect Disord*. 2013; 146(2):213-9.
11. Sena CD de, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(3):523-29.
12. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton SS et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012; 90(2):139-49.
13. Muzik M, Marcus SM, Flynn H, Rosenblum KL. Depression during pregnancy: detection, comorbidity and treatment. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2011; 2(1):7-18.
14. Qiu C, Williams MA, Calderon-Margalit R, Cripe SM, Sorensen TK. Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *Am J Hypertens*. 2009; 22(4):397-402.
15. Dalen K, Bruaroy S, Wentzel-Larsen T, Laegreid LM. Cognitive functioning in children prenatally exposed to alcohol and psychotropic drugs. *Neuropediatrics*. 2009; 40(4):162-7.
16. Marangoni SR, Oliveira MLF de. Uso de crack por multípara em vulnerabilidade social: história de vida. Uso de crack por multípara em vulnerabilidade social: história de vida. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(1):166-72.

Conclusão

A prevalência de transtornos mentais durante a gravidez foi de 12,94%, sendo a depressão a patologia mais frequente e os fatores associados foram idade, situação conjugal, cor da pele, trimestre de gestação, internação durante a gestação e doença crônica.

Colaborações

Kassada DS, Waidman MAP (*In Memoriam*), Miasso AI e Marcon SS declararam que contribuíram com a concepção, desenvolvimento da pesquisa e interpretação dos dados, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

16. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, Horváth B. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr Danub.* 2013; 25(4):352-8.
17. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending public health in Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(12):2725-36.
18. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiquiatr Clin.* 2010; 37(5):216-22.
19. Einarson A, Choi J, Einarson TR, Koren G. Rates of spontaneous and therapeutic abortions following use of antidepressants in pregnancy: results from a large prospective database. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(5):452-6.
20. Malm H, Artama M, Gissler M, Ritvanen A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(1):111-2.
21. Udechukwu A, Nguyen T, Hill R, Szego K. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(11): 978-96.
22. Galbally M, Roberts M, Buist A, Perinatal Psychotropic Review Group. Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(11):967-77.