



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Maíra Falcone, Vanda; de Nóbrega Mäder, Custódia Virginia; Freitas Lima Nascimento,
Christianne; Mota Matos Santos, Joacira; de Nóbrega, Fernando José
Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes
Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 4, agosto, 2005, pp. 612-618
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240148015>

- 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

Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes

Multiprofessional care and mental health in pregnant women

Vanda Mafra Falcone, Custódia Virginia de Nóbrega Mäder, Christianne Freitas Lima Nascimento, Joacira Mota Matos Santos e Fernando José de Nóbrega

Centro de Promoção e Atenção à Saúde. Instituto de Ensino e Pesquisa. Hospital Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Mulheres grávidas. Sintomas afetivos. Depressão. Saúde mental. Complicações na gravidez. Equipe de assistência ao paciente.

Keywords

Pregnant women. Affective symptoms. Depression. Mental health. Pregnancy complications. Patient care team.

Resumo

Objetivo

Identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervir com grupos psicoprofiláticos e avaliar as possíveis alterações após intervenção.

Métodos

Foram atendidas 103 gestantes (71 adultas e 32 adolescentes) em programa comunitário no bairro Paraisópolis, na capital do Estado de São Paulo. Utilizaram-se os instrumentos: *Self Reporting Questionnaire* e *Beck Depression Inventory*. Foram realizados 10 encontros semanais, de duas horas de duração com abordagem no vínculo mãe/feto, em temas relacionados à gestante e ao bebê e esclarecimentos de dúvidas das gestantes. Para comparação da saúde mental antes e após intervenção, usou-se o teste do qui-quadrado (χ^2), aceitando-se como significante $p < 0,05$.

Resultados

Transtornos afetivos foram observados em 45 (43,7%) das gestantes antes da intervenção, e após, em 23 (22,3%). O impacto da intervenção sobre os transtornos afetivos foi estatisticamente significativo ($p = 0,001$). Já para a presença de depressão, antes da intervenção 21 (20,4%) gestantes apresentavam depressão, e após, 13 (12,6%), entretanto sem diferenças estatísticas significantes ($p = 0,133$).

Conclusões

A atuação multiprofissional no grupo de gestantes, tanto em adultas como em adolescentes, previne, detecta e trata transtornos afetivos presentes no período gravídico.

Abstract

Objective

To identify non-psychotic affective disorders in pregnant women, to intervene by means of psychoprophylactic groups, and to evaluate possible alterations following intervention.

Methods

One-hundred and three pregnant women (71 adults and 32 adolescents) were seen at a community program in the Paraisópolis neighborhood in the city of São Paulo, southeastern Brazil. We used the following instruments: *Self Reporting Questionnaire* and *Beck Depression Inventory*. Ten weekly two-hour meetings were held, addressing the link between mother and fetus and subjects related to mother and child, and answering mother's doubts. We used the chi-squared test (χ^2) to compare mental

Correspondência para/ Correspondence to:

Vanda Mafra Falcone
Centro de Promoção e Atenção à Saúde
Rua Manoel Antonio Pinto, 285 Paraisópolis
05659-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: penc@einstein.br

Trabalho desenvolvido no Centro de Promoção e Atenção à Saúde (CPAS), do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein, em parceria com a Empresa Nestlé Brasil Ltda.
Recebido em 27/11/2004. Reapresentado em 26/11/2004. Aprovado em 17/3/2005.

health before and after the intervention, with a significance level of $p < 0.05$.

Results

Affective disorders were found in 45 pregnant women (43.7%) before the intervention and in 23 (22.3%) after the intervention. The impact of the intervention on affective disorders was statistically significant ($p = 0.001$). Twenty-one women (20.4%) showed depression before the intervention, and 13 (12.6%) after the intervention, a non-significant difference ($p = 0.133$).

Conclusions

Multiprofessional care can prevent, detect, and treat affective disorders during pregnancy in both adults and adolescents.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e o seu papel sócio-familiar.

A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante.¹⁸

A depressão pós-parto é problema que afeta cerca de 10 a 15% de mulheres em muitos países, havendo um número expressivo de pesquisas na área.³ Estudos atuais sugerem que a depressão pré-natal pode ter sido negligenciada, havendo poucos estudos científicos que procuram identificar alterações psicológicas durante a gestação.¹³

Embora os resultados dos estudos sejam por vezes contraditórios e ainda insuficientes do ponto de vista epidemiológico, há sugestões documentadas de que fatores psicológicos podem acarretar complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, bem como para o conceito.¹² Particularmente, esses fatores podem ser o estresse vivencial e ansiedade, atuando principalmente durante a gravidez.

Zucchi,²³ em revisão sobre a depressão na gestação nos últimos 10 anos, encontrou dois grandes grupos de estudos. Aqueles que pesquisaram os fatores de risco para depressão na gravidez, como as dificuldades econômicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social; e os que buscaram associar a depressão como fator de risco para certos desfechos obstétricos, como prematuridade, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do bebê, ou mesmo a mortalidade neonatal.

Estudos recentes referem que a tensão da gestante estimula a produção de determinados hormônios que atravessam a barreira placentária atingindo o organismo do feto em desenvolvimento. Dessa maneira, alteram a própria composição placentária e do ambiente fetal.^{6,20}

É sabido que prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e futuramente o desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e futuramente provocar distúrbios afetivos na idade adulta.⁸⁻¹⁰

A atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar a interação de muitos fatores. Entre eles, a história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e qualidade da assistência. A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto.¹⁷

Os profissionais que atuam com gestantes devem vê-las com uma “concepção de pessoa humana”, procurar estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados. Não devem assumir uma posição superior, vendo as gestantes como pessoas indefesas, fracas e submissas. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança em relação às suas experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo.¹⁸ Portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente, deve incluir o cuidar da mulher grávida considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais.

Os fatores que geralmente influenciam negativamente no binômio materno-fetal têm sua gênese no período pré-concepcional ou pré-natal.¹⁷ Durante esse período, os serviços de saúde têm oportuni-

de de trabalhar adequadamente tais fatores, procurando contribuir para promoção de uma gestação mais saudável.

O objetivo da presente pesquisa foi identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervir com grupos psicoprofiláticos e avaliar as possíveis alterações após o impacto da intervenção.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em Paraisópolis, Estado de São Paulo, no Centro de Promoção e Atenção à Saúde (CPAS), vinculado a programa assistencial de um hospital. Esse centro desenvolve, entre outros, o Programa de Atenção à Gestante, utilizando grupos educativos, cujo objetivo é desenvolver um sistema de acompanhamento à gestante de baixa renda. Esse acompanhamento, realizado por equipe multiprofissional composta por enfermeiras, nutricionistas, pedagoga, psicólogas, fisioterapeutas, assistentes sociais e agentes comunitárias, consiste em complementar o pré-natal, por meio de monitoramento da gravidez, humanização do atendimento e fortalecimento da relação mãe-feto, considerando a saúde mental materna.

Fizeram parte da pesquisa 103 gestantes, sendo 71 adultas (idade igual ou maior a 20 anos) e 32 adolescentes (idade inferior a 20 anos), residentes em Paraisópolis e que procuraram o CPAS. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

As avaliações foram realizadas individualmente, no momento de admissão e do término da participação da gestante no grupo, por psicólogas e pedagoga previamente treinadas.

Foram utilizados dois instrumentos para avaliar a saúde mental da gestante. Um deles, o Questionário de Auto-informação (*Self Reporting Questionnaire - SRQ*), identifica distúrbios não psicóticos na comunidade,¹⁹ e teve como ponto de corte 7/8. O outro, a versão portuguesa do Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*) é constituído de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, com quatro subitens cada. Os subitens caracterizam a gravidade, sendo que: respostas entre 16 e 20, diagnosticam disforia; acima de 20, depressão.^{2,7} O ponto de corte utilizado foi 20 para diagnóstico de depressão.

Em função dos resultados obtidos nas avaliações, foi realizado um plano específico de atendimento às gestantes. Nos casos onde se observou grávida-

de, a gestante foi encaminhada/para atendimento individual ou em grupo, tratando-se os conflitos emergentes.

Os grupos psicoprofiláticos aconteceram durante 10 encontros semanais, com duas horas de duração, divididos em: 40 min para abordagem do vínculo mãe/feto, sob a coordenação de psicóloga e pedagoga. Os temas abordados para o desenvolvimento e/ou reforço do vínculo mãe/feto foram:

- *Relaxamento* – exercícios de relaxamento com músicas específicas, a fim de propiciar bem estar físico e psíquico, aumentar a disposição e concentração da gestante.
- *Automassagem* – a gestante foi orientada a utilizar recursos como: bolinha de tênis e/ou óleo, suas próprias mãos, passando pelo corpo, massageando a barriga, estimulando o contato dela com o feto e aliviando tensões.
- *Massagem do bebê* – fundamentada na técnica de Shantalla.¹⁴ Vivência da massagem com boneco abordando a importância desta técnica para o desenvolvimento e saúde do bebê e a aproximação entre mãe e filho.
- *Cantigas de ninar* – foram cantadas músicas da infância e parlendas populares estimulando as gestantes a reviver experiências infantis. As gestantes ganharam um livro de canções de ninar elaborado pelos profissionais para utilizar durante os encontros do grupo.
- *Dinâmicas para se trabalhar sentimentos e dúvidas que emergem na gestação* – temas discutidos no grupo a fim de diminuir ansiedade e angústia da gestante frente a eles.
- *Relação entre mãe e conceito* – este tema foi abordado por meio de técnicas específicas favorecendo a percepção e valorização dos movimentos feitos. A partir desse momento, instalam-se na mãe, os sentimentos de personificação do feto, atribuindo a ele características pessoais de acordo com a interpretação desses movimentos.¹⁸
- *Função do pai* – discutiu-se a importância da função paterna para o conceito/bebê e para a gestante/mãe.

Em seguida, eram destinados 60 min para discussão de temas relacionados à gestação, parto e pós-natal mediato, com equipe interdisciplinar: alimentação na gestação (nutricionista); aspectos psicológicos presentes no parto e pós-parto (psicóloga); aleitamento materno (nutricionista); método integrado de massagem (pedagoga); modificações no organismo materno, corpo e desenvolvimento fetal, preparo para o parto, cuidados no pós-parto e cuidados básicos com o bebê (enfermeira); ser mãe e o papel do pai na gestação (assistente social).

Tabela 1 - Avaliação dos transtornos afetivos realizada antes e após a intervenção interdisciplinar no grupo de gestantes adultas e adolescentes, de acordo com Questionário de Auto-informação.*

Transtornos afetivos	Antes da intervenção		Depois da intervenção		χ^2
	N	%	N	%	
Adultas (N=71)					
Sem transtornos	38	53,5	53	74,7	p=0,008
Com transtornos	33	46,5	18	25,3	
Adolescentes (N=32)					
Sem transtornos	20	62,5	27	84,4	p=0,047
Com transtornos	12	37,5	5	15,6	
Total (adultas e adolescentes N=103)					
Sem transtornos	58	56,3	80	77,7	p=0,001
Com transtornos	45	43,7	23	22,3	
Comparação					
Presença de transtornos afetivos entre adultas e adolescentes					p=0,657

*Self Reporting Questionnaire

Na sessão 'tira-dúvidas', eram destinados 20 min e a enfermeira esclarecia dúvidas sobre a saúde da gestante e do conceito.

Para análise da comparação dos resultados da saúde mental antes e após intervenção utilizou-se o teste do qui-quadrado de Mantel-Haenszel, aceitando-se como significativa $p < 0,05$.¹

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a alta prevalência de transtornos afetivos em gestantes adultas (46,5%) e em adolescentes (37,5%) observada no diagnóstico inicial. Após o trabalho multiprofissional realizado com as gestantes, observou-se queda na prevalência de transtornos afetivos: adultas (25,3%) e adolescentes (15,6%), com diferenças estatisticamente significantes antes e após a participação das gestantes adultas ($p \leq 0,009$) e adolescentes ($p = 0,047$) no Programa de Atenção à Gestante. Quando se comparou a presença de transtornos afetivos em adultas e adolescentes não se observaram diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,657$).

De acordo com a Tabela 2, houve queda na prevalência de depressão em gestantes adultas e adolescentes após intervenção multidisciplinar, porém sem diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,254$ e $p = 0,320$, respectivamente). Ao comparar a presença de depressão, nota-se que não houve diferenças esta-

tisticamente significantes entre as participantes adultas e adolescentes ($p = 0,876$).

DISCUSSÃO

A gravidez pode ser um fator gerador de ansiedade a mais, tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento das perturbações emocionais.

A literatura indica que entre os problemas relacionados à gravidez, há grande ocorrência de distúrbios de humor, psicóticos ou não. Pesquisas indicam que os transtornos psiquiátricos ocorridos durante a gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogênea.^{12,16} Esses transtornos incluem desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante, o feto e às vezes, até ao companheiro. Atualmente, a exemplo da maioria dos problemas de saúde, eles devem ser compreendidos dentro de uma abordagem multifatorial.¹⁶

A utilização, no presente estudo, de dois instrumentos de avaliação (SRQ e BDI), seguiu prática corrente na pesquisa epidemiológica em saúde mental. Em pesquisas populacionais, procura-se reduzir, por meio de instrumentos estruturados, o grau de subjetividade na coleta e na interpretação dos dados.¹⁵ O contrário ocorre na clínica, onde a experiência e a intuição do profissional são extremamente valorizadas.

Tabela 2 - Avaliação da depressão realizada antes e após a intervenção interdisciplinar no grupo de gestantes adultas e adolescentes, de acordo com Inventário de Depressão de Beck.*

Depressão	Antes da intervenção		Depois da intervenção		χ^2
	N	%	N	%	
Adultas (N=71)					
Sem depressão	57	80,3	62	87,3	p=0,254
Com depressão	14	19,7	9	12,7	
Adolescentes (N=32)					
Sem depressão	25	78,1	28	87,5	p=0,320
Com depressão	7	21,9	4	12,5	
Total (adultas e adolescentes N=103)					
Sem depressão	82	79,6	90	87,4	p=0,133
Com depressão	21	20,4	13	12,6	
Comparação					
Presença de depressão entre adultas e adolescentes					p=0,876

*Beck Depression Inventory

No presente trabalho, utilizando-se o SRQ, verificou-se que a prevalência de transtornos afetivos em gestantes adultas e em adolescentes, foi equivalente a encontrada no estudo realizado por Mari¹⁹ em três centros urbanos de atenção primária de saúde, entre a população de baixa renda do Estado de São Paulo. Isso denota que a gravidez provoca na mulher alterações no humor, que desequilibram seu estado emocional e possivelmente dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-feto. Dessa maneira, impossibilita que a gestante perceba o desenvolvimento do feto e todas as suas reações frente aos estímulos sensoriais e afetivos.

Jadresic et al,¹¹ estudaram prospectivamente os transtornos emocionais na gravidez e no puerpério de 108 mulheres chilenas. Utilizando o *Cuestionario de Selección de Depresión* (CSD-20) observaram 35,2% de prevalência de transtornos emocionais na gestação e 48,1% quando investigadas entre dois e três meses pós-parto.

No presente estudo, após a realização do trabalho interdisciplinar, observou-se a queda da prevalência de transtornos afetivos, com diferença estatisticamente significativa, entre antes e após a participação da gestante ao grupo. O mesmo ocorreu ao se analisar em separado as gestantes adultas e as adolescentes. Pode-se inferir que tanto a participação das adolescentes como a das adultas no Programa de Atenção à Gestante, contribui para diminuir os transtornos afetivos, freqüentemente presentes no período gravídico.

Os quadros depressivos observados por meio do BDI, mostraram uma grande semelhança com estudos realizados em outros países. A prevalência encontrada no presente trabalho foi praticamente a mesma encontrada no estudo de Ortega et al²¹ com 360 mulheres mexicanas, entre 20 e 34 anos. Por meio de testes psicológicos, entre eles, a Escala de Depressão Perinatal de Edinburgh (EPDS), os autores encontraram que 21,7% das mulheres da amostra estariam experimentando “um provável episódio depressivo”. Em outro estudo,²² também no México, constatou-se 38,9% de depressão em 59 adolescentes gestantes com idade entre 14 a 19 anos, utilizando o BDI. Essa prevalência foi maior do que a encontrada para as adolescentes do presente estudo, tanto antes como após a entrada no programa. Embora tenha sido o mesmo instrumento, essa diferença talvez possa ser explicada pelo ponto de corte de 14 ou mais utilizado pela outra pesquisa, enquanto que o ponto de corte aqui adotado foi de 20 ou mais.

Da-Silva et al³ por meio do EPDS, encontraram 37,9% de depressão em gestantes no terceiro trimes-

tre de gestação, adultas e de baixa renda do Rio de Janeiro. Já, Freitas & Botega,⁵ estudando 120 adolescentes grávidas, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de Piracicaba, SP, encontraram 20,8% de depressão, ao utilizar a sub-escala da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Essa prevalência foi equivalente à encontrada no presente estudo, antes da intervenção.

Ao avaliar o impacto do grupo psicoprofilático na depressão gestacional, no grupo de adultas e adolescentes, verificou-se queda na prevalência, porém sem diferenças estatisticamente significantes. Entretanto, o grupo colaborou para manter a prevalência abaixo dos percentuais encontrados em outros estudos. Além da depressão, outro transtorno afetivo bastante presente durante a gestação é a ansiedade. Talvez por esse motivo não foi possível diminuir significativamente os percentuais de depressão, e sim dos transtornos afetivos diagnosticados pelo SRQ, que contém itens de depressão e ansiedade.

Uma das limitações do presente trabalho refere-se à ausência de um grupo controle, o que poderia trazer resultados mais consistentes. Entretanto, a equipe afastou tal possibilidade face a aspectos éticos. Todas as gestantes que procuram os grupos e que preenchem os requisitos necessários de ingresso participaram da intervenção multiprofissional. Isso torna impossível construir um grupo controle na instituição onde a pesquisa foi realizada. Assim, propôs-se estudar o antes e depois, para avaliar a atuação das intervenções, mesmo com essa ressalva. Conforme Luís & Oliveira,¹⁶ os transtornos da gravidez acabam agrupando quadros patológicos com sintomatologias variadas. Os transtornos dependem da morbidade psiquiátrica anterior, da associação com problemas orgânicos e das condições da própria vivência da gravidez causadora, por si só, de alterações do humor enquanto função mental.

O método psicoprofilático com o uso do processo educativo para gestantes, além de oferecer informações, causa alívio, em relação ao aspecto emocional, pois atua como uma orientação antecipada. Essa técnica é utilizada na intervenção de crises, com o objetivo de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível, de maneira mais saudável, por meio do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego. As pessoas que conseguem expressar abertamente seus sentimentos negativos parecem ter melhores condições de elaboração mental dos mesmos.¹⁸

Os grupos de gestantes formados para orientação devem prever momentos para que a gestante possa

expor sem receio seus sentimentos e medos no grupo, ou numa interação individual com os profissionais. As gestantes que tomam consciência de sua rejeição à gravidez, passam a tomar maiores cuidados, seja isso decorrente da compreensão adquirida ou da maior atenção e interesse dispensado pela família e equipe de saúde, a partir do momento em que ela verbaliza sua rejeição.¹² Ressalta-se, mais uma vez, que a mulher, durante a gestação, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social e propensa a sentimentos de culpa e ambivalência em relação à criança.

A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento, é o requisito mais importante para a ação preventiva. Por meio da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico.

Para Sabino, citado por Evers,⁴ alguns momentos de relaxamento equivalem a horas de sono, gerando disposição e ânimo. Essa reposição de energias alivia as tensões diárias, ansiedades e a irritabilidade. As pessoas, em estado de relaxamento físico, ficam conseqüentemente abertas para o relaxamento mental. A gestante, quanto mais se concentra em si mesma e nos seus processos internos, supera mais facilmente suas ansiedades e entra em sintonia com o bebê. A mãe que transmite para o bebê seu amor alimenta a sua auto-estima, faz com que ele se sinta merecedor de ser amado e possa amar intensamente. O relaxamento e a massagem ajudam a gestante a superar as suas ansiedades ou minimizá-las, para que consiga encontrar o melhor caminho para viver a gestação com mais equilíbrio e ter um parto tranquilo.

O cuidado à gestante também, por meio de música, auxilia a descobrir suas transformações, pode amenizar a angústia, o medo e ansiedade gerados diante do período gestacional e momento do parto. Segundo Maldonado,¹⁸ recém-nascidos acalmam-se quando escutam os batimentos cardíacos da mãe ou músicas que costumavam ouvir quando estavam no ventre materno. Cantar para o filho, desde a época da gestação é, portanto, um modo importante de estabelecer contato, assim como movimentos de embalar, contato com a água morna, massagens suaves no corpo do bebê também evocam lembranças agradáveis do ambiente pré-natal e promovem um grande bem-estar. Experiências agradáveis ficam registradas no psiquismo do feto.

Um bom vínculo mãe-feto constitui a melhor proteção contra os perigos do mundo exterior e seus efeitos não são limitados ao período intra-uterino. Essa ligação determina o futuro da relação mãe-filho, importante para a diminuição dos índices de morbi-mortalidade materno-fetal e o desenvolvimento da criança.

Durante a gestação, propõe-se intervenção mais humana e harmônica entre os profissionais e as gestantes. Deve-se propiciar à família, um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna.

O atendimento pré-natal de gestantes realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, revelou-se excelente oportunidade para, prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Altman DG. Comparing groups-categorical data. In: Altman, DG. *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman & Hall; 1999. p. 229-76.
2. Alvarado RM, Aldo VC, Monardes J, Rojas M, Olea E, Neves E. El inventario de Depresión de Beck en los cuadros depresivos del embarazo y del posparto. *Rev Psiquiatr* 1993;10:4-13.
3. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31:799-804.
4. Evers EC. *Vivendo a gravidez em harmonia*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1999. p. 42.
5. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:245-9.
6. Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *Br J Psychiatry* 1997;171:105-6.
7. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho, AHG, Tung TC, Artes A. Psychometric properties of the Portuguese version of the Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol* 1999;55:553-62.
8. Harrington R. Causal processes in development and psychopathology. *Br J Psychiatry* 2001;179:93-4.

9. Harrington R. Developmental continuities and discontinuities. *Br J Psychiatry* 2001;179:189-90.
10. Isohanni M, Jones P, Kempainen L, Croudace T, Isohanni I, Rasanen S et al. Childhood and adolescent predictors of schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort - a descriptive life-span model. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:311-9.
11. Jadresic VE, Jara VC, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1992;30:99-106.
12. Kerr-Corrêa F, Fávero RV. Complicações obstétricas: fatores maternos, psicológicos e sociais. *Rev ABP-APAL* 1991;13:143-51.
13. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Stress and puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1991;158:290-1.
14. Leboyer F. Shantala: uma arte tradicional de massagens para bebês. São Paulo: Ground; 1989. p. 11-151.
15. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-86.
16. Luis MAV, Oliveira ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev Esc Enfermagem USP* 1998;32:314-24.
17. Mäder CVN, Nascimento CL, Spada PV, Nóbrega FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. *Rev Paul Pediatr* 2002;5:236-40.
18. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 1997. p. 229.
19. Mari J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo-issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry* 1987;22:129-38.
20. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502-8.
21. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalência de depressión, através de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprodut Hum* 2001;15:11-20.
22. Villanueva LA, Perez Fajardo MM, Iglesias LF. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:143-8.
23. Zucchi, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistomológicos da investigação. *Cad Saúde Pública* 1999;5:89-97.