



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

TAYLA RAMILLE DOS REIS SOUSA

**GESTÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

ALTAMIRA
2024

TAYLA RAMILLE DOS REIS SOUSA

**GESTAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof^a. Me. Helane Conceição Damasceno
Coorientador: Prof. Me. Denis Vieira Gomes Ferreira

ALTAMIRA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R375g Reis Sousa, Tayla Ramille dos.
GESTAÇÃO E SAÚDE MENTAL : UM ESTUDO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA. / Tayla Ramille dos Reis Sousa. — 2024.
57 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. MSc. Helane Conceição Damasceno
Coorientador(a): Prof. Me. Denis Vieira Gomes Ferreira Trabalho de
Conclusão (Graduação) - Universidade Federal do
Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de Medicina, Altamira,
2024.

1. saúde mental. 2. gestação. 3. pré-natal. 4. Altamira. I. Título.

TAYLA RAMILLE DOS REIS SOUSA

**GESTAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

Banca examinadora

Prof^a. Me. Helane Conceição Damasceno
(Orientadora – UFPA)

Prof. Me. Denis Vieira Gomes Ferreira
(Coorientador – UFPA)

Prof. Dr. José Rogério Souza Monteiro
(Examinador interno – UFPA)

Prof^a. Me. Ilka Lorena de Oliveira Farias
(Examinadora interna – UFPA)

ALTAMIRA
2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pelo dom da vida e por ser minha fonte diária de força, até aqui Ele me sustentou. À nossa senhora de Nazaré pelas intercessões e graças alcançadas ao longo desses anos de graduação.

Aos meus pais, Maria do Socorro e Francisco de Assis, por serem meu fiéis companheiros ao longo de toda minha jornada educativa e por sempre acreditarem em mim. Às minhas irmãs, Sterfany e Ranna, que me incentivam e compartilham desse sonho comigo. Vocês são meu alicerce e minha motivação diária, obrigada por tanto amor e confiança depositados em mim.

Agradeço, também, a todos os meus amigos que se tornaram minha segunda família em Altamira. Em especial à Naiara Viana e Daniele Castro, que foram meu suporte em vários momentos de inseguranças e incertezas.

À minha orientadora Prof^a. Me. Helane Conceição Damasceno e ao meu coorientador Prof. Me. Denis Vieira Gomes Ferreira, meu sincero agradecimento por terem acreditado no potencial deste trabalho e terem guiado o processo para conclusão desta etapa tão importante.

Por fim, apenas gratidão a todas as pessoas que torcem por mim e fazem parte da minha trajetória na medicina.

“A felicidade pode ser encontrada mesmo nas horas mais sombrias se lembrarmos de acender a luz.”

(Albus Dumbledore)

RESUMO

Introdução: Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentam uma sintomatologia variada; tais quadros podem ser confundidos com manifestações emocionais características do período gestacional. Mulheres inseridas em contextos de fragilidades na gravidez estão propensas a apresentar exacerbações sintomatológicas, gerando quadros de ansiedade e depressão, o que pode aumentar a probabilidade de desfechos desfavoráveis para a mãe e o bebê. **Objetivo geral:** Avaliar a saúde mental de gestantes assistidas na Atenção Primária do município de Altamira-PA. **Metodologia:** O estudo é do tipo transversal, quantitativo e descritivo. A amostra incluiu 153 gestantes com idade > 18 anos, que assinaram o TCLE, de 12 Unidades de Saúde da Família do município de Altamira. Utilizou-se um formulário próprio e o SRQ-20 para rastreamento de transtornos mentais. Os dados foram analisados estatisticamente para identificar associações entre sofrimento mental e as variáveis estudadas. **Resultados:** A pesquisa revelou que 52,94% apresentaram um escore ≥ 7 no SRQ-20, sendo os fatores de risco mais associados: presença de medo na gestação, histórico de adoecimento mental prévio, ter sofrido algum tipo de violência ou ter tido um evento traumático recente. **Conclusão:** Há uma alta prevalência de provável adoecimento psíquico durante a gestação no município e há fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desse sofrimento.

Palavras-Chave: saúde mental; gestação; pré-natal; Altamira.

ABSTRACT

Introduction: Common Mental Disorders (CMD) exhibit varied symptoms; such conditions can be confused with the gestational period, which is filled with changes. Women in vulnerable contexts during pregnancy are prone to symptomatic exacerbations, leading to anxiety and depression, which may increase the likelihood of unfavorable outcomes for both mother and baby. **General Objective:** To assess the mental health of pregnant women receiving care in Primary Health Care in Altamira-PA. **Methodology:** The study is cross-sectional, quantitative, and descriptive. The sample included 153 pregnant women over the age of 18 who signed the Informed Consent Form (ICF), from 12 Family Health Units in Altamira. A specific questionnaire and the SRQ-20 were used to screen for mental disorders. The data were statistically analyzed to identify associations between mental distress and the studied variables. **Results:** The research revealed that 52.94% had a score ≥ 7 on the SRQ-20, with the most associated risk factors being: fear during pregnancy, a history of previous mental illness, experiencing some form of violence, or having had a recent traumatic event. **Conclusion:** There is a high prevalence of probable mental health issues during pregnancy in the municipality, with risk factors contributing to this distress.

Keywords: mental health; pregnancy; prenatal care; Altamira.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes pesquisadas.....	29
Tabela 2 – Perfil obstétrico das gestantes pesquisadas.....	30
Tabela 3 – Perfil da saúde mental das gestantes pesquisadas.....	32
Tabela 4 – Fatores sociodemográficos associados ao adoecimento mental.....	35
Tabela 5 – Fatores gestacionais associados ao adoecimento mental.....	36
Tabela 6 – Fatores da saúde mental associados ao adoecimento mental.....	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL.....	16
3.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PSÍQUICAS NA GESTAÇÃO.....	17
3.3 DEFINIÇÕES.....	18
3.4 ESTIMATIVA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA GESTAÇÃO.....	20
3.5 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS MATERNOS.....	20
3.6 CONSEQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO.....	22
3.7 TRIAGEM DE TMC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	23
4. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	25
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.5 BENEFÍCIOS E RISCOS.....	26
4.6 COLETA DE DADOS.....	26
4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	27
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5. RESULTADOS.....	29

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	29
5.2 PERFIL OBSTÉTRICO.....	30
5.3 HISTÓRIA ANTERIOR E SAÚDE MENTAL.....	31
5.4 RESULTADOS SRQ-20	33
5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS	34
6. DISCUSSÃO.....	38
6.1 PREVALÊNCIA.....	38
6.2 TMC E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	38
6.3 TMC E PERFIL OBSTÉTRICO.....	40
6.4 TMC E HISTÓRIA DE SAÚDE MENTAL.....	42
7. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	46
APÊNDICE A.....	52
APÊNDICE B.....	53
ANEXO A.....	54
ANEXO B.....	55
APÊNDICE C.....	57

1. INTRODUÇÃO

O adoecimento mental tem sido relatado como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade tendo em vista que - apesar do número crescente de casos - apresenta etiologia multifatorial e ainda é permeado pelo fenômeno do estigma social (Nascimento et al., 2021). Nesse contexto, muitas pessoas que enfrentam problemas psicológicos evitam falar de suas condições ou buscar ajuda médica, ocasionando dificuldades no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento do sofrimento psíquico (Cassiano; Marcolan; Silva, 2019).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) podem apresentar uma sintomatologia variada, desde queixas inespecíficas a sintomas como dores de cabeça, irritabilidade e fadiga. Tais quadros podem ser confundidos com manifestações do cotidiano ou com determinado ciclo como, por exemplo, a gestação (Fonseca; Guimarães; Vasconcelos, 2008).

Ao abordar a mulher grávida sabe-se que, apesar do período gestacional ainda ser visto socialmente como um estágio de bem-estar geral sob a ótica romântica (Kliemann; Böing; Crepaldi, 2017), a gestação não é marcada por plenitude, mas por grandes transformações. O corpo feminino passa por ajustes anatômicos e fisiológicos para abrigar o novo ser humano em desenvolvimento. Contudo, somadas às mudanças corporais, a gravidez também pode ser marcada por inúmeras alterações psicológicas, as quais desencadeiam momentos de labilidade emocional que comprometem o pleno bem-estar materno (Nogueira; Mendonça, 2015).

Com tais transformações, algumas mulheres inseridas em contextos de fragilidades durante a gravidez podem apresentar a exacerbação dessa sintomatologia, ocasionando quadros de ansiedade e também episódios depressivos (Maldonado, 2013).

Dentre essas conjunturas de vulnerabilidades, Lima, Barbosa e Araújo (2020) destaca como principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na gestação: vulnerabilidade socioeconômica, ausência de apoio familiar, situação de violência pelo parceiro, gravidez não planejada e histórico depressivo prévio.

Como consequência disso, a presença de estressores na gravidez pode causar distúrbios gestacionais que culminam em resultados desfavoráveis para a saúde da mãe e do bebê. A ansiedade e a depressão no período perinatal aumentam a probabilidade de desenvolvimento de eclâmpsia, submissão a cesariana de emergência, partos prematuros e baixo peso ao nascimento (Rejnö et al., 2019).

Além disso, a presença de transtornos mentais não psicóticos durante o período gestacional pode influenciar no aparecimento de vícios maternos e diminuir o seguimento das consultas pré-natais. Segundo Costa et al. (2018):

“Pesquisas identificaram prevalência de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15% e ansiedade em torno de 20%; esses quadros não tratados durante a gravidez aumentam também o risco de exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência às consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal”.

1.1 JUSTIFICATIVA

Apesar de todo o contexto de prevalência e riscos do adoecimento mental na gestação, a realidade das assistências pré-natais no Brasil ainda prioriza apenas a saúde física. A investigação da saúde mental da gestante é menosprezada por boa parte dos profissionais, uma vez que as ações em saúde ainda são pautadas pelo modelo da ciência tradicional o qual define bem-estar como a ausência de doença visível, refletindo na desvalorização das afecções psicológicas (Kliemann; Böing; Crepaldi, 2017).

Costa et al. (2018) aponta que a identificação de transtornos mentais e suas causas em gestantes constitui um desafio no contexto da atenção básica brasileira. Tal determinante é evidenciado no município de Altamira-PA, posto que – apesar de atender mais de 2000 gestantes todos os anos, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) - não há estudos e programas específicos que visem compreender e cuidar da saúde mental dessas mulheres na região.

Diante desse prisma, compreende-se que o período gestacional não é um momento de plena felicidade e satisfação, mas permeia múltiplas modificações psíquicas que envolvem a alteração da sua percepção diante da unidade familiar e as mudanças corporais vivenciadas com o crescimento fetal (Gandolf et al., 2019). Nesse sentido, estimar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns na gestação e identificar seus fatores de risco mostram-se essenciais para melhorar o entendimento dessa problemática e possibilitar melhores assistências e intervenções para as gestantes com suscetibilidade ou manifestação de adoecimento mental na região. “O conhecimento dos determinantes sociais e econômicos da saúde mental é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação das políticas de saúde

numa perspectiva de saúde pública” (Alves; Rodrigues, 2010).

Ao discorrer sobre a região Norte no que concerne a temática, nota-se que a pesquisa e o entendimento sobre adoecimento mental na gravidez são mais escassos. Há uma prevalência de estudos que englobam majoritariamente áreas das regiões Sul e Sudeste, o que impossibilita as comparações inter-regionais para análise da prevalência de transtornos mentais comuns frente às diferenças culturais e socioeconômicas brasileiras no período gestacional.

Dessa forma, a proposta deste estudo em avaliar a saúde mental de gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) corroborará para o enriquecimento de dados epidemiológicos acerca do adoecimento mental durante o período gravídico da região Norte do Brasil, sendo o primeiro estudo relacionado a pesquisa dessa temática na Região do Xingu.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a saúde mental de gestantes assistidas em Unidades de Saúde da Família do município de Altamira-PA.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Estimar a prevalência de sofrimento mental em gestantes atendidas na atenção básica de saúde por meio da aplicação de escala de triagem.
- ✓ Descrever o perfil das gestantes assistidas na atenção primária por meio de condições socioeconômicas, parâmetros gestacionais e antecedentes psíquicos.
- ✓ Identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de sofrimento mental durante o período gestacional.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

Ao longo de cada semana da gestação, o feto experimenta avanços cruciais em seu desenvolvimento. Desde o momento da concepção até o nascimento, uma sucessão de etapas importantes molda sua jornada, envolvendo o amadurecimento dos órgãos vitais, a formação dos sistemas corporais, o crescimento físico e o aprimoramento das habilidades motoras (Guyton, 2017, p. 1071-1073).

Do ponto de vista clínico, a gravidez é segmentada em três períodos de três meses, denominados trimestres. Ao concluir o primeiro trimestre, os principais sistemas do feto já estão formados. Durante o segundo trimestre, o feto atinge um tamanho notável, no qual a maioria dos principais defeitos congênitos pode ser identificada utilizando a ultrassonografia. No início do terceiro trimestre, o feto alcança um estágio de desenvolvimento que lhe permite sobreviver caso nasça prematuramente (Moore, 2016, p. 131).

No Brasil, é preconizado para todas as gestantes uma assistência de qualidade visando uma gravidez saudável e a redução de riscos para a saúde da mãe e do bebê. Com isso, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes para o pré-natal mediante o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece assistência pré-natal gratuita e universal para todas as gestantes (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda uma captação precoce da gestante, de forma a iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizar um mínimo de 6 consultas para uma gestação de baixo risco, com alternância entre o acompanhamento por médicos e enfermeiros (Brasil, 2012).

A organização dos procedimentos de cuidado durante o pré-natal, incluindo a classificação do risco obstétrico, desempenha um papel crucial na redução da mortalidade materna. Essa estratificação de risco obstétrico tem como objetivo prever quais gestantes têm maior probabilidade de enfrentar problemas de saúde, melhorar a distribuição de recursos e permitir uma assistência adequada (Brasil, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação do risco gestacional deve começar desde a primeira consulta pré-natal e ser um processo dinâmico e contínuo, sendo reavaliada em cada consulta subsequente. Dentro das estratificações, um antecedente clínico de depressão e/ou ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso apresenta-se como risco intermediário, o que requer uma maior atenção à saúde mental dessa mulher durante todo o

acompanhamento e integralização com uma equipe multidisciplinar especializada quando necessário (Brasil, 2022).

3.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PSÍQUICAS NA GESTAÇÃO

Durante a gravidez, o corpo da mulher passa por grandes transformações anatômicas e funcionais resultantes de alterações em níveis moleculares, celulares, bioquímicos, teciduais e hormonais. Essas mudanças visam principalmente a adaptação às exigências implicadas no desenvolvimento de um novo ser humano dentro do corpo materno (Zugaib, 2016, p. 154)

As adaptações acontecem gradual e continuamente ao longo de todo o período gestacional e são influenciadas naturalmente por diversos fatores, como a idade, histórico gravídico, o estado físico e nutricional da mulher, entre outros. As mudanças vão desde ajustes específicos, como no útero e nas glândulas mamárias, até mudanças em todo o sistema, como no sistema cardiovascular, digestivo, respiratório, sanguíneo e endócrino. Essas alterações acabam sendo revertidas gradativamente no período pós parto (Carrillo-mora et al., 2021).

As rápidas adaptações são desencadeadas principalmente por aumentos significativos na produção hormonal, que incluem principalmente o estrogênio e a progesterona, os quais - além de suas funções hormonais - atuam também como neuromoduladores de forma a desempenhar um papel crucial na reestruturação do sistema nervoso central da mulher durante a gestação (Pritschet et al., 2023).

Estudos atuais com animais sugerem que a gravidez é um período de notável neuroplasticidade a curto e longo prazo, onde o cérebro passa por mudanças significativas para se adaptar às demandas do período. Além disso, as mudanças drásticas nos níveis hormonais durante a gravidez e o pós-parto podem modificar a bioquímica cerebral e contribuir para um risco aumentado de depressão perinatal (Puri et al., 2023).

Outrossim, muitas gestantes enfrentam desafios emocionais em relação à sua autoimagem e autoestima, podem se sentir menos atraente ou feminina devido às mudanças físicas que está experimentando, o que pode afetar sua confiança (Araújo et al., 2012). Esse conflito pode ser especialmente difícil de lidar quando culturalmente a gravidez é vista como um momento especial e sagrado, mas a mulher não se sente confortável consigo mesma (Kliemann; Böing; Crepaldi, 2017).

3.3 DEFINIÇÕES

a) TRANSTORNO MENTAL COMUM

Goldberg e Huxley (1992) criaram o conceito de Transtorno Mental Comum (TMC) com intuito de descrever um conjunto de sintomas não psicóticos relacionados com situações de sofrimento mental. Esses sintomas são variados e abrangem: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Apesar desses sintomas não preencherem os critérios diagnósticos formais das classificações internacionais, como da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), pode-se dizer globalmente que esses transtornos estão inseridos nos cenários de ansiedade e depressão não psicótica (Green; Benzeval, 2011).

Em relação ao matriciamento desses casos dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), os pacientes com TMC geralmente apresentam-se com quadro de sofrimento psíquico e queixas físicas sem que haja uma doença orgânica associada. Podem ser considerados transtornos mentais com menor gravidade quando comparados aqueles assistidos por unidades especializadas. Contudo, os TMC podem se manifestar com sintomatologias que causem comprometimento funcional, sendo de suma importância oferecer acolhimento, apoio e tratamento medicamentoso, quando necessário (Chiaverini, 2011, p. 115-116).

b) DEPRESSÃO

No DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por uma constelação de sintomas que persistem ao longo de um período de duas semanas ou mais e causam um impacto significativo no funcionamento diário. Para ser diagnosticado com TDM, é necessário experimentar cinco ou mais dos seguintes sintomas:

- i) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
- ii) Diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades;
- iii) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite;
- iv) Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
- v) Agitação ou retardo psicomotor;

- vi) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- vii) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
- viii) Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;
- ix) Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida sem plano específico ou uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Esses sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida da pessoa. Além disso, esses sintomas não devem ser melhor explicados por outro transtorno mental, como transtorno de ajustamento ou transtorno do espectro bipolar (American Psychiatric Association, 2014).

c) ANSIEDADE

No DSM-5, a ansiedade é um componente central de vários transtornos, incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobia específica, transtorno de ansiedade social e outros. Esses transtornos variam em gravidade e sintomatologia específica, mas todos compartilham a característica de uma ansiedade excessiva e disfuncional que interfere na vida cotidiana do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014).

Para o diagnóstico de TAG indivíduo deve apresentar sintomas de ansiedade excessiva e preocupação persistente por pelo menos seis meses, sobre uma variedade de eventos ou atividades. Essa ansiedade é difícil de controlar e está associada a três (ou mais) dos seguintes sintomas:

- i) Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
- ii) Facilmente fatigado.
- iii) Dificuldade em concentrar-se ou sensações de ter a mente em branco.
- iv) Irritabilidade.
- vi) Tensão muscular.
- vi) Distúrbios do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou sono inquieto e não reparador).

Esses sintomas devem causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e assim como no

diagnóstico de TDM, essa sintomatologia não deve ser melhor explicada por outro transtorno mental (American Psychiatric Association, 2014).

3.4 ESTIMATIVA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA GESTAÇÃO

Em uma pesquisa realizada no Brasil, com gestantes da atenção básica, usando a Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; PRIME-MD); de 712 gestantes, constatou que 297 preenchem critérios para ao menos um provável diagnóstico, das quais transtorno depressivo representou 21,6%, seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada com 19,8% (Araújo et al., 2012).

Além disso, percebe-se que a incidência de depressão varia conforme a idade gestacional. Costa et al. (2018) encontrou maiores taxas de depressão nos extremos da gravidez: 27,2% no primeiro trimestre e 25,4% no terceiro trimestre. Valores semelhantes foram encontrados por Thiengo et al. (2012). A constatação de que a incidência de depressão muda com o período gestacional sugere que, no decorrer da gestação e com a aproximação da data do parto, as mulheres tendem a mudar suas preocupações e, conseqüentemente, o estado mental.

Quando considerados os extremos da gravidez, constata-se que o primeiro trimestre é o de maior risco para o feto, sendo o mais relevante para a construção morfológica e sustentação da criança no útero gravídico. Por isso, Agampodi et al. (2023) evidencia a importância da atenção para os sintomas depressivos desde o início da gestação.

A ansiedade também apresenta significativa porcentagem quando observada no período gestacional. Almeida et al. (2012) e Costa et al. (2018) tiveram resultados semelhantes no que diz respeito à prevalência desse transtorno, encontrando - respectivamente - 19,85% e 20,4% nas gestantes analisadas no Brasil.

De acordo com a prevalência de ansiedade de acordo com o período gestacional, Silva et al. (2017) evidenciou que a presença do transtorno foi mais presente no terceiro trimestre de gravidez, provavelmente relacionada com o medo do parto e a preocupação com a saúde do recém-nascido.

3.5 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS MATERNOS

Van de Loo et al. (2018) mostrou em seu estudo que diversas características maternas, como: escolaridade, multiparidade, histórico de depressão, náusea intensa, fadiga extrema, falta de exercício físico e eventos negativos da vida, foram associadas a sintomas de depressão e/ou ansiedade ao longo da gravidez.

Outra pesquisa realizada na China, comparando gestantes das áreas urbanas e rurais, reforça a condição de baixa escolaridade e precária situação econômica familiar como causas para o aparecimento de sintomas depressivos; contudo, acrescenta a sobrecarga parental excessiva como fatores de risco (Chang et al., 2022).

Em contrapartida, uma pesquisa feita no Paquistão demonstrou que os estressores mais comuns relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns na gestação foram: preocupação com as preocupações do marido, preocupação em se sentir mal durante a gravidez e preocupação com aumento nos preços dos bens de uso diário (Gul et al., 2017).

Tais resultados demonstram que os fatores de risco podem estar intimamente relacionados às condições socioeconômicas e condições de saúde da gestante; outrossim, as diferenças culturais influenciam nos distintos delineamentos das condições que aumentam a probabilidade de depressão e ansiedade na gravidez (Pereira; Lovisi, 2008).

Além disso, os antecedentes de saúde mental da mulher podem estar associados ao surgimento de transtornos mentais durante a gestação. Cena et al. (2021) demonstrou a maior ocorrência de ansiedade e depressão em gestantes com históricos de transtornos de humor pré-concepcionais.

Outrossim, a percepção da mulher sobre sua gestação e sobre os mecanismos do parto correlacionam-se como um brando fator de risco; de tal modo que mulheres que apresentam medo grave do parto, apresentam maiores chances de apresentarem sintomas de depressão e ansiedade (Nath et al., 2021).

Ademais, Silva et al. (2017) mostrou que a incidência de ansiedade em mulheres que tiveram complicações em gestações anteriores foi quase o dobro daquelas de risco habitual. Somado a isso, De Carvalho et al. (2021) identificou que pacientes classificadas como alto risco durante a gestação apresentam chances significativas de desenvolverem e apresentarem sintomas depressivos.

Constatações semelhantes foram feitas por Soncini et al. (2019), indicando que uma gravidez de alto risco está diretamente relacionada com prognóstico favorável ao desenvolvimento de depressão. Tais dados mostram que a história obstétrica e as condições da gestação atual refletem diretamente na saúde mental materna durante a gravidez.

Em uma análise mais particularizada, pode-se observar os fatores de risco relacionados especificamente ao desenvolvimento da ansiedade, sem relacioná-la a quadros depressivos. Assim, em um estudo feito no Brasil - em município no sul do estado de Minas Gerais, a ansiedade trouxe como principais fatores de riscos: ocupação, complicações em gestações anteriores, histórico de abortamento/ameaça de parto prematuro, desejo materno em relação à gravidez, número de abortamentos, quantidade de cigarros consumidos diariamente e uso de drogas (Silva et al., 2017).

Ademais, Araújo et al. (2008) evidenciou que mulheres mais jovens (entre 18 e 24,9 anos) e de menor escolaridade (um a oito anos) apresentaram maior chance de desenvolver ansiedade. Outro estudo, realizado nas Unidades Básicas de Saúde do interior de São Paulo, concluiu que para as multigestas, a maior chance para ansiedade esteve associada à baixa renda; e em a primigestas esteve relacionada com ameaça de aborto no início da gestação (Schiavo; Rodrigues; Perosa, 2018).

No tocante a condições de risco para desencadear especificamente depressão, uma pesquisa feita em 12 unidades de saúde do município de São Paulo, revelou como fator de risco a exposição à violência psicológica ao longo da gravidez (Lima et al., 2017).

Dessa forma, os artigos que abordam os fatores de risco para quadros específicos de ansiedade ou depressão não destoam dos estudos com análise unificada desses transtornos; de modo que as condições sociais, demográficas, econômicas, escolares e as circunstâncias de saúde maternas anteriores ou atuais demonstram-se determinantes, na maioria dos estudos, para o desenvolvimento de sintomas depressivos e/ou quadros de ansiedade.

3.6 CONSEQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO

A existência de TMC está relacionada principalmente a desfechos neonatais negativos como: prematuridade, baixo peso, menor comprimento e índice ponderal diminuído comparado aos bebês de mães mentalmente saudáveis (Thiengo et al., 2012; Pinto et al., 2017).

Ademais, Khanghah, Khales e Afagh (2020) demonstrou que ocorrência de ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento fetal e morte fetal intrauterina também foram maiores entre as gestantes com depressão durante a gravidez. Além disso, Rejnö et al. (2019) acrescenta que, além dos desfechos apresentados anteriormente, quadros de ansiedade e depressão pré-natais estão associados ao aparecimento de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e aumento de partos cesáreos.

No que se refere a repercussões de sentimentos maternos durante a gestação, um estudo desenvolvido no Brasil, analisou que gestantes com quadros de ansiedade apresentam chances triplicadas para o desenvolvimento de baixa autoestima (Nery et al., 2021).

Ademais, a partir de outra pesquisa brasileira, realizada no município de São Luís, Maranhão, observou-se que a relação mãe-filho é prejudicada pela presença de sintomas depressivos durante o pré-natal, acarretando em problemas de transferências afetivas bilaterais e em sentimento de apego materno mais fragilizado. (Morais et al., 2017).

A presença de adoecimento mental durante o período gestacional também está associada a um maior risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Estudos demonstram que mulheres que experimentam sintomas depressivos durante a gravidez têm uma probabilidade aumentada de continuar sofrendo com esses sintomas após o parto (Milgrom et al., 2008).

3.7 TRIAGEM DE TMC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com Chiaverini (2011), os TMC constituem a forma mais comum de manifestação de sofrimento psíquico nas Unidades de Saúde da Família. Diante do crescimento desses transtornos e dos impactos à saúde pública, foram criados inúmeros instrumentos para triagem dentro da Atenção Primária à Saúde (APS).

Bolsoni et al. (2016) destaca que os mais usados para uma avaliação ampla de múltiplos transtornos mentais estão: o Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20), o WHO Well-Being Index-5 Version1 (WHO-5 Version 1) e o Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (quadros COOP/WONCA).

Nos estudos brasileiros, SRQ-20 é o mais utilizado. Ele tem a finalidade de detectar sintomas de adoecimento psíquico, ou seja, indica um nível de suspeita da presença ou ausência de algum transtorno mental não psicótico, contudo, não delimita um diagnóstico (Santos et al., 2010). Dessa forma, pode-se utilizá-lo principalmente para avaliações iniciais, nas quais podem classificar os indivíduos com provável sofrimento mental e realizar posteriormente análises mais específicas.

Com relação a utilização de escalas para detecção de adoecimento mental durante a gravidez, um estudo feito na Suécia por Lilliekreutz et al. (2021), de 2.271 mulheres que responderam à Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo, 6,6% obtiveram triagem positiva, das quais 85% foram diagnosticadas durante a entrevista presencial com transtorno mental atual

ou fator de risco para transtornos mentais. Isso evidencia a importância da atuação de profissionais, mesmo que não sejam especialistas, para utilização de ferramentas que classificam as gestantes quanto às suas condições psicológicas.

Agampodi et al. (2023) propõe uma estratégia de triagem em três momentos para o acompanhamento da saúde mental no período perinatal. Inicialmente, a triagem deve ocorrer durante o primeiro trimestre de gestação. Em seguida, deve ser realizada no final do segundo trimestre, em torno das 28 semanas de gestação. Por último, a triagem deve ser feita no período pós-parto, aproximadamente de 2 a 4 semanas após o parto. Durante esses três momentos, a fase inicial de triagem pode ser conduzida por um profissional de saúde primária capacitado. Segundo esse estudo, a estratégia proposta identificará um maior número de grávidas que precisam de apoio e ao mesmo tempo diminuirá a demanda sobre os serviços de saúde terciários.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa e descritiva.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa apresentou como área o município de Altamira, localizado no sudoeste do estado do Pará, na Região Norte do país com uma população estimada em mais de 126.000 pessoas segundo o último censo do IBGE de 2022. Altamira apresenta 23 Unidades de Saúde da Família (USF) e, por conveniência, fizeram parte do estudo 12 delas: USF Bela Vista, USF Buriti, USF Colina, USF Ilvanir Denardin, USF Jatobá, USF Laranjeiras, USF Mutirão, USF São Joaquim, USF Sant'Ana, USF Sudam I, USF Sudam II e USF Premem. Todas localizadas na área urbana do município.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi composta por gestantes sob os seguintes critérios:

a) Critérios de Inclusão:

- ✓ Gestantes maiores de 18 anos que realizaram o pré-natal no município de Altamira.
- ✓ Gestantes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

b) Critérios de exclusão

- ✓ Mulheres indígenas.
- ✓ Gestantes sem acompanhamento do pré-natal no município de Altamira.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo passou pela Comissão Científica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará - campus Altamira. Além disso, foi aceito pela Secretaria Municipal de Saúde

do município e aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, sob número do parecer 6.159.462 (Anexo B). Todas as fases do desenvolvimento da pesquisa respeitaram os princípios éticos da Resolução 266/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil.

Cada gestante participante foi esclarecida sobre os objetivos, procedimentos, confiabilidade, benefícios, riscos e informações adicionais do estudo de acordo com o TCLE. A participação no estudo foi sigilosa e voluntária de forma que as gestantes puderam optar pela negativa em participar ou se retirar da pesquisa ao longo de sua realização.

4.5 BENEFÍCIOS E RISCOS

Os benefícios desta pesquisa estão associados com a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais não psicóticos durante a gravidez em gestantes do município de Altamira e, com isso, permitir o estabelecimento de projetos e programas que ajudem futuras gestantes com provável adoecimento mental a obterem melhor qualidade de vida e ainda difundir o conhecimento acerca do TMC durante o período gestacional para o Campus Universitário de Altamira e outros centros educativos.

Este tipo de pesquisa manifesta risco mínimo conforme as diretrizes de pesquisa em saúde do CNS. Além disso, com intuito de evitar quaisquer danos previsíveis para as participantes, houve um treinamento da equipe envolvida no projeto para aplicação dos questionários e para análise dos resultados de forma a manter o sigilo das informações coletadas.

4.6 COLETA DE DADOS

a) INSTRUMENTOS

A coleta ocorreu entre Julho/2023 e Julho/2024, por meio da aplicação de dois formulários. O formulário 1 (Apêndice B), de autoria própria, foi desenvolvido com perguntas que avaliam dados sociodemográficos, gestacionais e histórico de adoecimento mental. Esses foram úteis para a análise dos resultados de um segundo questionário (Anexo A): o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos, sendo recomendado para avaliações comunitárias dentro da Atenção Primária à Saúde. Além disso, possibilita, também,

a avaliação do(s) risco(s) de adoecimento mental para a depressão e a ansiedade (Gonçalves; Stein; Kapczinski, 2008).

O SRQ-20, que tem índice de consistência interna (alpha de Cronbach) de 0,86, é composto por 20 perguntas nas quais as respostas são SIM ou NÃO. As respostas afirmativas pontuam 1 e as negativas 0 para gerar um escore final. Assim, resultados ≥ 7 (maior ou igual a sete) indicam grande probabilidade de sofrimento mental e de TMC.

b) PROCEDIMENTOS

As gestantes foram abordadas para a entrevista de maneira cuidadosa e respeitosa, sempre preservando a autonomia e o conforto de cada participante. O convite para participar da pesquisa ocorreu durante as consultas de pré-natal nas unidades de saúde do município de Altamira, momento em que a equipe de pesquisa explicava os objetivos do estudo e a importância da participação voluntária.

Após a apresentação das informações, as gestantes que demonstraram interesse receberam o TCLE, no qual todos os detalhes sobre o estudo eram explicitados. Somente após a leitura e assinatura do TCLE, a entrevista foi realizada em ambiente reservado, garantindo privacidade e confidencialidade das informações compartilhadas, além do esclarecimento acerca da opção de retirar-se da pesquisa ao longo de sua realização, por meio do contato telefônico e e-mail presentes no TCLE, o qual foi entregue uma cópia para cada participante.

Ao final da coleta, foi avaliado o estado emocional da participante, considerando a mobilização provocada pelos temas íntimos discutidos. Nesse sentido, foi ofertado acolhimento para os sentimentos e percepções da gestante. Destaca-se que em casos de identificação de demandas psicológicas durante a pesquisa, as gestantes eram orientadas a entrar em contato com a equipe de pré-natal para iniciar o acompanhamento psicológico.

4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A análise verificou dados clínicos-epidemiológicos maternos, como: idade, escolaridade, estado civil, situação de emprego e situação de moradia. Outrossim, analisou dados gestacionais como: idade gestacional, paridade, planejamento da gravidez, se a gestante está feliz com gestação atual e se apresenta algum medo/anseio. Além do histórico de saúde mental:

antecedente de sintomas ou diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, exposição à violência em algum momento da vida e se passou por evento traumático recente.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram agrupados em planilhas do programa Excel e quantificados em porcentagem para análise descritiva individual de cada variável. Após isso, foi utilizado o programa R versão 3.4.1, utilizando o pacote FactoMineR e FactorExtra, para realizar uma Análise de Correspondência Múltipla (MCA), uma técnica utilizada para explorar e visualizar relações entre as variáveis categóricas do estudo.

Além disso, foi utilizado o pacote Epitools para análise estatística multivariada, com utilização de teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher e o Odds Ratio (OR), com Intervalo de Confiança (IC) de 95%, para verificar a associação das variáveis com o possível adoecimento mental ($SQR-20 \geq 7$). O valor de $p < 0,05$ foi adotado como critério para significância estatística.

Para a MCA todas variáveis dos dados foram categorizadas da seguinte forma, idade: 18 a 24 anos (18_24), 25 a 31 anos (25_31), 32 a 39 anos (32_39), 40 a 46 anos (40_46). Estado civil: casada (casada), união estável (uniao_est), solteira (solteira) e divorciada (divorciada). Escolaridade: ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC). Situação de emprego: empregada (empregada), desempregada (desempregada) e autônoma (autonoma). Moradia: própria (propria), alugada (alugada) e cedida (cedida). Idade gestacional: primeiro trimestre (1), segundo trimestre (2) e terceiro trimestre (3). Paridade: primigesta (primi) e multigesta (multi). Planejamento da gravidez: planejou (plan_s) e não planejou (plan_n). Felicidade com gestação atual: está feliz (feliz_s) e não está feliz (feliz_n). Presença de medo/anseio na gestação: tem anseio/medo (ans_s) e não tem anseio/medo (ans_n). Histórico de transtorno mental: tem histórico (trt_s) e não tem histórico (trt_n). Exposição à violência: foi exposto (viol_s) e não foi exposto (viol_n). Teve um evento traumático recente: passou por evento (event_s) e não passou por evento (event_n).

5. RESULTADOS

No total, foram coletados dados de 153 gestantes que atendiam aos critérios da pesquisa. Além disso, nenhuma delas optou por se retirar do estudo ao longo de todo o processo.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

As informações sociodemográficas, registradas no questionário A do estudo, revelaram que a maioria são mulheres jovens com idade entre 18 e 31 anos (74,51%) e apenas uma pequena parcela com idade superior a 39 anos (1,96%), a maior idade relatada foi de 46 anos.

Quanto ao estado civil, houve predominância de mulheres em união estável (39,22%) e solteiras (30,07%), seguida pelas casadas (28,10%). O nível de escolaridade mais comum encontrado foi de ensino médio completo (45,10%), além disso, observou-se que poucas gestantes ingressaram no nível superior (15,68%) e dessas apenas 9,80% são concluintes.

No que concerne à situação de emprego dessas mulheres, grande parte encontram-se desempregadas (41,18%) seguido de 35,29% empregadas e 23,53% autônomas. Com relação à moradia, 45,10% relataram ter casa própria seguido por 33,99% com casa alugada e 20,92% com casa cedida (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes pesquisadas

Variáveis sociodemográficas	Frequência	% (N=153)
Idade		
18-24	58	37,91%
25-31	56	36,60%
32-39	36	23,53%
>39	3	1,96%
Estado civil		
Solteira	46	30,07%
União estável	60	39,22%
Casada	43	28,10%
Divorciada	4	2,61%
Escolaridade		
EF incompleto	15	9,80%
EF completo	17	11,11%
EM incompleto	28	18,30%
EM completo	69	45,10%
ES incompleto	9	5,88%
ES completo	15	9,80%

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes pesquisadas

(continuação)

Variáveis sociodemográficas	Frequência	% (N=153)
Situação de emprego		
Autônoma	36	23,53%
Empregada	54	35,29%
Desemprega	63	41,18%
Moradia		
Alugada	52	33,99%
Cedida	32	20,92%
Própria	69	45,10%

Fonte: elaborada pela autora.

5.2 PERFIL OBSTÉTRICO

Acerca dos dados da história obstétrica e gestação atual, 49,02% encontravam-se no terceiro trimestre gestacional seguido de 35,95% no segundo e 15,03% no primeiro. Quanto à paridade, 71,24% eram multigestas contra 28,76% primigestas (tabela 2).

Tabela 2. Perfil obstétrico das gestantes pesquisadas.

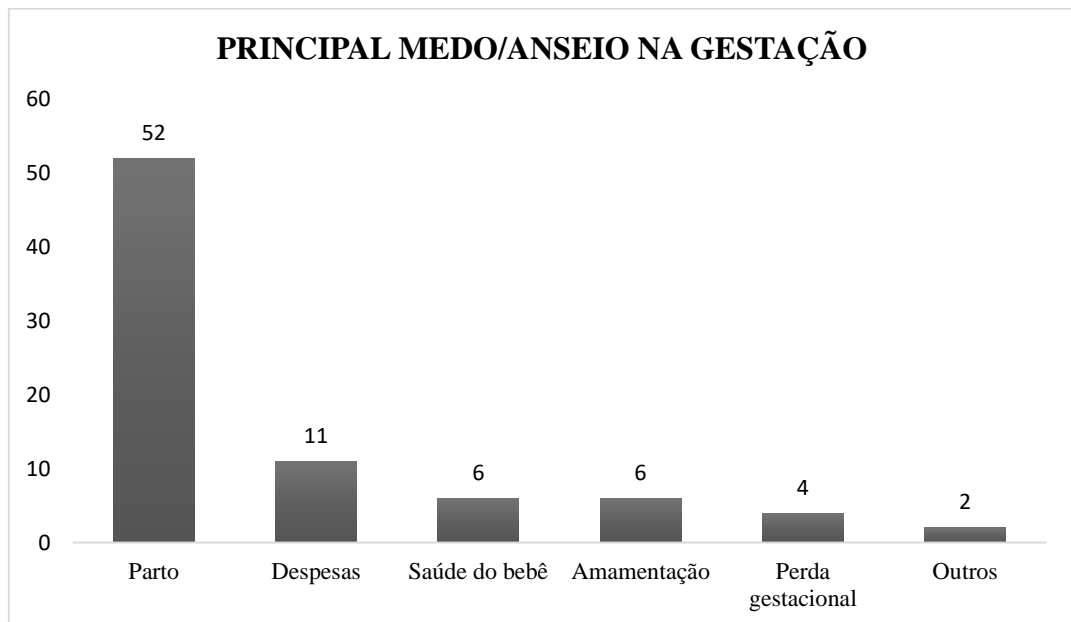
Perfil Obstétrico	Frequência	% (N=153)
Idade gestacional		
1º trimestre	23	15,03%
2º trimestre	55	35,95%
3º trimestre	75	49,02%
Paridade		
Primigesta	44	28,76%
Multigesta	109	71,24%
Gravidez Planejada		
Sim	65	42,48%
Não	88	57,52%
Feliz com a gestação atual		
Sim	137	89,54%
Não	16	10,46%
Medo/anseio na gestação		
Sim	81	52,94%
Não	72	47,06%

Fonte: elaborada pela autora.

Mais da metade das mulheres denotaram a gestação atual como não planejadas (57,52%) e em relação a pergunta de satisfação com a gestação, 89,54% relataram estarem felizes com a gravidez. Outrossim, 52,94% dessas mulheres revelaram ter algum medo ou anseio durante o período gestacional (tabela 2).

Também foi questionado qual seria o principal medo/anseio dessas gestantes, o maior medo relatado foi do parto (64,20%) seguido do medo com as despesas futuras (13,58%), amamentação (7,40%), saúde do bebê ao nascimento (7,40%); perda gestacional (4,94%) e outros (2,47%) como: redução da atenção aos outros filhos e cuidados futuros com o bebê (Figura 1).

Figura 1. Principal medo/anseio na gravidez das gestantes pesquisadas.



Fonte: elaborada pela autora.

5.3 HISTÓRIA ANTERIOR E SAÚDE MENTAL

Foi questionado a essas gestante sobre alguma experiência recente de evento traumático, 78,43% expuseram não terem passado e 21,57% vivenciaram algum evento que possa ter repercutido em sua saúde mental na gravidez. No que concerne à ocorrência de agressão em algum momento de sua vida, 75,82% relataram não terem sido expostas a situações de violência passadas ou atuais (Tabela 3).

Entre as 24,18% de gestantes que sofreram violência: 19 mulheres (51,35%) relataram terem sido expostas violência física e/ou verbal durante a infância/adolescência; 10 (27,03%)

violência sexual na infância/adolescência; 7 violência doméstica (18,92%) e apenas 1 mulher (2,70%) explanou assédio moral no trabalho (Figura 2).

Com relação à pergunta sobre a presença de algum transtorno mental comum - como depressão e ansiedade - ou sobre manifestações de sinais ansiosos e/ou depressivos na gestação atual ou anteriormente, 62,09% responderam que nunca apresentaram e 37,91% alegaram a ocorrência, seja diagnosticada ou não (Tabela 3).

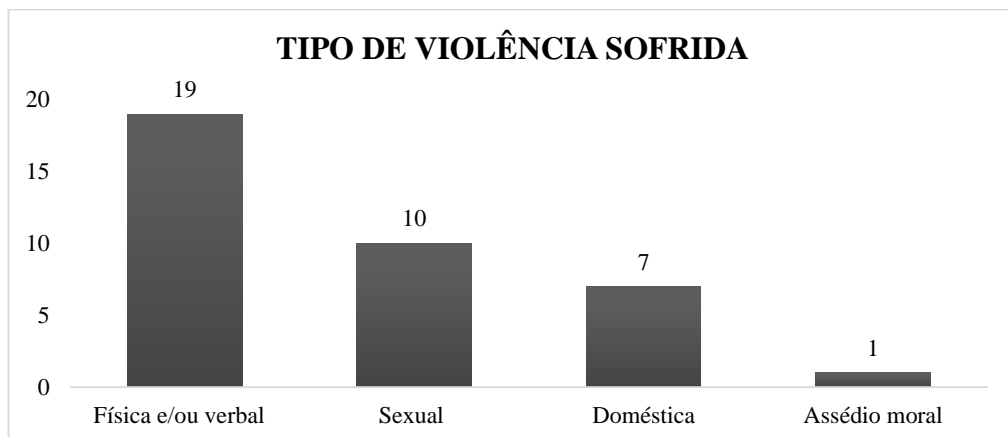
Entre os sintomas e transtornos mais relatados: 65,52% relataram isoladamente ansiedade, 25,86% isoladamente depressão e 8,62% mulheres referiram concomitância de ansiedade e depressão (figura 3).

Tabela 3. Perfil da saúde mental das gestantes pesquisadas.

Perfil da saúde mental	Frequência	% (N=153)
Evento traumático recente		
Sim	33	21,57%
Não	120	78,43%
Exposição à violência (passada ou atual)		
Sim	37	24,18%
Não	116	75,82%
Histórico de depressão e/ou ansiedade		
Sim	58	37,91%
Não	95	62,09%

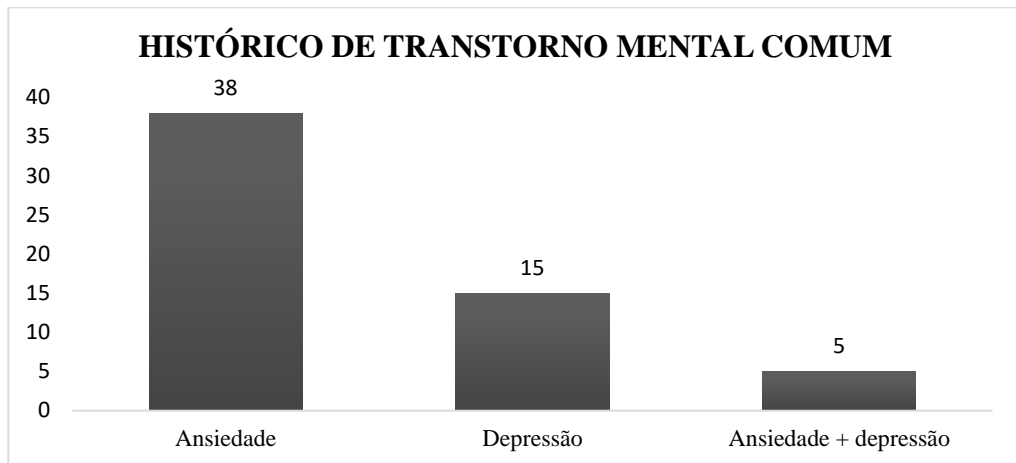
Fonte: elaborada pela autora.

Figura 2. Tipo de violência sofrida pelas gestantes pesquisadas.



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 3. Histórico de transtorno mental comum nas gestantes pesquisadas.

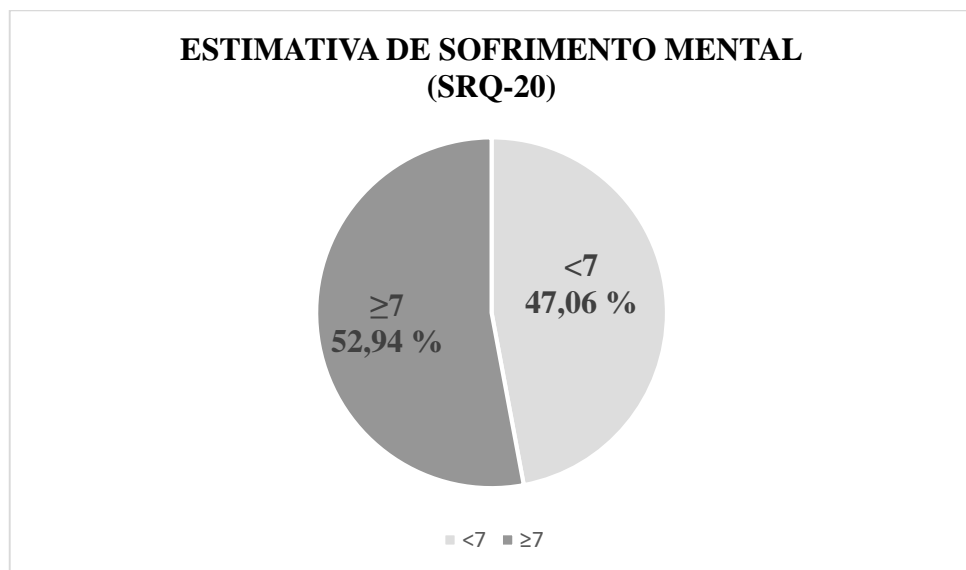


Fonte: elaborada pela autora.

5.4 RESULTADOS SRQ-20

O SRQ-20, o questionário utilizado nesta pesquisa para avaliação da saúde mental, obteve como resultado final (soma total das 20 perguntas): um total de 52,94% mulheres com um escore ≥ 7 , indicativo um provável sofrimento mental, frente a 47,06% com resultado <7 , sendo consideradas negativas para triagem (figura 4).

Figura 4. Estimativa de sofrimento mental, por meio do SRQ-20, entre as gestantes pesquisadas.



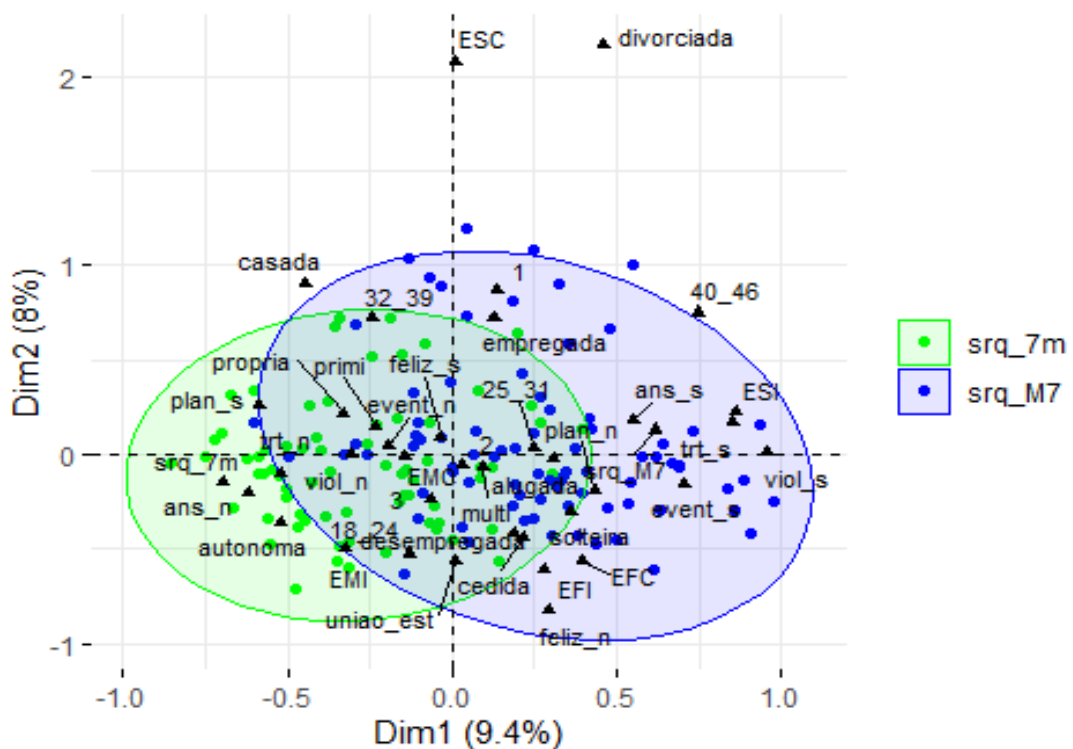
Fonte: elaborada pela autora.

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS

As análises estatísticas seguiram com as 153 entrevistadas. A Análise de Correspondência Múltipla, quando agrupada pelo SRQ-20, evidencia que as características: solteira (solteira), empregada (empregada), ensino superior incompleto (ESI), ensino fundamental completo (EFC), ensino fundamental incompleto (EFI), primeiro trimestre gestacional (1), anseio/medo na gestação (ans_s), ausência de felicidade com a gestação (feliz_n), gravidez não planejada (plan_n), histórico de transtorno mental (trt_s), violência em algum momento da vida (viol_s) e evento traumático recente (event_s), estão relacionadas com SRQ igual ou maior que 7 (srq_M7), sendo essas variáveis evidenciadas isoladamente na elipse azul (Gráfico 2)

Por outro lado, as categorias: autônoma (autonoma), com ensino médio incompleto (EMI), sem anseio/medo durante a gestação (ans_n) e planejamento da gravidez (plan_s) estão relacionadas ao SRQ menor que 7 (srq_m7), mostradas isoladamente na elipse verde (Gráfico 2).

Gráfico 1. MCA correlacionando as variáveis com o SRQ- 20.



Fonte: FactoMiner com dados fornecidos pela autora.

Para verificar a associação entre o sofrimento mental e os possíveis fatores de risco estudados, foi calculado o p valor e o odds ratio. Na análise sociodemográfica, não foi identificada nenhuma associação estatisticamente significante com sofrimento mental, conforme exemplificado na tabela 4.

Tabela 4. Fatores sociodemográficos associados a adoecimento mental nas gestantes do estudo.

Variáveis sociodemográficas	Provável sofrimento mental		P-valor	Odds ratio	IC 95%
	Não	Sim			
Idade			0,5796**		
18_24	31	27		1	1
25_31	23	33		1.6377	0.7795 – 3.4818
32_39	17	19		1.2786	0.5520 – 2.9840
40_46	1	2		2.138	0.1646 – 69.7673
Estado Civil			0,8454**		
solteira	19	27		1.3504	0.5809 – 3.1663
uniao_est	30	30		0.9551	0.4323 – 2.1064
casada	21	22		1	1
divorciada	2	2		0.9555	0.0923 – 9.8832
Escolaridade			0,5639**		
EFI	7	8		1.0149	0.2423 – 4.2705
EFC	8	9		1	1
EMI	12	16		1.1808	0.3403 – 4.0877
EMC	37	32		0.7725	0.2567 – 2.2857
ESI	4	5		1.1022	0.2058 – 6.1826
ESC	4	11		2.3463	0.5320 – 11.8132
Emprego			0,6235*		
autonoma	19	17		1	1
desempregada	27	36		1.4824	0.6475 – 3.4269
empregada	26	28		1.2002	0.5120 – 2.8314
Moradia			0,2817*		
alugada	23	29		1	1
cedida	12	20		1.3137	0.5327 – 3.3202
propria	37	32		0.6888	0.3304 – 1.4228

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *Teste de qui-quadrado, **Teste de Exato de Fischer. IC = Intervalo de Confiança.

A tabela 5 evidencia a investigação pelas variáveis gestacionais, a qual demonstrou que a presença de medo/anseio durante a gestação está relacionada substancialmente com o provável adoecimento mental ($p = 1,63 \times 10^{-4}$).

Tabela 5. Fatores gestacionais associados a adoecimento mental nas gestantes do estudo.

Variáveis gestacionais	Provável sofrimento mental		P-valor	Odds ratio	IC 95%
	Não	Sim			
Idade gestacional					
1	9	14	0,4552*	1	1
2	24	31		0.8356	0,2978 – 2,2609
3	39	36		0.5995	0,2218 – 1,5512
Paridade			0,3174*		
multi	48	61		1	1
primi	24	20		0.6583	0.3218 – 1.3338
Gravidez planejada			0,1075*		
plan_s	36	29		0.5605	0.2904 – 1.0712
plan_n	36	52		1	1
Feliz com a gestação			0,9876*		
feliz_s	65	72		0.8662	0.2889 – 2.4943
feliz_n	7	9		1	1
Medo/anseio na gestação			1,63x10⁻⁴*		
ans_s	26	55		3.6971	1.9055 – 7.3476
ans_n	46	26		1	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *Teste de qui-quadrado, **Teste de Exato de Fischer. IC = Intervalo de Confiança.

Outrossim, os resultados estatísticos correlacionando o perfil da saúde mental, revelou alguns fatores de risco significativos, como ter passado por algum evento traumático recente ($p = 0,047$), exposição à violência em algum momento da vida ($p = 3,66 \times 10^{-4}$) e histórico de transtorno mental ($p = 4,12 \times 10^{-6}$), de acordo com a tabela 6.

Tabela 6. Fatores da saúde mental associados a adoecimento mental nas gestantes do estudo.

Variáveis da saúde mental	Provável sofrimento mental		P-valor	Odds ratio	IC 95%
	Não	Sim			
Evento traumático recente			0,047*		
event_s	10	23		2.4264	1.0823 - 5.7934
event_n	62	58		1	1
Exposição à violência			3,66 x 10⁻⁵*		
viol_s	6	31		6.6162	2.7069 - 18.9626
viol_n	66	50		1	1

Tabela 6. Fatores da saúde mental associados a adoecimento mental nas gestantes do estudo.

(continuação)

Variáveis da saúde mental	Provável sofrimento mental		P-valor	Odds ratio	IC 95%
	Não	Sim			
Histórico de transtorno mental			4,12 A 10⁻⁶*		
trt_s	13	45		5.5673	2.6982 - 12.1386
trt_n	59	36		1	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *Teste de qui-quadrado, **Teste de Exato de Fischer. IC = Intervalo de Confiança.

Os outros fatores analisados não mostraram uma relevância estatística significativa para a análise, embora alguns tenham sido agrupados no gráfico da MCA com o $SRQ \geq 7$. No entanto, observam-se variações nos odds ratios de cada variável, indicando que cada fator contribui de maneira distinta para a análise.

6. DISCUSSÃO

6.1 PREVALÊNCIA

Esta pesquisa revelou uma prevalência de 52,94% para a probabilidade de TMC durante a gestação, um índice significativamente alto quando comparado a outros estudos brasileiros que utilizaram a mesma escala, realizados na região Sul e Nordeste do Brasil, que demonstraram prevalência de 32,2% e 31,9%, de TMC respectivamente (Wiemann e Munhoz, 2015; Guimarães et al.2019).

Essas discrepâncias podem ser atribuídas a diferentes contextos socioeconômicos e culturais das regiões onde os estudos foram conduzidos, além da diferença no tamanho da amostra que pode influenciar os resultados. A amostra da presente pesquisa pode ter captado uma população com maior vulnerabilidade a transtornos mentais.

6.2 TMC E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Os dados sociodemográficos obtidos a partir do questionário A revelam um perfil claro das gestantes na amostra estudada. A predominância de mulheres jovens, com idades entre 18 e 31 anos, é consistente com a faixa etária frequentemente observada em contextos de gravidez no município. Informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), extraído do sistema DATASUS no ano de 2022 em Altamira, demonstraram que mais da metade das parturientes (56,28%) tinham idade entre 20 e 29 anos.

Essa faixa etária pode ser associada a desafios específicos relacionados à saúde mental e às mudanças vivenciadas pela necessidade de assumir responsabilidades da vida adulta (Sobrinho; Mota, 2016). No entanto, os resultados desta pesquisa contrariam essa expectativa, indicando que a idade das gestantes não demonstrou uma influência direta no desenvolvimento de prováveis transtornos mentais ($p = 0,5796$).

Além disso, não houve diferenças significativas entre as faixas etárias, com exceção dos resultados de mulheres entre 40 a 46 que dobraram a chance do risco de adoecimento mental (OR= 2.138), o que pode ser uma variável de confusão, explicada pela amostra pequena de apenas 3 gestantes nessa faixa etária.

Destaca-se que pelos critérios de exclusão, não participaram gestantes com idade inferior a 18 anos, o que pode ter influenciado nesses resultados, uma vez que a gravidez na adolescência - que abrange meninas de 10 a 20 anos segundo a OMS- está diretamente ligada a isolamento social, sintomas de ansiedade, depressão, e ideação suicida (Cavalcante et al., 2024).

Em relação ao estado civil, houve uma predominância de mulheres em união estável e solteiras. A análise estatística também não evidenciou uma relevância significativa entre esse parâmetro e a prevalência de provável TMC ($p = 0,8454$). No entanto, é necessário salientar que as gestantes solteiras apresentaram taxas mais elevadas de pontuação no SRQ-20 ($OR = 1.3504$) quando comparadas aos outros estados civis. Além disso, foram agrupadas na MCA com $SRQ-20 \geq 7$, sugerindo uma maior probabilidade de sofrimento mental nessa subpopulação ou a presença de outros fatores de risco associados ao estado civil solteiro que aumenta o resultado da triagem.

Essa observação pode refletir diversas dimensões da realidade dessas mulheres, já que gestantes solteiras acabam enfrentando desafios adicionais devido a fragilidades de suporte familiar, o estigma social e a insegurança econômica, o que pode afetar negativamente a saúde mental (Guerra et al., 2014).

A análise da situação de emprego das gestantes não mostrou uma relação direta com o sofrimento mental ($p = 0,6235$), assim como o nível de escolaridade também não apresentou relevância estatística ($p = 0,5639$). No entanto, na MCA, observou-se que o gráfico agrupou gestantes empregadas, de ensino superior incompleto, ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto no grupo com $SRQ \geq 7$. Esse agrupamento pode ser explicado por variáveis estatisticamente significativas presentes no estudo que se correlacionam com as variáveis citadas ou por fatores que ainda não foram investigados.

Assim, mulheres empregadas enfrentam pressões adicionais relacionadas ao equilíbrio entre o local de trabalho e gravidez. Questões como o medo de perder o emprego, a dificuldade em conciliar responsabilidades profissionais e pessoais, e o ambiente de trabalho sem apoio a pessoas grávidas podem contribuir para um aumento dos níveis de estresse e ansiedade (Silva et al., 2022).

Destoante a esse resultado, De Castilhos, Santos e Lima (2020) destaca o desemprego no período gestacional como um dos principais fatores que cooperam para que as gestantes sejam acometidas com transtornos mentais. Assim como o estudo de Lilliecreutz et al. (2021) que

ressaltou maiores taxas de triagem positiva para depressão em mulheres sem ocupação durante a gravidez, seja por desemprego ou por licença médica.

Com relação ao nível de escolaridade, mulheres com um menor nível de escolaridade, especialmente aquelas que não chegaram ao nível médio, podem enfrentar um maior risco de sofrimento mental durante a gravidez (Moraes, Campos e Avelino, 2016). Esse fenômeno pode ser atribuído a diversos fatores inter-relacionados como a associação entre a baixa escolaridade e instabilidade financeira, uma vez que indivíduos sem instrução acabam ocupando mais atividades informais e tendo menor renda (Couto; Silva, 2022).

Outrossim, a relação entre o ensino superior incompleto e o sofrimento mental pode ser explicada pelos desafios emocionais dessas mulheres em lidar com um novo ambiente, pela ainda imaturidade ao ingressar na graduação e estresse associado às expectativas profissionais não cumpridas (Leal et al., 2019). Esses fatores podem gerar sentimentos de insuficiência e pressão, afetando a saúde mental desse grupo de gestantes.

Em relação ao tipo de moradia (própria, alugada ou cedida), não foi encontrada uma relação direta com o desenvolvimento de provável TMC ($p = 0,2817$). No entanto, residir em uma casa cedida apresentou maiores chances de adoecimento mental ($OR = 1.3137$), enquanto morar em uma casa própria foi associado a menores chances de adoecimento ($OR = 0.6888$).

Isso ressalta a importância de considerar as implicações de diferentes condições habitacionais na saúde mental, já que a moradia própria pode proporcionar uma sensação de estabilidade e segurança, fatores geralmente benéficos para o bem-estar psicológico (Silva et al., 2015).

6.3 TMC E PERFIL OBSTÉTRICO

A análise dos dados sobre a história obstétrica e a fase da gestação das participantes revela que a maioria delas se encontrava no terceiro trimestre seguidas pelo segundo trimestre e uma menor proporção no primeiro trimestre. Esta distribuição reflete um panorama comum e esperado dentro de uma USF brasileira, uma vez que o Ministério da Saúde instituiu uma periodicidade nas consultas pré-natais sempre que viável.

As consultas devem seguir um cronograma estabelecido, organizadas em mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semana de

gestação. Caso o parto não ocorra até a 41^o semana, recomenda-se encaminhar a gestante para uma rede de assistência especializada para avaliação do bem-estar fetal (BRASIL, 2012).

Apesar da idade gestacional não ter tido relação direta com TMC ($p = 0,4552$), o primeiro trimestre foi o período com maior taxa de triagem positiva (OR = 1) quando comparado ao segundo (OR = 0.8356) e ao terceiro (OR = 0,5995), além de ter sido agrupado na Análise de Correspondência Múltipla no $SRQ \geq 7$, sugerindo que há fatores relacionados a esse período – presentes nesta pesquisa ou ainda não estudados – que aumentam as chances de adoecimento psíquico.

Semelhantemente, Soto-Balbuena et al. (2018) identificou o início gestacional com alta prevalência para ansiedade, com chances 19,5% no primeiro trimestre, 16,8% no segundo e 17,2% no terceiro. Esse prisma evidencia a importância da aplicação de escalas logo no primeiro trimestre, uma vez que a prevalência nas triagens são maiores, sendo possível realizar o diagnóstico precoce e acompanhar a gestante desde o início da gravidez.

No contexto da análise de paridade, não houve relação entre gestantes primigestas ou multigestas com o adoecimento mental ($p = 0,3174$), apesar de mulheres primigesta terem apresentado menores chances para o desenvolvimento (OR = 0.6583). Tal resultado reforça estudos como de Schiavo, Rodrigues e Perosa (2018), no qual indicou o predomínio de sintomas de alta ansiedade em multigestas em relação às primigestas.

Além disso, esta pesquisa revelou que 57,52% das mulheres entrevistadas classificaram sua gestação atual como não planejada, um achado de menor incidência quando comparado a outras avaliações de saúde mental no período gestacional, como a de Lima et al. (2017), realizado em São Paulo, com 71,9 % de gravidez não planejadas e de Lucchese et al. (2017), realizado em Goiás, com 63,2%.

Esses dados mostram ainda uma elevada proporção de gestações não planejadas no Brasil, o que está ligada principalmente a fatores como a interação entre desigualdade econômica e vulnerabilidade social (Viellas et al., 2014). Como consequência desse cenário, o não planejamento está associado a um maior número de intercorrências durante a gestação, como destaca Bonatti et al. (2018), além de baixa adesão às recomendações para cuidados pré-natais, como evidenciado por Vieira et al. (2020).

Neste estudo, não houve evidencia de associação direta do não planejamento com escores elevados no SRQ-20 ($p = 0,1075$). Contudo, mostrou que não ter planejado quase dobra o risco (OR= 1) quando comparado a ter planejado a gestação (OR=0.5605), além do gráfico de MCA ter agrupado as mulheres que não planejaram no $SRQ-20 \geq 7$ e as que planejaram no $SRQ-20$

< 7. Tal cenário corrobora a pesquisa de Lima et al. (2017) no qual mostrou o planejamento como fator para diminuição das chances de desenvolver sintomas depressivos na gravidez.

Em contrapartida, muitas mulheres entrevistadas relataram estarem felizes com a gravidez atual (89,54%) mesmo ela não sendo planejada. Além disso, não houve relevância estatística da ausência de felicidade para o desenvolvimento de adoecimento mental ($p = 0,9876$), embora a MCA tenha agrupado a não satisfação/felicidade como fator de risco ($SRQ \geq 7$), o que pode ser esclarecido pela associação dessa insatisfação com outros fatores de risco estatisticamente significantes nesta pesquisa.

A análise dos dados sobre medo ou anseio durante a gestação, revelou que mais da metade dessas gestantes (52,94%) relataram experimentar essas emoções, o que indica ser um período de mudanças e desafios emocionais. O medo mais frequentemente relatado foi o medo do parto, afetando 64,20% das mulheres que participaram deste estudo. Este resultado reflete aspectos amplos da experiência emocional que o parto pode exercer. Segundo Mello et al. (2021), sua origem inclui o medo da dor, a preocupação com intervenções médicas, o receio de perder o controle durante o parto e a sensação de falta de apoio.

Além disso, foi observado que houve uma associação significativa entre a presença de algum medo e o rastreio positivo de TMC ($p = 1,63 \times 10^{-4}$ e $OR = 3,6971$). Ademais, não apresentar nenhum medo foi agrupado na MCA com $SRQ-20 < 7$.

Em consonância, Rubertsson et al. (2014) aborda que sintomas de ansiedade durante a gravidez aumentam a taxa de medo do parto, além de elevar a preferência por cesariana. O que evidencia a importância de orientações sobre o parto durante o acompanhamento pré-natal, uma vez que não somente a quantidade de consultas mas também a qualidades delas estão ligadas a diminuição da ansiedade e medo do parto (Carvalho; De Oliveira; Bezerra, 2019).

6.4 TMC E HISTÓRIA DE SAÚDE MENTAL

No que concerne à investigação sobre experiências traumáticas recentes, os dados evidenciaram que 21,57% das participantes relataram ter vivenciado algum evento. Esse fator mostrou associação direta com o provável TMC ($p = 0,047$), de forma que essas mulheres dobraram a chance do desenvolvimento de provável sofrimento ($OR = 2.4264$).

Flory e Yehuda (2015) esclarecem que, após uma experiência traumática, uma pessoa pode desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Eles observaram que o TEPT está

frequentemente associado ao surgimento de depressão maior, especialmente em indivíduos que têm uma tendência a internalizar suas emoções e experiências.

Sobre a exposição a violência ao longo da vida, cerca de um quarto das mulheres (24,18%) relataram ter sido vítimas. A forma de violência mais frequentemente mencionada foi a violência física e/ou verbal durante a infância ou adolescência, seguida por violência sexual também durante a infância ou adolescência, e em terceiro lugar a violência doméstica.

Esse panorama espelha dados recentes, com o DATASUS registrando, em 2023, 85 casos de violência física e 194 casos de violência sexual contra meninas de 1 a 19 anos no município de Altamira. Além disso, embora a violência doméstica tenha sido relatada com menor frequência pelas mulheres nesta pesquisa, ressalta-se um número alto de notificações no ano de 2023, no qual 81 mulheres foram vítimas de violência por parte de seus cônjuges em Altamira. Esses números são alarmantes para a região, especialmente considerando que muitos casos de violência ainda são subnotificados.

Outrossim, os resultados da análise estatística indicam uma clara associação entre ter passado por um tipo de violência e um aumento significativo no risco de adoecimento psíquico durante a gravidez ($p = 3,66 \times 10^{-5}$ e $OR = 6.6162$). Em concordância, Moraes, Campos e Avelino (2016) aduziu em seu estudo que ter experiência de violência física ou psicológica aumenta em quase 3 vezes a chance de ter sintomas depressivos na gestação.

Siebra et al. (2019) evidenciou no seu estudo bibliográfico que as pessoas que sofreram abuso sexual na infância estão associadas a maiores estimativas de problema psicológicos, como a depressão. Este achado é significativo, pois sugere que experiências traumáticas precoces na infância culminam com efeitos duradouros e persistentes, moldando a forma como as mulheres enfrentam situações adversas ao longo de suas vidas, como a gestação.

Sobre ter histórico de depressão e/ou ansiedade diagnosticada, ou a presença de sintomatologias desses transtornos entre as gestantes, uma porcentagem significativa de mulheres revelaram serem afetadas (37,91%). Os sintomas e transtornos mais frequentemente relatados foram, por ordem de frequência, a ansiedade isolada, seguida pela depressão isolada e a combinação de ansiedade e depressão.

Essa conjunção ilustra resultados como de Costa et al. (2018), no qual foi encontrado mais sintomas ansiosos entre as gestantes (20,4%) frente a 16,2% com sintomas depressivos. Assim como na pesquisa de Tang et al. (2019) em que 15,04% experimentaram ansiedade e 5,19% experimentaram depressão no início da gravidez.

Esse histórico de adoecimento mental mostrou-se como o fator de risco estatisticamente mais significativo para o provável TMC durante a gestação ($p = 4,12 \times 10^{-6}$ e $OR = 5.5673$). Com isso, ter história psiquiátrica de depressão ou ansiedade está ligada com o aumento do risco de transtornos durante a gravidez, principalmente no início, assim como relatou Rubertsson et al. (2014). O que reforça a necessidade da investigação detalhada dos antecedentes pessoais das gestantes durante o pré-natal.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que há uma prevalência significativa da probabilidade de TMC durante a gestação no município de Altamira, assim como demonstrou que há fatores de risco que se correlacionam para gerar estados de sofrimento mental que podem culminar com depressão e/ou ansiedade durante o período gravídico.

Dessa forma, é essencial considerar as situações de vulnerabilidade que algumas gestantes apresentam, destacando a importância de abordar e oferecer suporte a situações atuais e experiências passadas, como de trauma, violência e histórico depressivo ou ansioso anterior. Reconhecer e entender o impacto dessas vivências pode ser fundamental para proporcionar um cuidado mais eficaz e sensível às necessidades das gestantes. Além disso, ficou claro a necessidade de abranger, durante o pré-natal, as dúvidas acerca do período gestacional, visando mitigar os anseios e medos que essas mulheres apresentam.

O redirecionamento das políticas públicas a essas gestantes vulneráveis requer melhorias nas abordagens durante o pré-natal. É importante implementar e/ou redirecionar ações dentro da APS para o melhor acompanhamento da saúde mental durante o período gravídico, por meio da anamnese detalhada e aplicação de escalas de triagem desde o primeiro trimestre.

Ademais, observamos que existe a necessidade de ser realizar novos estudos que investiguem de maneira mais ampla outras variáveis que se associam como fatores de risco, assim como a investigação das possíveis consequências do adoecimento mental para a gestação, parto e pós-parto na região do Xingu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMPODI, Thilini et al. Incorporating early pregnancy mental health screening and management into routine maternal care: experience from the Rajarata Pregnancy Cohort (RaPCo), Sri Lanka. **BMJ Global Health**, v. 8, n. 9, p. e012852, 2023.

ALIANE, Poliana Patrício et al. Avaliação de saúde mental em gestantes. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 113-122, 2008.

ALMEIDA, Michele Scortegagna de et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 385-394, 2012.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Recurso eletrônico]. (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

ARAÚJO, Daniele Marano Rocha; PEREIRA, Natália de Lima; KAC, Gilberto. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2007.

ARAÚJO, Daniele Marano Rocha et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, p. 333-340, 2008.

ARAÚJO, Natalúcia Matos et al. Body and sexuality during pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 552-558, 2012.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

BOLSONI, Livia Maria. **Avaliação da fidedignidade e validade do Mini-Rastreo de Transtornos Mentais (Mini-RTM)**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

BONATTI, Angélica Fatima et al. Factors Associated to the Unplanned Pregnancy Type in the Family Health Strategy Project/Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestão de Alto Risco** [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1ª edição – 2022 – *versão preliminar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 573-581, 2007.

CARRILO-MORA, Paul et al. Alterações fisiológicas durante a gravidez normal. **Revista de la Facultad de Medicina (México)**, v.64, n.1, p. 39-48, 2021.

CARVALHO, Silas Santos; DE OLIVEIRA, Bruno Rodrigues; BEZERRA, Isis Souza Alves. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Revista Educação em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 142-150, 2019.

CASSIANO, Ana Paula Carvalho; MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. Atenção primária à saúde: estigma a indivíduos com transtornos mentais. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 13, 2019.

CAVALCANTE, Mariah Melo Cordeiro et al. Impactos da gravidez na adolescência na saúde mental das jovens. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e71436-e71436, 2024.

CENA, Loredana et al. Prevalência de ansiedade comórbida e sintomatologia depressiva no terceiro trimestre da gravidez: Analisando sua associação com características sociodemográficas, obstétricas e de saúde mental. **Journal of affective disorders**, v. 295, p. 1398-1406, 2021.

CHANG, Fang et al. Prevalence of depressive symptoms and correlated factors among pregnant women during their second and third trimesters in northwest rural China: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022.

CHIAVERINI, Dulce Helena. Guia prático de matriciamento em saúde mental. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde. **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

COSTA, Ana Cleide Mineu et al. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 461-471, 2021.

COSTA, Daisy Oliveira et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 691-700, 2018.

COUTO, Ana Cristina Lima; SILVA, Claudéci. Pobreza, escolaridade e formas de inserção no mercado de trabalho: uma análise para o Brasil nos anos de 2012 e 2019. **Revista Orbis Latina-Racionalidades, Desenvolvimento e Fronteiras-ISSN: 2237-6976**, v. 12, n. 1, p. 62-82, 2022.

DE CARVALHO, Laís Lage et al. Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. **Psico**, v. 52, n. 4, p. e36341-e36341, 2021.

DE CASTILHOS, Carolyne Cristina Assumpção; SANTOS, Mariana Luiza Nicácio; LIMA, Ronaldo Nunes. Transtornos mentais na gravidez: gestantes assistidas na atenção primária. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde–ReBIS**, v. 2, n. 4, 2020.

FALCONE, Vanda Mafra et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FLORY, Janine D.; YEHUDA, Rachel. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 17, n. 2, p. 141-150, 2015.

FONSECA, Maria Liana Gesteira; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, 2008.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTEGA, Neury José. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, p. 245-249, 2002.

GANDOLF, Fabiana Romagnoli Rodrigues et al. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 27, n. 1, p. 126-131, 2019.

FONTES, Giordana Calvão Fontes; DINIZ Gláucia Ribeiro Starling. Gênero, saúde mental e violência: impactos adversos da violência conjugal psicológica na saúde mental de mulheres. In: I CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA EM PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2018, Brasília. **Anais eletrônicos**. Campinas, Galoá, 2018.

GOLDBERG, David P.; HUXLEY, Pedro. **Transtornos mentais comuns: um modelo biossocial**. Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 380-390, 2008.

GREEN, Michael; BENZEVAL, Michaela. Envelhecimento, classe social e transtornos mentais comuns: evidências longitudinais de três coortes no oeste da Escócia. **Medicina psicológica**, v. 41, n. 3, pág. 565-574, 2011.

GUERRA, Maria João et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 1, p. 117-124, 2014.

GUIMARÃES, Fernanda Jorge et al. Adoecimiento mental en gestantes. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 499-534, 2019.

GUL, Fouzia et al. Association of stress with anxiety and depression during pregnancy. **J Pak Med Assoc**, v. 67, n. 12, p. 1803-8, 2017.

GUYTON, A.C; Hall J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13^a ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017

KHANGHAH, Atefeh Ghanbari; KHALESI, Zahra Bostani; AFAGH, Rad Hassanzadeh. A importância da depressão durante a gravidez. **Reprodução assistida JBRA**, v. 4, pág. 405, 2020.

KLIEMANN, Amanda; BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças-Psicologia da saúde**, v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017.

LEAL, Kamila Soares et al. Desafios enfrentados na universidade pública e a saúde mental dos estudantes. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 8, p. 59-69, 2019.

LILLIECREUTZ, Caroline et al. Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden—A case-control study. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 100, n. 6, p. 1068-1074, 2021.

LIM, Grace. Perinatal depression. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 34, n. 3, p. 233-237, 2021.

LIMA, Ana Flávia Gomes de; BARBOSA, Maria Vitória Rodrigues; ARAÚJO, Raquel Vilanova. Fatores de risco associados à depressão em gestantes: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v.9, n. 10, p.1-19, 2020.

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 39-46, 2017.

LUCCHESI, Roselma et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestantes: estudo transversal. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. e20160094, 2017.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. Rio de Janeiro: Editora Jaguatirica Digital, 2013.

MARQUES, Luzilene de Carvalho et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 2, p. 145-159, 2016.

MELLO, Rafaela Saragiotto Ferreira de et al. Medo do parto em gestantes. **Femina**, p. 121-128, 2021.

MILGROM, Jeannette et al. Fatores de risco pré-natais para depressão pós-parto: um grande estudo prospectivo. **Journal of affective disorders**, v. 108, n. 1-2, p. 147-157, 2008.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MORAES, Eleomar Vilela de; CAMPOS, Rodolfo Nunes; AVELINO, Mariza Martins. Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 293-300, 2016.

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00032016, 2017.

NASCIMENTO, Valdir Aragão et al. Transtornos mentais e sociedade: o sofrimento psíquico na atualidade. **Transtornos mentais e sociedade: vãos e desvãos do sofrimento psíquico em perspectiva multidisciplinar**, p. 6, 2021.

NATH, Selina et al. Mental health problems and fear of childbirth: A cohort study of women in an inner-city maternity service. **Birth**, v. 48, n. 2, p. 230-241, 2021.

NERY, Nathália Gianini et al. Assessment of anxiety and self-esteem experienced by women during pregnancy. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 71, 2021.

NOGUEIRA, Suelen Marçal; MENDONÇA, Jordana Borges. Fatores de risco para desenvolvimento de transtornos mentais comuns em adolescentes gestantes do município de Ceres-GO. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 4, n. 2, 2015.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 144-153, 2008.

PINTO, Tiago Miguel et al. Depressão e ansiedade materna e crescimento fetal-neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 93, p. 452-459, 2017.

PRITSCHET, Laura et al. Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy. **bioRxiv**, p. 2023.12. 14.571688, 2023.

PURI, Tanvi A.; RICHARD, Jennifer E.; GALEA, Liisa AM. Além das diferenças sexuais: efeitos de curto e longo prazo da gravidez no cérebro. **Trends in Neurosciences**, v. 46, n. 6, p. 459-471, 2023.

REJNÖ, Gustaf et al. Ansiedade materna, depressão e asma e resultados adversos da gravidez - um estudo de base populacional. **Relatorios Científicos**, v. 9, p. 1-9, 2019.

RUBERTSSON, Christine et al. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. **Archives of women's mental health**, v. 17, n. 3, p. 221-228, 2014.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-544, 2010.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; PEROSA, Gimol Benzaquen. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018.

SIEBRA, Danielle Xenofonte et al. Os Prejuízos causados à Saúde Mental e à vida sexual adulta das mulheres vítimas de Abuso Sexual na infância. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, n. 46, p. 359-378, 2019.

SILVA, Bruno Pereira da et al. Transtorno mental comum e transtorno depressivo perinatal: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p.1-8, 2020.

SILVA, Lília Bittencourt et al. Maternidade-Trabalho: Experiências Emocionais ao Longo da Gravidez, Licença-Maternidade e Retorno ao Trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 22, n. 3, p. 2153-2162, 2022.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03253, 2017.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em português)**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2020.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, 2015.

SOBRINHO, Ana Teresa; MOTA, Rui Campos. Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 1, p. 47-59, 2016.

SONCINI, Natália CV et al. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 20, n. 1, p. 122-136, 2019.

SOTO-BALBUENA, María Cristina et al. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. **Psicothema**, v.30, n. 3, p. 257-263, 2018.

THIENGO, Daianna Lima et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, p. 214-220, 2012.

WIEMANN, Indria; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados nos usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 19, n. 2, 2015.

VAN DE LOO, Kim FE et al. Depression and anxiety during pregnancy: the influence of maternal characteristics. **Birth**, v. 45, n. 4, p. 478-489, 2018.

VIEIRA, Carolina Sales et al. Sociodemographic factors and prenatal care behaviors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian birth cohort study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 2, p. 237-243, 2020.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85–S100, 2014.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib obstetrícia**. 3º ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: “AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE GESTANTES ASSISTIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA- PA”, sob coordenação da Prof. Msc. Helane Conceição Damasceno.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA As mudanças fisiológicas somadas a situações sociais da gestante alteram a sensação de satisfação plena e causam variações de humor durante a gravidez. Com tais transformações, a gestante esta suscetível a sofrer estresse, ansiedade e também episódios depressivos, os quais podem afetar o desenvolvimento fetal. Assim nossa pesquisa visa identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de transtornos não psicóticos durante a gravidez em gestantes assistidas por Unidades de Saúde da Família da cidade de Altamira-PA.

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS Se aceitar participar da pesquisa, você irá responder dois questionários. Um questionário que contém perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficos e laborais e outro que contém perguntas que rastrearão transtornos mentais não psicóticos.

CONFIABILIDADE DO ESTUDO Os participantes da pesquisa terão suas identidades preservadas, de forma que não serão divulgadas para outras pessoas ou entidades. Todos os dados individuais coletados estarão sob a condição de anonimato e confidencialidade, de forma que todas as informações obtidas e que estejam relacionadas com sua privacidade serão mantidas em sigilo. A divulgação dos resultados dessa pesquisa ocorrerá na forma de apresentações em eventos científicos e na forma artigo científico, impossibilitando a identificação dos participantes. Os materiais envolvidos na coleta e construção dos dados serão mantidos em poder dos pesquisadores pelo período máximo de cinco anos, a contar de sua primeira apresentação formal, após esse período serão destruídos.

BENEFÍCIOS ESPERADOS Esta pesquisa ajudará a identificar indivíduos expostos a fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais não psicóticos durante a gravidez em gestantes atendidas por Unidades de Saúde da Família e possibilitará o estabelecimento de programas que ajudem futuras gestantes a terem melhor qualidade de vida e aproveitamento na execução de suas atividades, e ainda irá difundir no Campus Universitário Altamira o conhecimento acerca dos transtornos mentais não psicóticos em que pessoas grávidas estão exposta.

RISCOS Toda pesquisa com seres humanos apresenta riscos em tipos e gradações variadas, porém será assegurada a aplicação de medidas para que danos previsíveis sejam evitados, dessa forma a equipe será treinada para a aplicação dos questionários. Caso você sinta algum desconforto durante o processo de coleta de dados, você pode se negar a responder.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA Você receberá todas as informações que julgar necessárias, sejam elas relacionadas aos procedimentos adotados, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Em posse destas informações você terá a liberdade para decidir se deseja participar desta pesquisa. Visando evitar qualquer constrangimento ou desconforto você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou abandoná-la (retirar seu consentimento) a qualquer instante, sem que isto emane qualquer prejuízo, e todo material coletado será destruído.

GASTOS ADICIONAIS Não haverá qualquer despesa pessoal para o Sr.(a), assim como sua participação é voluntária e não lhe será pago qualquer valor por ela. Para participar você precisa apenas em concordar.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES ADICIONAIS Caso queira ter acesso às informações relacionadas à pesquisa os pesquisadores comprometem-se a fornecê-las. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com os responsáveis: Tayla Sousa (91) 98923-7729, pelo e-mail: Tayla.sousa@altamira.ufpa.br; através do seguinte endereço: Universidade Federal do Pará – UFPA, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de Medicina, Rua Coronel José Porfírio, N° 2515, Campus II, CEP-68372-040. Declaro para os devidos fins que recebi as informações sobre a pesquisa acima apresentada e fui devidamente esclarecida, inclusive sobre os riscos e os benefícios desta pesquisa, motivos pelos quais autorizo a minha participação respondendo os questionários apresentados.

(Assinatura do participante)
Altamira, PA ___/___/2024

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Avaliação do estado de saúde mental de gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família.

Nome: _____

Idade: _____

Etnia:

Branca Parda Preta Amarela Indígena

Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio Graduação

completo incompleto

Ocupação: _____

Estado Civil: Casada Solteira União Estável Outro

Situação de emprego:

Autônoma Empregada (com carteira assinada)

Empregada(sem carteira assinada) Desempregada Outro:

Renda:

Menos de 1 salário mínimo (< R\$ 1212,00)

1 salário mínimo (R\$ 1212,00)

De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1212,00- R\$3636,00)

Acima de 3 salários mínimos (> R\$3636,00)

Situação de moradia: Casa própria Casa alugada Casa cedida Outro:

Exposição à violência? Se SIM, qual?

Não Sim, sofreu violência. Sim, sofreu violência

Qual? _____

Já passou por algum evento traumático recente (acidente, morte de alguém próximo, separação, brigas, etc)?

Sim Não Qual? _____

História obstétrica e gestação atual:

Data da última menstruação: _____ idade gestacional atual: _____

Quantas Gestações (contando com a atual): _____ número de partos: _____

A sua gravidez foi planejada? Sim Não

Sua gravidez é de risco? Risco habitual Alto risco Não sei responder

Tem algum anseio ou medo na gestação atual? Se SIM, quais?

Não Sim Quais? _____

Tem ou já teve algum transtorno mental (depressão, ansiedade, síndrome do pânico)? Se SIM, quais?

Não Sim Quais? _____

De modo geral, você se sente feliz com a gestação atual? Se NÃO, por quê?

Sim Não Por quê? _____

ANEXO A – SRQ 20

TESTE: SRQ 20 – SESLF REPORT QUESTIONNAIRE

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

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE GESTANTES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: HELANE CONCEICAO DAMASCENO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68267023.0.0000.0018

Instituição Proponente: Campus Universitário de Altamira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.159.462

Apresentação do Projeto:

O adoecimento mental, um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, ainda é permeado pela estigmatização social. Os transtornos mentais comuns (TMC) podem apresentar uma sintomatologia variada. Tais quadros podem ser confundidos com determinado ciclo

como, por exemplo, a gestação. Ao abordar a mulher grávida, sabe-se que a gestação não é marcada por plenitude e sim por grandes e complexas transformações. Diante da magnitude de tais mudanças, mulheres inseridas em contextos de fragilidades durante a gravidez podem apresentar exacerbações sintomatológicas, ocasionando quadros de ansiedade e episódios depressivos. A ansiedade e a depressão no período perinatal aumentam a probabilidade de desfechos desfavoráveis para a mãe e o bebê. Por isso, é imprescindível que o acompanhamento, o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento dos quadros psíquicos das gestantes sejam adequadamente abordados durante o pré-natal.

JUSTIFICATIVA: A identificação de transtornos mentais em gestantes e suas causas constitui um desafio no contexto da atenção básica. Tal determinante é evidenciada no município de Altamira-PA, visto que não há estudos e programas específicos que visem compreender e cuidar da saúde mental dessas mulheres na região. Nesse sentido, estimar a ocorrência de transtornos mentais comuns na gestação e identificar seus fatores de risco mostram-se essenciais para melhorar o entendimento dessa problemática e possibilitar melhores assistências na região.

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.159.462

Outros	declaracao_pertinencia.pdf	21/06/2023 22:00:27	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	21/06/2023 21:55:23	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	21/06/2023 21:50:15	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMP_PESQUISADOR.pdf	21/06/2023 21:47:42	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	municipio.pdf	23/03/2023 23:42:03	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_.pdf	23/03/2023 23:24:42	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Comisso_Cientfica_Pesquisa_Helane.pdf	17/03/2023 21:29:25	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/03/2023 21:28:30	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Comite.pdf	17/03/2023 21:12:51	HELANE CONCEICAO DAMASCENO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 03 de Julho de 2023

**Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA – FAMED

CARTA DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, Helane Conceição Damasceno, docente da Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Altamira, Faculdade de Medicina, comprometo-me a orientar o Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado "GESTAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ALTAMIRA PA", desenvolvido pela discente:

1- 04470928208 / Tayla Ramille dos Reis Sousa

(Matrícula) (Nome do discente)

22 de Setembro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br HELANE CONCEICAO DAMASCENO
Data: 23/09/2024 09:26:26-0300
Verifique em <https://validar.j5.gov.br>

Profª. Me. Helane Conceição Damasceno