

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**ROSELY PORTO AGUIAR**

**DOENÇA MENTAL NA GESTAÇÃO: depressão e ansiedade**

São Luís  
2018

**ROSELY PORTO AGUIAR**

**DOENÇA MENTAL NA GESTAÇÃO: depressão e ansiedade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Prof.(a).Esp. Fernanda Duarte Santos Matos

São Luís  
2018

**ROSELY PORTO AGUIAR**

**SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO: depressão e ansiedade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Esp. Fernanda Duarte Santos Matos**

Universidade Federal do Maranhão

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

## **SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO: depressão e ansiedade**

**ROSELY PORTO AGUIAR**

### **RESUMO**

Cada mulher vive a gravidez como uma experiência única que envolve uma série de transformações psíquicas, físicas, fisiológicas, sociais e emocionais. Sendo na maioria dos casos um processo saudável, surgem por vezes alguns desvios da normalidade como, por exemplo, a ansiedade e a depressão e que podem, se não tratados a tempo, acarretar problemas na gestação tanto a mãe quanto ao filho. Assim, o presente trabalho tem como objetivo abordar os transtornos mentais na Gestação (ênfatisando a Ansiedade e a Depressão), para que possa conceber ferramenta auxiliar de qualificação e aprimoramento da prática clínica. Neste estudo fez-se uma abordagem de cunho qualitativo pautada no método dialético, baseando em princípios fundamentais, como é o caso da interconexão dos fenômenos, segundo o qual estes por si só não existem, portanto, não possuem legitimidade. Dessa forma, a pesquisa é do tipo descritivo e segundo o procedimento de coleta de dados sua natureza será do tipo qualitativo e quantitativo através de revisões bibliográficas, livros, consulta via internet, mais especificamente nos sites da: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Além disso, o trabalho baseou-se também no Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Portanto, concluiu-se que a gestação não é salvação para a doença mental e que há diversos fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento, assim como complicações ligadas a sua existência. A precaução e a intervenção mostram-se dessa forma imprescindível, sendo muitas vezes indispensável uma abordagem multiprofissional.

**Palavras-chave:** Doença mental. Gravidez. Depressão. Ansiedade.

## **MENTAL HEALTH IN GESTURE: depression and anxiety**

**ROSELY PORTO AGUIAR**

### **ABSTRACT**

Every woman experiences pregnancy as a unique experience that involves a series of psychic, physical, physiological, social and emotional transformations. Being in most cases a healthy process, sometimes there are some deviations from normality, such as anxiety and depression, which can, if not treated in time, cause pregnancy problems for both mother and child. Thus, the present work aims to address mental disorders in pregnancy (emphasizing anxiety and depression), so that it can conceive an auxiliary tool for qualification and improvement of clinical practice. In this study, a qualitative approach was based on the dialectical method, based on fundamental principles, such as the interconnection of phenomena, according to which they alone do not exist, therefore, they do not have legitimacy. Thus, the research is descriptive and according to the data collection procedure, its nature will be of the qualitative and quantitative type through bibliographical reviews, books, consultation via the internet, more specifically on the websites of: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. In addition, the work was also based on the Statistical Manual and Diagnosis of Mental Illness (DSM) and the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Therefore, it was concluded that gestation is not salvation for mental illness and that there are several risk factors that contribute to its development, as well as complications related to its existence. Precaution and intervention are essential, and a multi-professional approach is often indispensable.

**Keywords:** Mental disease. Pregnancy. Depression. Anxiety

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais vêm acometendo muitas pessoas no mundo inteiro, no Brasil esse problema vem aumentando e dentre os acometidos destaca-se as mulheres com maior prevalência, principalmente transtornos de ansiedade, humor e depressão.

Dentro de todo o ciclo da mulher, o período gestacional é um momento de varias conturbações psiquiátrico, pois na maternidade é um período de maior vulnerabilidade da mulher, onde a mesma passa por inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e familiares. Segundo Silva (2010) A gestação é um período de mudança que faz parte do desenvolvimento humano. Há transformações no organismo da mulher e no seu bem-estar, alterando seu estado emocional e o seu papel sócio familiar, podendo assim, ser um período em que se observam aumentos de sintomatologias, ou mesmo, o desenvolvimento de transtornos mentais.

De certa forma esses transtornos na gravidez muitas vezes são negligenciados por dois fatores: seja pela cultura que já existe da gravidez ser frequentemente apontada como um período de bem-estar emocional para a mulher e sua família; e pelo fato de se dar atenção somente para os transtornos pós-partos. “No entanto, os dados epidemiológicos apontam que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gravidez e no puerpério. Diferenças observadas sinalizam maiores prevalências no período da gravidez em relação ao período pós-parto tornando a gestação uma fase primordial para diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas”. (ALMEIDA et al, 2012).

Assim, o objetivo deste trabalho é uma abordagem sobre doença mental na gestação, por intermédio da revisão bibliográfica das divulgações existentes, onde se descreve sobre: os transtornos mentais; os transtornos mentais e a gestação; ansiedade; e depressão podendo assim constituir uma ferramenta auxiliar de progressão e aprimoramento da prática clínica.

Neste estudo fez-se uma abordagem de cunho qualitativo pautada no método dialético, baseando em princípios fundamentais, como é o caso da interconexão dos fenômenos, segundo o qual estes por si só não existem, portanto, não possuem legitimidade. Assim neste trabalho a dialética procura na inter-relação entre os fatos, de forma dinâmica, fazer uma abordagem tendo como referencia os

estudos de VERGARA (2003). Dessa forma, a pesquisa é do tipo descritiva e segundo o procedimento de coleta de dados sua natureza será do tipo qualitativa e quantitativa através de revisões bibliográficas dos principais artigos encontrados, livros e revistas especializadas em banco de dados como: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Google Acadêmico.

Assim, o predomínio de problemas psiquiátricos em mulheres gestantes torna visível a necessidade de um trabalho constante para detectar as razões e ampliar tratamentos eficientes para os transtornos mentais entre mulheres gestantes e no período puerpério.

## **2 TRANSTORNOS MENTAIS**

Os transtornos mentais são condições de anormais de comportamento como o humor dificultando o desempenho das atividades diárias do indivíduo com o seu modo de se relacionar consigo próprio e com o grupo podendo ser constante ou cíclica. Sendo diagnosticada através dos sintomas específicos.

Transtornos Mentais e Comportamentais são as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global que não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos (WHO, 2001).

A APA - Associação de Psiquiatria Americana criou um Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM), onde se discrimina os transtornos mentais. No Brasil é utilizada a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), nele consta uma lista de todas as perturbações mentais e comportamentais com os critérios para averiguação e definição, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM), "os transtornos metais são síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem no indivíduo e estão associados a sofrimento

ou a incapacitação ou a um risco significativamente aumentado de sofrimento, dor, deficiência ou perda importante da liberdade” (APA, 2003).

Este Manual é de fundamental importância para a classificação das doenças mentais bem como para diagnóstico e tratamento das doenças. É dividido em 3 seções. A primeira descreve sobre informações básicas; A segunda sobre os critérios diagnósticos e códigos; e a terceira sobre os Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes. É um recurso bastante útil aos profissionais, pesquisadores e estudantes da área onde os mesmo possam ter uma linguagem universal para facilitar a comunicação entre estes e o paciente acometido do problema.

O CID-10, em seu quinto capítulo (F) dedicado aos transtornos mentais, classifica-os em: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 - F09); Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa (F10 - F19); Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 - F29); Transtornos de humor (afetivos) (F30 - F39), incluindo a depressão; Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes (F40 - F48); Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos (F50 - F59); Transtornos da personalidade e do comportamento em adultos (F60 - F69); Retardo Mental (F70 - 79); Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 - F89); Transtornos emocionais e do comportamento com início geralmente na infância ou a adolescência (F90 - F98); Transtorno mental não especificado (F99).

O transtorno mental é um mal que vem afetando grande parte da população. Não têm uma causa específica. Eles são formados por uma composição de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Mais podemos citar como um dos fatores o econômico, a busca desenfreada pelo poder, por boas condições de vida, as pessoas acabam se excedendo em horas de trabalho ficando assim sem tempo para o lazer, para a família e os amigos.

Essa nova geração imediatista onde o tempo é dinheiro e a beleza é prioridade acaba por muitas vezes se distanciando das relações afetivas. Segundo Who (2001) esse ônus crescente representa um alto custo em termos de sofrimento humano, prejuízos econômicos e incapacidade para o indivíduo e seus familiares, gerando impacto negativo sobre a qualidade de vida.



No Brasil, os principais fatores que podem ocasionar as doenças mentais são: o elevado número de pobres, a desigualdade, o desemprego. Além disso, existem fatores ambientais, como o estilo de vida em grandes cidades.

No Brasil, aproximadamente 3,6 milhões de pessoas, o que corresponde a 3% da população, sofrem de transtorno mental severo e persistente; 6% apresentam transtornos psiquiátricos em consequência do uso de álcool e drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual, segundo estudos da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MACHADO, 2005; WHO, 2005a).

Deste fato, há carência de ações e programas voltados para a saúde mental de grupos específicos da população brasileira, como a saúde mental de crianças e adolescentes, mulheres, idosos, bem como da população em geral. Segundo Silva (2014) Na maior parte do mundo, a saúde mental e os transtornos mentais estão longe de receberem a mesma importância dada à saúde física, sendo clara a desproporção entre os índices de doenças e o gasto com elas despendido.

Assim, os tipos de comportamentos que ocasionam problemas mentais estão relacionados à falta de tolerância, de adaptabilidade e criação de recursos internos para lidar com situações adversas que fazem parte da vida. Estamos criando uma geração de indivíduos com egos fragilizados, empobrecidos de recursos internos e, portanto suscetíveis às doenças emocionais e psíquicas.

## **2.1 Transtornos mentais e a gestação**

Nas últimas décadas a mulher se sobressaiu muito no mercado de trabalho ocasionando modificações quanto à saúde reprodutiva da mulher, muitas comandam famílias, onde o papel era somente dos homens, isso se refletiu também na escolaridade, pois a vida profissional exige. Com tantas exigências de responsabilidades percebeu-se uma queda na taxa de natalidade, pois com a menor quantidade de filhos a mulher pode com maior facilidade conciliar o trabalho com a atividade doméstica.

Mas, toda essa dedicação ao trabalho e a família onde a mulher acaba assumindo uma jornada de trabalho extensa acaba sobrecarregando-a interferindo assim na saúde mental. Essa especificidade por si só não é responsável pelos problemas mentais nem mesmo a gravidez em si, mas algumas condições específicas acabam interferindo nesse quadro. Como Bortoletti (2007) bem elucida

“fato explicado pelas inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social características deste momento da vida da mulher e que podem refletir diretamente em sua saúde mental”.

É um mito de que a gravidez é o momento mais maravilhoso da mulher, cheio de alegrias e satisfações, quando na verdade os casos de depressão podem aparecer inicialmente neste período, há casos de recorrência em mulheres que já passaram por esse tipo de problema. Camacho et al (2006) afirma que na crença popular, a gravidez é considerada uma fase de alegria e felicidade para todas as mulheres. Assim, acreditava-se que a gestação teria um efeito protetor sobre a saúde mental da mulher.

Embora se tenha a certeza de que as alterações físicas na mulher são indiscutíveis, as alterações psicológicas são as que podem acarretar maiores problemas a gestação.

Cada trimestre da gravidez caracteriza-se por mudanças específicas acompanhadas pela evolução fisiológica da gestação. Nesse âmbito, a descoberta da gravidez, por exemplo, pode acarretar alguns dos conflitos como a vontade de ser mãe contraposta ao medo desta experiência. O segundo trimestre é marcado por mudanças mais concretas por serem sentidas e percebidas no próprio corpo da gestante. A percepção dos movimentos fetais faz com que ela compreenda o filho, enquanto o crescimento uterino requer a adaptação à sua nova imagem corporal. No último trimestre da gravidez, todos esses conteúdos podem estar presentes em menor ou maior intensidade, porém, a proximidade do parto define essa fase. Apesar da evolução das tecnologias, o medo do parto ainda está bastante presente entre as gestantes (TEDESCO, 2002).

Dessa forma, a gravidez para a mulher é um momento de grandes transformações, contradições, inquietações e tensões em sua vida que exige inúmeras adaptações tanto para a gestante quanto para a família, pois este momento engloba todo o seu entorno, com o envolvimento conjugal e familiar. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), a transição para gravidez envolve a redefinição dos propósitos de vida da mulher, considerando que estar grávida não é um evento isolado e que sua confirmação acarreta um rearranjo com a influência de vários fatores, sociais, econômicos, culturais e emocionais.

Assim, durante a gravidez os transtornos mentais apresentam-se como condições psicopatológicas que comprometem o desenvolvimento da gestação tanto para a mãe como para o feto, no curto e longo prazo (ALMEIDA et al., 2012), revestindo-se de grande importância pela associação com indicadores de morbidade

e mortalidade materna assim como pelas consequências e suas possíveis complicações (MURATA, 2012).

Em se tratando de saúde mental, a gravidez pode estar relacionada desde sintomas psíquicos e transtornos mentais leves até aqueles mais graves como os quadros psicóticos (BROCKINGTON, 2004). Dentre eles podemos destacar os transtornos a ansiedade e a depressão, temas que serão descritos a seguir.

## 2.2 Ansiedade

Segundo Barros (2003) O termo ansiedade tem origem grega, Anshein, que significa oprimir, sufocar. Sadock (2007) diz que a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte das experiências humanas. Vieira, Porcu, Buzzo (2009) descreve que são “situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo e provocam uma reação biológica e comportamental ao fator estressante”.

Nem sempre este estado é patológico, é uma defesa do organismo como mecanismo de sobrevivência, ou seja, são desenvolvidas capacidades perceptíveis perante a necessidade fisiológica. Dessa forma, considera-se a ansiedade responsável pelas adaptações do organismo às situações de perigo (SADOCK, 2007). Assim, a ansiedade está presente em nosso dia a dia, mas quando esse quadro piora e vira uma constância passa a ser patológico.

No organismo humano existe um complexo circuito regulador entre o sistema imunológico e o endócrino que está envolvido nos processos de adaptação ao meio. Este circuito, durante períodos de estresse, lança na corrente sanguínea encefalinas e catecolaminas, através da glândula suprarrenal, e endorfinas e ACTH através da hipófise, responsáveis pela resposta do organismo, considerada como uma defesa deste para o estado de estresse. Quando existe um excesso dessas defesas, provocado pela frequência e intensidade de agente psicossocial estressante, surgem, como consequência, as doenças de adaptação. Eventos traumáticos como perdas, doenças terminais, divórcios e, mesmo exames acadêmicos, podem acarretar consequências mórbidas do ponto de vista psiconeuroimunológico (MOREIRA, 2003).

Os estudos indicam que a ansiedade pode ter a definição diferenciada em: estado, traço e transtorno de ansiedade. Segundo Faisal; Menezes (2007) O estado de ansiedade é relatado como uma condição emocional temporária e transitória com intensidade variável, sendo percebida pela consciência. Já o traço

ansiedade está relacionado às características individuais referentes à personalidade e determinada como estável durante o tempo. Quanto ao transtorno, Gorestein e Andrade (2000) relata que se refere à ansiedade em um nível patológico, durável e desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento, ou ainda, quando é uma resposta inadequada à determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração.

De acordo com Sadock (2007) “A ansiedade está entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população e seus sintomas estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua vida”. Os sintomas podem ser físicos (insônia, dores musculares, dor de cabeça, falar rápido, falta de ar) ou psicológicos (medos infundados, preocupação excessiva, lembranças ruins, irritabilidade, falta de concentração).

A ansiedade na gravidez é uma constância e por isso deve estar sempre em observação não só seu estado físico, mas também o emocional. É importante neste momento o convívio frequente com familiares e amigos expondo seus medos, preocupações, que não são poucas, no que tange a sua vida e de seu bebê. Segundo Tedesco (1997) “a ansiedade também é compreendida como um elemento emocional que acompanha toda a gestação até o parto, sendo caracterizada por insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida”.

Alguns fatores psicológicos influenciam na ansiedade da gestante, principalmente quando se está em jogo a vida do bebê, esta mulher se sente frustrada, incapaz, complicando o desenvolvimento da gestação. Segundo Couto (2009) alguns estudos sugerem que a probabilidade de sofrer ansiedade na gravidez aumenta em caso de comorbidade psiquiátrica, eventos estressantes e desvantagem social histórico de aborto espontâneo recorrente, morte fetal, parto prematuro ou morte neonatal precoce.

Dessa forma, a ansiedade na gestação ocasiona diversos problemas comprometendo assim a vida da criança. Estudos demonstraram que ela pode comprometer o feto (CONDE; FIGUEIREDO, 2005; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007), estando associada a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascer e escores inferiores de Apgar (BERLE et al., 2005).

Além disso, segundo Correia e Linhares (2007), os altos níveis de ansiedade materna, na fase pré-natal estão relacionados a complicações obstétricas

como sangramento vaginal, ameaça de abortamento e déficit no desenvolvimento fetal. Por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas como também de determinados comportamentos de risco como o hábito de fumar, atraso e/ou inadequado acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequado, ela pode afetar negativamente a gestação (MONCUSO et al., 2004; RONDÓ et al., 2003).

Os conflitos internos que geram a ansiedade na gravidez podem ser controlados com um acompanhamento terapêutico. O alívio do estresse é fornecido com o afastamento dos medos e preocupações. As terapias são excelentes para reduzir a ansiedade no período da gestação e também no pós-parto, além de cuidarem do estado emocional auxiliam também a saúde física e mental.

### **2.3 Depressão**

A Depressão está presente desde a antiguidade até os dias de hoje, desde a mitologia grega em que as alterações de humor, eram vistas como um estado em que os responsáveis seriam as entidades divinas. Assim como também na Bíblia já há relatos desse tipo de transtorno. Para Taylor (1992) “caracteriza-se como um transtorno mental antigo e prevalente. Os registros de depressão remontam às passagens bíblicas, nas quais pode-se encontrar no Velho Testamento um registro de uma síndrome depressiva do Rei Saul, com oscilação do humor entre a excitação e a depressão”.

A depressão é caracterizada por distúrbios afetivos onde a pessoa perde a autoestima entra em um estado de tristeza profunda e persistente impedindo assim seu convívio social. Apresentando também alterações físicas com a diminuição da concentração e energia, bem como distúrbios no sono e no apetite.

Atualmente, a palavra depressão pode referir-se a um sintoma, um estado afetivo normal que é a tristeza, uma doença ou uma síndrome, estando associada como uma resposta a situações depressivas vividas, como também a reações normais diante de determinados fatos desagradáveis, aborrecedores, frustrações, sofrimentos e sentimentos de perda (FELIX; GOMES; FRANCA, 2008; MENEZES; NASCIMENTO, 2000; WHO, 2009).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5 (2014) a característica essencial de um episódio depressivo maior é um

período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.

A depressão acontece de forma frequente, pode ser em episódios, mas pode ser recorrente, podendo ficar alguns meses ou até mesmo anos sem apresentar o problema. Nesse sentido, Fleck (2009) “está diretamente associada à incapacidade funcional comprometendo a saúde física, em razão da duração, recorrência e multiplicidade de indicadores de disfunção e sofrimento”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão atinge mais de 300 milhões de pessoas no mundo. A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo e foi a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças em 2000. As estimativas revelam dados preocupantes para as próximas duas décadas com um aumento vertiginoso para o número de novos deprimidos.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) apresenta os transtornos de humor em suas linhas gerais: F32 - Episódio depressivo- pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos; F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo); F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia e F34.1 - Distimia. A CID-10 inclui ainda códigos para "outros" transtornos do humor e para "transtornos não identificados".

Na depressão leve, os sintomas são identificados por meio de associações com pesar normal, como por exemplo, raiva, desespero, negação de sentimentos, agitação, insônia, cefaléia, ansiedade, culpa, impotência, inquietação e dores nas costas. A depressão moderada caracteriza-se por sintomas associados a sentimento de tristeza, desânimo, movimentos físicos mais lentos, desesperança, desespero, postura largada, fala mais lenta e processos de pensamento retardados. A depressão leve e moderada podem ser subdiagnosticadas e sem tratamento podem tornar-se graves. Na depressão grave os sintomas descritos para depressão moderada se intensificam, podendo associar-se a quadros psicóticos. (TOWNSEND, 2002),

Esta problemática é muito variável, de forma leve chegando até estágios gravíssimos. Sendo uma das consequências particularmente trágicas e frequentes da depressão é o suicídio que ocorre em cerca de 15 a 20 por cento dos doentes

depressivos. “Cabe salientar que a relação entre depressão e suicídio é alta, chegando à perda de 850.000 vidas por ano” (WHO, 2007).

Pesquisadores defendem que a depressão acontece devido a descontroles dos hormônios, devido ao dia a dia das pessoas, pode haver um aumento ou diminuição desses hormônios e essas alterações atingem principalmente as mulheres. Até defendem a ideia de que as mulheres são mais vulneráveis a depressão, devido elas darem mais valor a relacionamentos afetivos e quando são desapontadas esse problema aflora. As mulheres são duas vezes mais susceptíveis a desenvolver depressão do que homens (PEREIRA et al., 2010), sendo estimado que 73 milhões de mulheres adultas ao redor do mundo apresentem um episódio de depressão a cada ano (WHO, 2009).

Na maioria dos casos não se sabe a causa da depressão, mas há fatores que podem desencadear o problema em algumas pessoas. Entre eles estão os fatores genéticos (hereditariedade), as alterações em níveis hormonais, acontecimentos negativos na vida da pessoa, determinadas medicações e determinadas doenças.

Os problemas de saúde mental, particularmente a depressão, são a maior causa de incapacidade em mulheres de todas as idades, sendo que o risco de apresentar depressão é maior durante o período reprodutivo. Muitos são os fatores sociais, comportamentais e biológicos encontrados que contribuem para a ocorrência do transtorno. Entre as mulheres, o status na sociedade, a carga de trabalho e eventos de vida marcantes como a gestação, parto e período pós-parto são considerados fatores favoráveis (CORDÁS; SALZANO, 2006; RUSCHI et al., 2007; ORR et al., 2007).

Qualquer que seja a causa, é importante que as mulheres aprendam a reconhecer os sinais de depressão e busquem ajuda médica caso a depressão persista. A orientação e a experiência do médico são cruciais para o entendimento das ações apropriadas a tomar em direção à recuperação.

E quando a depressão acontece em mulheres grávidas, a qual o momento deveria ser de felicidade para algumas mulheres pode aparecer à tristeza, um grande sonho pode se tornar um pesadelo. A gravidez é mencionada por Pereira e Lovisi (2008) como um disparador para a depressão. Uma vez que se trata de um período de mudanças emocionais, físicas e sociais, não é de se surpreender que as mulheres estejam em risco aumentado quanto a problemas mentais relacionados a transtornos depressivos (WHO, 2009).

Segundo Bandeira et al. (2007) espera-se que a gestante demonstre comportamentos de felicidade, afeto e cuidados com a gestação, o que faz com que quando essas gestantes apresentam comportamentos diferentes, como os sintomas depressivos, sintam-se culpadas por não poderem corresponder a estas expectativas, com isso o quadro depressivo pode ficar mais comprometido.

É de costume falar sobre depressão pós-parto na gravidez, mas há também a depressão durante a gravidez, são distintas entre si, embora uma possa interferir na outra, ou seja, a gestante que apresenta esse tipo de transtorno durante a gravidez ou mesmo antes terá probabilidade maior de ter após a gravidez. Conforme Pereira et al (2010) a depressão e a ansiedade pré-natal são consideradas fatores de risco para a depressão pós-parto, considerando que esta é, muitas vezes, uma continuação da sintomatologia iniciada na gravidez, apontando a necessidade de rastreamento e intervenções nesse período

A depressão pré-natal ainda é pouco estudada, sendo que os trabalhos sobre depressão materna centram-se na depressão pós-parto. No entanto, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente durante a gravidez, sendo de grande relevância para a saúde pública por três motivos. Primeiramente, destaca-se a grande carga emocional da depressão durante a gravidez e sua influencia negativa na gestação, já que os sintomas interferem no desempenho das gestantes quanto a capacidade de autocuidado, incluindo a nutrição inadequada, abuso de álcool e outras drogas, e baixa adesão a assistência pré-natal o que pode comprometer a sua saúde física e mental bem como o crescimento e desenvolvimento fetal.(PEREIRA, 2009)

Existem três formas de tratamento contra a depressão: tratamento psicológico; com medicação (antidepressivos), acompanhado de orientação medica para que a medicação não prejudique o desenvolvimento do bebê, ou ambos. Segundo Yonkers KA et al, (2009). Não há estudos sobre a eficácia dos antidepressivos em grávidas, no entanto não há razões para pensar que a resposta será diferente entre mulheres grávidas e não grávidas.

Por fim, a depressão pré-natal não tratada está relacionada a muitos resultados adversos com graves consequências, não só para as mulheres, mas também para a criança e a família incluindo baixo peso ao nascer, diminuição do score do Apgar, prematuridade, diminuição da circunferência cefálica; desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida e ideação suicida com tentativas de autoextermínio (GIARDINELLI et al., 2012)



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo enfatizou a ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez e, ainda que a primeira fosse mais frequente entre as gestantes, o que demonstra que a gestação nem sempre é um período sem agravos para a maioria das mulheres.

A gestação é considerada o período de desenvolvimento do embrião/feto, um processo fisiológico normal, mas com alterações importantes no corpo da mulher, trazendo modificações hormonais e emocionais, além de corresponder ao período de desenvolvimento do papel materno, na qual a mulher vive uma nova realidade e quando associada a fatores de risco e dependendo de seu contexto, pode levá-la a sintomas depressivos.

É crucial rastrear, diagnosticar e tratar os transtornos mentais durante a gravidez, para gerar melhor qualidade de vida para as mulheres, assim como benefícios para seus filhos e a sociedade como um todo.

A atuação dos profissionais de saúde capacitados na promoção e prevenção do adoecimento psíquico durante o pré-natal é fundamental, assim como a ação integrada e articulada entre os setores com atuação da equipe multiprofissional e interdisciplinar a qual vem a ser compreendida como essencial, uma vez que o alcance do bem estar físico e mental favorável depende de intervenções em todas as dimensões que envolvem o ser holístico

Porém inóspita se não for apoiada pelos gestores de saúde por intermédio de políticas e programas de intervenção efetivos que envolvam a saúde mental e as mulheres, em especial durante a gestação, visto que iniciativas dessa natureza são mais interessantes, inclusive economicamente, para o sistema de saúde, do que remediar eventuais transtornos que possam acometê-las neste período da vida.

Portanto, os resultados da presente pesquisa reforçaram a necessidade de um olhar ampliado para se compreender os aspectos de saúde mental materna e prover um cuidado integral e efetivo para a mulher gestante e sua família, avaliando-a e amparando-a emocionalmente durante a gestação, e de receber apoio afetivo e efetivo da rede social, familiar e das equipes de saúde para que, assim, possa receber seu bebê e promover seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S., et al. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 2, p. 385-393. 2012.
- ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. **Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher**. Rev. Psiqu. Clín., São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54. 2006.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. 4 ed. Text rev. Washington, 2003.
- ARAÚJO, D. M. R., PEREIRA, N. L.; KAC, G. **Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura**. Cad. Saúde Pública, v. 23, n.4, p.747-756. 2007
- ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANDEIRA, M. et al. **Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família**. J. Bras. Psiquiatr, Rio de Janeiro; v. 56, n. 1, p. 41-47. 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher**. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
- BARROS, A. L. B. L. et al. **Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar**. Rev. Latino-am. Enfermagem, v. 11, n. 5, p. 585-592. 2003
- BERLE, J. et al. **Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway**. Arch. Womens Ment. Health, v. 8, n. 1, p. 181-9. 2005.
- BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2007, p. 21-31
- BROCKINGTON, I. **Postpartum psychiatric disorders**. Lancet, v. 363, n. 9414, p. 1077-1078. 2004
- CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR., R. **Transtornos psiquiátricos na gestação e**

**no puerpério:** classificação, diagnóstico e tratamento. Revista Psiquiatria clinica V 33 n.2; p. 92-102, 2006.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. **Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos.** Acta Pediatr. Port., v.1, n.36, p. 41-49. 2005.

CORDÁS, T. A; SALZANO, F. T. **Saúde Mental da Mulher.** São Paulo: Editorial Atheneu, 2006

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. **Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura.** Rev. Latino-am. Enfermagem, v. 15, n. 4, jul-ago. 2007.

COUTO, E. R. et al. **Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes.** Sao Paulo Med J., v.127, n. 4, P. 185- 189, Jul. 2009.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. **Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample.** Arch. Womens Ment. Health, v. 10, n.1, p. 25-32. 2007

FELIX, G. M. A; GOMES, A. P. R.; FRANCA, P. S. **Depressão no ciclo gravídico-puerperal.** Com. Ciências Saúde, v. 19, n. 1, p. 51-60. 2008

FLECK, M. P. et al. **Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento de depressão.** Rev. Bras. Psiquiatr., v. 31, n. 31, p.7-17, supl. 1, 2009.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. **Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português.** In: Gorenstein, C. et al. Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000

KLAUSS, M. H. K; KENNEL, J. H.; KLAUSS P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto alegre: artes médicas. 2000.

MACHADO, K. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** RADIS Comunicação em Saúde – ENSP, v. 38, p. 11-19. 2005

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. **Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2000

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

ORR, S. T. et al. **Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy.** J. Womens Health, v. 16, n. 4, p. 535-542. 2007.

PEREIRA, P.R.; LORISI, G.M.; LIMA, L.A.; LEGAY, L.F. **Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em Unidade Básica de Saúde.** Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo, v.37, p.216- 221, 2009.

RONDÓ, P. H. C. et al. **Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation.** Eur. J. Clin. Nutr., v. 57, n. 1, p. 266-272. 2003.

RUSCHI, G. E. C. et al. **Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira.** Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, dez. 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiatria de Mereness.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Atheneu, 2002.

TEDESCO, J. J. A.; ZUGAYB, M.; QUAYLE, J. In: TEDESCO, J.J. A.; ZUGAYB, M; QUAYLE. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997.

WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. **Geneva: World Health Organization,** 2001. 171

\_\_\_\_\_. **Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature.** Geneva: World Health Organization, 2009.

\_\_\_\_\_. **Statistical Information System (WHOSIS).** 2007. Disponível em: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/mgcom/en/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgcom/en/). Acesso em 10 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **The World Health Report.** 2001. Mental health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2007

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. S. **A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade.** J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 58, n.11, p.8-16. 2009.

YAMAGUCHI, E. T. et al. **Drogas de abuso e gravidez.** Rev. Psiq. Clin., v. 35, n. 1, p. 44-47. 2008