

ARTIGO ORIGINAL

DEPRESSÃO EM GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Bianca Aparecida Brito da Silva¹, Walisete de Almeida Godinho Rosa², Iácara Santos Barbosa Oliveira³, Monique Godinho Rosa⁴, Nariman de Felício Bortucam Lenza⁵, Vanessa Luzia Queiroz Silva⁶

RESUMO

Objetivo: identificar a presença de depressão em gestantes acompanhadas pelo programa de pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Método: estudo descritivo, exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, realizado em duas etapas: aplicação do Inventário de Depressão de Beck e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva simples e análise de conteúdo.

Resultados: a aplicação do Inventário de Depressão de Beck mostrou que, das 67 gestantes entrevistadas, 22 (33%) apresentaram quadros depressivos, 14 (64%) com depressão leve a moderada, e duas (9%) apresentaram depressão grave. Das entrevistas emergiram dois temas: Vivência do período gestacional e Consulta de enfermagem e abordagem de saúde mental no pré-natal.

Conclusão: o estudo evidenciou que a depressão na gestação é frequente. A consulta de enfermagem no pré-natal pode ser uma oportunidade para a detecção, diagnóstico precoce e melhoria na assistência à gestante.

DESCRITORES: Transtorno Depressivo; Gravidez; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva BAB da, Rosa W de AG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza N de FB, Silva VLQ. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Faculdade Libertas Integradas, Universidade do Estado de Minas Gerais. Passos, MG, Brasil. 

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Faculdade Libertas Integradas, Universidade do Estado de Minas Gerais e Faculdade Atenas. Passos, MG, Brasil. 

⁴Médica. Santa Casa de Misericórdia de Passos. Passos, MG, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Faculdade Libertas Integradas, Faculdade Atenas. Passos, MG, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente da Faculdade Atenas. Passos, MG, Brasil. 

DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN CARED FOR IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: To identify the presence of depression in pregnant women accompanied by the prenatal care program in Primary Health Care.

Method: A descriptive and exploratory study with a quantity-qualitative approach that was performed in two stages: application of the Beck Depression Inventory and semi-structured interview. The data were analyzed using simple descriptive statistics and content analysis.

Results: The Beck Depression Inventory showed that, of the 67 interviewed pregnant women, 22 (33%) had depressive symptoms, 14 (64%) had mild to moderate depression, and two (9%) had severe depression. Two topics emerged from the interview: Gestational period experience, and Nursing consultation and prenatal mental health approach.

Conclusion: The study showed that depression during pregnancy is frequent. Prenatal nursing consultation can be an opportunity for depression detection and early diagnosis and for improved care of the pregnant woman.

DESCRIPTORS: Depression Disorder; Pregnancy; Nursing; Primary Health Care; Mental Health.

LA DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

RESUMEN:

Objetivo: identificar la presencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas por el programa de seguimiento prenatal de la Atención Primaria de la Salud.

Método: estudio descriptivo, exploratorio y de enfoque cuanti-cualitativo, realizado en dos etapas: aplicación del Inventario de Depresión de Beck y entrevista semiestructurada. Los datos se analizaron a partir de estadística descriptiva simple y análisis de contenido.

Resultados: al aplicarse el Inventario de Depresión de Beck se demostró que, de las 67 mujeres embarazadas entrevistadas, 22 (33%) presentaban cuadros depresivos, 14 (64%) con depresión leve a moderada, y dos (9%) con depresión grave. Surgieron dos temas en las entrevistas: Tránsito del período gestacional, y Consulta de enfermería y abordaje de salud mental en el seguimiento prenatal.

Conclusión: en el estudio se demostró que la depresión es frecuente en mujeres embarazadas. La consulta de enfermería durante el seguimiento prenatal puede ser una oportunidad para la detección, el diagnóstico temprano y la mejoría de los cuadros depresivos durante la atención a la mujer embarazada.

DESCRIPTORES: Trastorno Depresivo; Embarazo; Enfermería; Atención Primaria de la Salud; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O período gestacional faz parte do processo natural do desenvolvimento humano e necessita ser avaliado com atenção. Envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental das mulheres^(1,2).

A presença de depressão na gravidez vem em contradição a uma crença popular amplamente difundida de ser um período de alegria para todas as mulheres⁽³⁾. Entretanto, os transtornos de humor durante a gravidez colocam as mulheres em risco de terem depressão pós-parto (DPP)⁽³⁾. Muitas grávidas apresentam tristeza ou ansiedade neste período, ao invés de alegria, pois pode ser um período marcado por muitos transtornos de humor, especialmente pela depressão, um processo patológico que afeta a tranquilidade, alimentação, sono, causa lentidão, desânimo, dificuldade de concentração, muitas vezes observa-se a presença de sentimento de culpa e desenvolvimento de atitudes suicidas^(2,4).

A depressão no período gestacional faz parte de um aglomerado de doenças mentais perinatais, e presentemente é encarada como um grave problema de saúde pública, uma vez que pode incidir em consequências nefastas tanto para a mulher como para o feto^(5,6). Nesse contexto, o trabalho do enfermeiro e de sua equipe é alicerce imprescindível para que as gestantes sejam assistidas integralmente e possam conceber seus filhos de forma segura, visto que o enfermeiro cria vínculo com as gestantes, consegue identificar intercorrências e monitorar as gestantes em situações de riscos, além de auxiliá-las em dúvidas, medos e ansiedade vindas do próprio período gestacional⁽⁷⁾.

O acolhimento no pré-natal, muitas vezes, representa o primeiro contato da gestante com o serviço de saúde, e deve ser sistematizado de forma a atender as reais necessidades da mulher através de conhecimentos técnico-científicos e de recursos adequados^(8,9). Portanto, o objetivo do estudo foi identificar a presença de depressão em gestantes acompanhadas pelo programa de pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma cidade do interior de Minas Gerais, caracterizar essas gestantes segundo variáveis sociodemográficas, sobre a gestação e saúde mental, e conhecer a vivência do período gestacional naquelas com presença de quadros depressivos a partir do Inventário de Depressão de Beck (BDI).

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, misto de abordagem quantitativa e qualitativa em uma mesma investigação.

Foram convidadas a fazer parte do estudo todas as gestantes que estavam realizando o pré-natal na APS em uma cidade do interior de Minas Gerais no período da pesquisa e utilizados como critério de seleção que a gestante estivesse com idade gestacional igual ou acima de doze semanas.

A coleta de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2016, em duas etapas. Na primeira etapa foi aplicada uma entrevista dirigida com perguntas acerca de variáveis sociodemográficas, realizada na residência da gestante, onde foi aplicado o BDI original, para identificar quadros depressivos.

O BDI foi traduzido no Brasil por Gorenstei e Andrade em 1998, e é um dos instrumentos mais reconhecidos para avaliação da intensidade de depressão em pacientes psiquiátricos e também para detecção de um possível quadro depressivo na população geral⁽¹⁰⁾. Ele corresponde a uma escala com 21 itens e mede o traço latente de intensidade de sintomas depressivos. O escore final é alcançado mediante o somatório dos 21 itens

que compõem a escala, resultando na seguinte normatização: nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; depressão leve a moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos; e depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos⁽¹¹⁾.

Com as gestantes que obtiveram resultados positivos para quadros depressivos, ou seja, acima de 11 pontos após a aplicação do BDI, foi realizada a segunda etapa da pesquisa, com uma entrevista semiestruturada desenvolvida pelos autores, no domicílio da gestante e durando no máximo 30 minutos.

Para tratamento dos dados originados a partir da entrevista dirigida e do BDI, foi utilizada análise estatística descritiva simples, e para o material descritivo resultante da entrevista semiestruturada, a análise de conteúdo na modalidade análise temática.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, com parecer nº 1.451.694.

RESULTADOS

Totalizaram-se 71 gestantes (100%), todas se enquadravam nos critérios estabelecidos para seleção. Participaram da pesquisa 67 gestantes (94%), uma não aceitou participar do estudo (1,5%), uma não foi encontrada em sua residência após várias tentativas (1,5%) e duas não residiam no endereço informado (3%).

Segundo os resultados do BDI, das 67 gestantes entrevistadas, 22 apresentaram quadros depressivos. A idade das gestantes variou de 19 a 41 anos, com 10 gestantes entre 21 e 30 anos (45%) e 10 gestantes tinham entre 31 e 40 anos (45%). De acordo com a escolaridade, nove gestantes cursaram o ensino fundamental incompleto (41%). Em relação ao estado civil, 12 gestantes apresentavam união estável (55%).

No que tange à religião, 13 gestantes eram católicas (59%), e das que possuíam religião, nove gestantes eram praticantes (41%). Quanto à laboralidade, 17 gestantes não estavam trabalhando no momento (77%), e 15 gestantes relataram que seus companheiros trabalhavam (68%). Em relação à realização de atividades de lazer, 13 gestantes não realizavam (59%). Quanto ao tabagismo, cinco eram fumantes (23%). Sobre o uso de álcool, duas gestantes relataram que usavam eventualmente (9%). Os dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes com presença de quadro depressivo, de acordo com as variáveis sociodemográficas. Minas Gerais, Brasil, 2016 (continua)

Variáveis	n	%
Idade		
14 a 20 anos	1	5
21 a 30 anos	10	45
31 a 40 anos	10	45
41 anos	1	5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	9	41

Ensino Fundamental Completo	4	18
Ensino Médio Incompleto	4	18
Ensino Médio Completo	5	23
Estado civil		
Casada	6	27
União estável	12	55
Solteira	4	18
Religião		
Católica	13	59
Evangélica	4	18
Espírita	2	9
Não tem religião	3	14
Praticante (religião)		
Sim	9	41
Não	10	45
Não tem religião	3	14
Gestante está trabalhando no momento		
Sim	5	23
Não	17	77
Companheiro está trabalhando no momento		
Sim	15	68
Não	4	18
Não tem companheiro	3	14
Realiza atividade de lazer		
Sim	9	41
Não	13	59
Tabagista		
Sim	5	23
Não	17	77
Faz uso de bebidas alcoólicas		
Não	20	91
Uso eventual	2	9

Tendo em consideração o planejamento da gestação, nove gestantes referiram que a gestação não foi planejada (41%). Quanto ao desejo pela gravidez, apenas uma gestante alegou que não era desejada (5%). Segundo a idade gestacional, 11 tinham entre 27 a 39 semanas de gestação (50%). Conforme a quantidade de gestações, seis gestantes eram quadrigesta (27%). No que se referem à quantidade de filhos que vivem com a gestante, 11 gestantes moravam com um filho (50%). Os dados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis relacionadas à gestação. Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Gestação foi planejada		
Sim	13	59
Não	9	41
Gestação é desejada		
Sim	21	95
Não	1	5
Idade Gestacional		
12 a 13 semanas	3	14
14 a 26 semanas	8	36
27 a 39 semanas	11	50
Quantidade de gestações		
G1	2	9
G2	5	23
G3	5	23
G4	6	27
G5	4	18
Quantidade de filhos que vivem com a gestante		
Nenhum	5	23
01 filho	11	50
02 filhos	5	23
04 filhos	1	4

Em relação à presença de problema mental, seis gestantes referiram que tinham ou já tiveram problemas mentais (27%). No que diz respeito à presença de algum caso de doença psiquiátrica na família, 12 gestantes (55%) responderam afirmativamente. Quanto ao uso de medicamentos para tratamento de problemas mentais/emocionais, cinco gestantes faziam uso (23%), e três gestantes (14%) faziam tratamento com psiquiatra. No que se refere ao acompanhamento com psicólogo, sete gestantes referiram que já fizeram acompanhamento (32%). Os referidos dados estão representados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes com presença de quadro depressivo, de acordo com as variáveis relacionadas à saúde mental. Minas Gerais, Brasil, 2016 (continua)

Variáveis	n	%
Tem ou já teve problemas mentais		
Sim	6	27

Não	16	73
Não especificou	1	5
Se sim, qual problema mental		
Depressão	4	17
Transtorno Bipolar	1	5
Não especificou	1	5
Tem algum caso de doença psiquiátrica na família		
Sim	12	55
Não	10	45
Faz tratamento com uso de medicamentos para problemas mentais/emocionais		
Sim	5	23
Não	17	77
Fez ou faz tratamento com consultas ao psiquiatra		
Sim	3	14
Não	19	86
Fez ou faz acompanhamento com psicólogo		
Sim	7	32
Não	15	68

Com relação à classificação dos quadros depressivos apresentados pelas 22 gestantes (100%) de acordo com o BDI, predominaram 14 (64%) com depressão leve a moderada, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes conforme a classificação de depressão conforme os resultados do BDI. Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis		n	%
Depressão leve a moderada	12 a 19 pontos	14	64
Depressão moderada a grave	20 a 35 pontos	6	27
Depressão grave	36 a 63 pontos	2	9

Emergiram das entrevistas com as gestantes que apresentaram quadros depressivos dois temas: Vivência do período gestacional, e Consulta de enfermagem e abordagem de saúde mental no pré-natal.

Tema 1 – Vivência do período gestacional

As crises situacionais aparecem nas falas das gestantes que relatam conflitos conjugais,

separação, desemprego, falta de apoio, traição e decepção como momentos difíceis e de intenso sofrimento psíquico enfrentados durante a gravidez, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

“Eu me sinto muito conturbada sabe...tem muita coisa...eu fiquei sabendo numa fase que não estava muito boa... meu casamento tinha acabado mesmo, aí descobri que estava grávida... não tenho ajuda... não estou pedindo muito... não é pedir para o pai do neném voltar, porque filho não segura marido ... mas ao menos apoiar alguma coisa, porque ele está vendo a situação... desempregada... e eu não posso trabalhar porque é uma gravidez de risco... e não está nem aí sabe... aí você começa a pensar lá na frente... será que eu vou dar conta...”(G1).

“Eu estou passando por uns dias muito difícil... aí esses três últimos meses está sendo complicado, difícil estar grávida... é gostoso quando é planejado né... aconteceu umas coisas que eu não esperara, aí foi difícil pra mim... andou acontecendo umas coisas... sabe, “pode falar?” [pode ficar à vontade] negócio de traição... aí para mim foi complicado... eu fiquei muito desorientada... Nossa Senhora... criar dois filhos é difícil né... Aí foi por isso que eu tava assim e tô até hoje...” (G2)

“As finanças... é gás, é conta daqui, acumulando aí você tem que deitar preocupada... alimento, então... e outra... eu me sinto inútil, porque meu menino tem apenas quinze anos... ele está trabalhando... ele podia estar trabalhando sim, lógico, mas não eu dentro de casa... eu sinto como se eu estou colocando a responsabilidade tudinho de uma casa numa criança de apenas quinze anos... e aí é aonde eu acabo ficando mais deprimida sabe... às vezes é duro ver ele chegar tão cansado”(G3)

Tema 2 – Consulta de enfermagem e abordagem de saúde mental no pré-natal

De acordo com as gestantes entrevistadas, a consulta de enfermagem foi realizada no ato do preenchimento do cartão de pré-natal e não houve acompanhamento de consultas pelo enfermeiro, que também não abordou a saúde mental. Uma das gestantes relatou que falou sobre sua depressão com a agente comunitária de saúde, o que pode ser verificado nas falas:

“Uai... não... conversamos acho que uma vez só... chego lá eu vou medir a pressão né... ainda pergunta se está tudo bem” (G1)

“Não, eu não fiz curso [gestante]... assim, eu não tenho muita coisa pra falar”(G2)

“Nada... assim, ela não me orientou nada ainda... as meninas lá não me perguntaram nada, porque toda as vezes que vai lá né... eu estava indo muito assim, frequente, aí também não falaram nada... não tem muita coisa assim não... a única que sabe assim da minha depressão mais assim é a agente que passa em casa... mas a enfermeira mesmo não.” (G3)

“Uai... é bem normal... não... porque uai... ela só conversou comigo o primeiro dia que eu fui fazer o cartão... então, não conversa não... ela nunca conversou sobre isso lá não.” (G4)

DISCUSSÃO

Estudos mostram que relacionamento estável, religião e atividades de lazer podem funcionar como fatores de proteção à saúde mental. Em contrapartida, baixa escolaridade, desemprego, tabagismo, uso de álcool e drogas são apontados como fatores que contribuem para o aparecimento ou agravos dos transtornos mentais⁽³⁾.

A presença da figura paterna no lar ou uma situação conjugal estável contribui para a prevenção de depressão no período gestacional, sendo verificado que no estudo realizado

apenas 27% das gestantes que apresentaram quadros depressivos eram casadas^(12,13). A presença de um companheiro pode intervir de maneira a reduzir os impactos relacionados às alterações decorrentes do período gestacional, como as modificações hormonais, psíquicas, no âmbito familiar ou de inserção social, que podem refletir diretamente em sua saúde mental. Neste contexto, o amparo do esposo ou companheiro reflete diretamente no modo que a mulher aceita e vivencia sua gestação, assim como ameniza as complicações decorrentes deste período⁽¹²⁾. Por outro lado, conforme as falas das gestantes entrevistadas, verifica-se a presença de relações conjugais conflituosas. “Um relacionamento conjugal frágil, marcado por conflitos, impacta negativamente na gestação à medida que deteriora o bem-estar da mulher grávida”^(12:9034).

As práticas religiosas podem estar associadas com uma estratégia importante de proteção à saúde mental. No presente estudo verificou-se que 14% não tinham religião e 45% não praticavam a religião, assim, estas gestantes se encontravam sem esse amparo psicológico⁽¹⁴⁾.

Ainda como fator de proteção, a atividade física e lazer tem um impacto positivo na percepção do estado saúde geral e estados de humor da gestante, o que sugere a sua importância para a saúde da mulher também durante este período da vida. No presente estudo, 59% das gestantes que apresentaram quadros depressivos não praticavam atividade física e/ou de lazer⁽¹⁵⁾.

Os resultados do presente estudo corroboram com estudos realizados com gestantes, que sugerem a associação entre a idade adulta, baixo nível de escolaridade e menor classificação socioeconômica com vulnerabilidade ao desenvolvimento de quadros depressivos durante a gestação^(6,12,16).

A baixa escolaridade é considerada como um fator de risco para a saúde das gestantes, já que a educação amplia as possibilidades de escolha na vida e viabiliza a aquisição de novos conhecimentos, que podem oportunizar melhores atitudes e comportamentos mais saudáveis, provocando efeito direto na saúde destas mulheres⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, foi constatado que 77% das gestantes e 18% dos seus companheiros estavam desempregados. Estudos apontam que o desemprego é considerado uma das características suscetíveis para o desenvolvimento de depressão no período gestacional^(16,18). A ocupação como fonte de renda familiar, principalmente no período gestacional, pode reduzir as inquietações e o estresse advindos das despesas referente à gestação e a preparação para o nascimento do bebê, além de proporcionar uma sensação de tranquilidade para a gestante⁽¹²⁾.

O tabagismo foi associado à depressão em estudos, corroborando com os dados verificados neste estudo que 23% das gestantes com presença de quadros depressivos eram tabagistas. A literatura revela que há uma forte relação entre o uso do tabaco e presença de transtornos mentais, inclusive depressão^(16,19). No presente estudo, verificou-se também que 9% das gestantes faziam uso eventual de álcool. Estudos mostram que o uso do álcool está relacionado à prevalência de problemas emocionais^(14,19).

Estudo revelou que mais de 36% das gestantes entrevistadas não planejaram a atual gravidez e que uma em cada oito gestantes cuja gravidez não foi planejada apresentou depressão durante a gestação, corroborando com o presente estudo, em que 41% das gestantes não planejaram a gestação⁽²⁰⁾.

A gravidez indesejada está associada aos fatores de risco e à sintomatologia depressiva no período pré-natal, segundo autores^(19,21,22). No presente estudo, 5% das gestantes alegaram o não desejo pela gestação.

A idade gestacional variou da 12^a à 39^a semanas de gestação, mas grande parte das gestantes que apresentaram quadros depressivos se encontrava entre a 27^a a 39^a semana (50%), o que foi também verificado em estudos de outros autores, que referem que o 3^o trimestre gestacional é o momento em que se intensifica a ansiedade, devido à

proximidade do parto e da chegada do bebê, sendo um período difícil para a gestante⁽²³⁾.

Um estudo refere que o grupo de primigestas apresentou maior prevalência de sintomas de depressão quando comparado às adolescentes não grávidas, no entanto neste estudo apenas 9% das gestantes que apresentaram quadros depressivos eram primíparas e o estresse desta fase pode estar associado a eventos estressores inerentes da gestação, principalmente se for a primeira gravidez^(24,25).

De acordo com as gestantes entrevistadas, a consulta de enfermagem foi realizada no ato do preenchimento do cartão de pré-natal e não houve acompanhamento de consultas pelo enfermeiro, que também não abordou a saúde mental. Uma das gestantes relatou que falou sobre sua depressão com a agente comunitária de saúde, verificando-se um certo distanciamento da assistência de enfermagem na assistência pré-natal.

O principal objetivo da assistência ao pré-natal é o acolhimento da gestante desde o início da gestação, período vivenciado de forma distinta por cada mulher e marcado por inúmeras mudanças que podem gerar angústias, medos, insegurança e curiosidades quanto à mudança corporal. As orientações advindas de uma assistência de pré-natal com qualidade, seja em grupo ou individual, precisam ser adequadas e específicas para cada caso, de maneira que possibilitem um processo gestacional de forma graciosa e prazerosa, com intuito de reduzir os níveis de ansiedade e temor comumente presentes nesse período⁽²⁶⁾.

O estudo apresentou como limitação o pouco envolvimento do enfermeiro com a questão da saúde mental, a partir das entrevistas com as gestantes com sintomas depressivos. Assim, acreditamos que uma investigação realizada com enfermeiros que atuam na APS e fazem consulta de pré-natal seria necessária para a compreensão da assistência prestada nessa fase.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram concluir que a depressão na gestação é uma realidade e que o pré-natal pode ser uma oportunidade para a detecção e diagnóstico precoce da depressão. Assim, logo no primeiro contato com a gestante, é imprescindível que o enfermeiro tenha uma atitude acolhedora e empática para a formação do vínculo. O diálogo pode ser considerado como um elo entre profissional-cliente e é essencial para que a gestante tenha segurança para expor seus sentimentos e aflições deste período.

Planejar a assistência à gestante de modo integralizado é primordial para uma consulta de enfermagem qualificada, com uma escuta eficiente, priorizando o diálogo e também realizando o aconselhamento. Não banalizar os sentimentos das gestantes e levar em consideração seu contexto de vida é essencial para um feedback compensatório na assistência de enfermagem adequada ao cliente deprimido. Com o diálogo estabelecido e com uma escuta qualificada, o enfermeiro pode realizar ações de prevenção e promoção à saúde mental.

Nesse sentido, a adoção de ações como as propostas pelo pré-natal psicológico poderá oferecer maior qualidade na assistência ao pré-natal, uma vez que este tem obtido resultados positivos na atenção à saúde mental da gestante e de sua família, porém ainda pouco difundido no contexto da APS.

O enfermeiro da APS deve implementar ações psicoeducativas com grupos de gestantes juntamente com a equipe multiprofissional, abordando temas como a saúde mental, a ansiedade deste período, os sentimentos de ambivalência e os demais sentimentos comuns deste período, pois o trabalho com grupo repercute de forma positiva e também é um momento de aprendizagem e empatia com as trocas de experiências das outras mulheres.

O rastreio de depressão no período gestacional por meio de fatores de risco é necessário para a detecção precoce e prevenção de futuros agravos como a DPP. O uso de escalas de autoavaliação para rastrear desenvolvimento de depressão no atendimento de pré-natal também é uma ação a ser valorizada na assistência à gestante.

Sugerem-se mais pesquisas que fundamentem a temática estudada, pois devido à severidade do assunto abordado, existem muitas possibilidades de ações do enfermeiro e equipe de saúde para melhorias na assistência ofertada no pré-natal na APS.

REFERÊNCIAS

1. Falcone VM, Mäder CV de N, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ de. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev Saúde Públ. [Internet]. 2005 [acesso em 02 fev 2016]; 39(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>.
2. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério: classificação, diagnóstico a tratamento. Rev psiquiatr clín. [Internet]. 2006 [acesso em 02 fev 2016]; 33(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
3. Arrais A da R, Araújo TCCF de. Pré-Natal. Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. Rev. SBPH. [Internet]. 2016 [acesso em 01 abr 2020];19(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007.
4. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. [Internet]. 2005 [acesso em 04 fev 2016]; 27(suppl.2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>.
5. Suppaseemanont, W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2006 [acesso em 04 fev 2016] 31(1). Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/00005721-200601000-00004>.
6. Correia, ARP. Depressão na gravidez. [tese]. Portugal: Universidade do Porto; 2012.
7. Pessoa IN, Menezes ED de, Ferreira T de F, Dotto LMG, Bessa LF. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. Cienc. Cuid. Saúde [Internet]. 2009 [acesso em 12 fev 2016]; 8(2). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v8i2.8204>.
8. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MCS de, et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. Rev Ass Med Bras. [Internet]. 2011 [acesso em 12 fev 2016]; 57(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000500019>.
9. Barbosa LR, Melo MRA da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 15 fev 2016]; 61(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>.
10. Fawcett J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. Nurs Sci Q. [Internet] 2015 [acesso em 03 mar 2016]; 28(2). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805392>.
11. Doorenbos AZ. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. Kango Kenkyu [Internet]. 2014 [acesso em 09 mar 2016]; 47(3). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/>.
12. Silva MM de J, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2015 [acesso em 10 mar 2016]; 9(7). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319205629_ansiedade_e_depressao_na_gravidez_caracterizacao_de_gestantes_que

[realizaram pre-natal em unidades publicas de saude.](#)

13. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto contexto-enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 08 mar 2016]; 20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>.
14. Silva RA da, Ores L da C, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IG da S, Jasen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Públ. [Internet]. 2010 [acesso em 10 mar 2016]; 26(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900016>.
15. Nascimento SR da C, Amorim MHC, Primo CC, Castro DS de. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. Rev bras pesqui saúde. [Internet]. 2009 [acesso em 12 mar 2016]; 11(2). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/651a/0eb80126a52035bc72ed0d718e7586b31b32.pdf>.
16. Thiengo DL, Santos JF de C, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. Cad Saúde Colet. [Internet]. 2011 [acesso em 12 mar 2016]; 19(2). Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_129-138.pdf.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Sousa VF. A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
19. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Rev psiquiatr clín. [Internet]. 2010 [acesso em 08 mar 2016]; 37(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000500006>.
20. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Rev RENE. [Internet]. 2010 [acesso em 08 mar 2016]; 11(2). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970015.pdf>.
21. Brito CN de O, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB de. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. Rev Saúde Públ. [Internet]. 2015 [acesso em 08 mar 2016]; 49(33). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>.
22. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? Rev Bras Psiquiatr. [Internet]. 2009 [acesso em 12 mar 2016]; 31(supl.1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de atenção básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. Comum. Ciênc. saúde. [Internet]. 2008 [acesso em 08 mar 2016]; 19(1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498644&indexSearch=ID>.
25. Rodrigues OMPR, Schiavo R de A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2011 [acesso em 10 mar 2016]; 33(9). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000900006&script=sci_abstract&tlng=p.t.
26. Santos A de L, Radovanovic CAT, Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. Rev RENE. [Internet]. 2010 [acesso em 08 mar 2016]; 11. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973007>.

Recebido: 22/09/2019
Finalizado: 24/06/2020

Editora associada: Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Iácara Santos Barbosa Oliveira

Faculdade Libertas Integradas

Av. Wenceslau Braz, 1018 - 37950-000 - São Sebastião do Paraíso, MG, Brasil

E-mail: iacara.oliveira@yahoo.com.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - BABS, MGR

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - WAGR, ISBO, NFBL

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - WAGR, ISBO, NFBL, VLQS

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - VLQS



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).