








ARTIGO ORIGINAL

Ansiedade e depressão entre gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família: estudo transversal

Anxiety and depression among pregnant women attending a family health center: a cross-sectional study

HIGHLIGHTS

1. Dentre as gestantes, 37% apresentaram sintomas de ansiedade leve a moderada.
2. Em 23% dos casos prevaleceram os sintomas de depressão leve a grave.
3. Houve relação entre depressão e número de pessoas na residência.

Priscila Alves de Lima¹ 
Gabriel Rodrigues Neto¹ 
Vagna Cristina Leite da Silva Pereira¹ 
Francilene Jane Rodrigues Pereira² 
Cleyton César Souto Silva² 
Smalyanna Sgren da Costa Andrade¹ 
Sônia Mara Gusmão Costa¹ 

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência e os fatores associados à ansiedade e depressão em gestantes atendidas em consulta pré-natal em Unidade de Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. **Método:** estudo descritivo transversal, com 81 gestantes, com questionário de perguntas abertas e fechadas e Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck. Os dados foram analisados com estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** identificou-se que 30 gestantes (37%) apresentaram sintomas de ansiedade de leve a moderada e 18 (23%) sintomas de depressão leve a grave. Houve significância estatística entre depressão e número de pessoas na residência ($p=0,033$), assim como entre ansiedade e depressão ($p<0,001$). **Conclusão:** diante do impacto do adoecimento mental no ciclo gravídico-puerperal, é essencial utilizar instrumentos validados para orientar intervenções precoces, promovendo a prevenção de transtornos mentais e a melhoria da qualidade de vida das gestantes.

DESCRIPTORIOS: Gestantes; Ansiedade; Depressão; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Família.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

de Lima PA, Rodrigues Neto G, Pereira VCLS, Pereira FJR, Silva CCS, Andrade SSC, et al. Ansiedade e depressão entre gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família: estudo transversal. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e96201pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96201pt>

¹Faculdades Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

A gestação é compreendida pela sociedade como uma etapa natural na vida das mulheres. Contudo, esse período envolve um conjunto de mudanças nos aspectos hormonais, físicos, psicológicos, familiares e sociais, na possibilidade de adequações e reestruturações na vida das mulheres. Essas transformações têm frequentemente gerado um cenário de vulnerabilidade para mulheres grávidas, momento que pode acentuar fragilidades emocionais e predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais. Entre esses agravos, a ansiedade e a depressão se destacam como os mais comuns, e, se não forem reconhecidos ou tratados de maneira adequada durante o pré-natal, podem resultar em consequências adversas significativas tanto para a saúde da mãe quanto para a do feto¹.

Consultas de pré-natal de qualidade insatisfatória, que se caracterizam por uma escuta clínica restrita, falta de avaliação da saúde mental e ausência de vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, costumam negligenciar os sinais iniciais desses transtornos, dificultando intervenções em tempo hábil. Tal negligência pode culminar em um agravamento da saúde mental materna, aumento do risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, dificuldades na formação do vínculo mãe-filho e prejuízos no desenvolvimento infantil. Adicionalmente, a manutenção de sintomas depressivos ou ansiosos após o parto pode ter um efeito adverso sobre a amamentação, o autocuidado da mãe e a experiência da parentalidade².

A depressão caracteriza-se como uma condição patológica marcada por sintomas como tristeza, desequilíbrio emocional, ausência de prazer, baixa autoestima, que afetam a mãe e a criança, acarretando importantes consequências sociais e familiares como problemas conjugais, retardo no desenvolvimento infantil e sofrimento psíquico da mãe³. Já a ansiedade trata-se de um estado emocional, que tem componentes fisiológicos e psicológicos que abrangem diversas sensações, entre elas o medo e a insegurança, o aumento no estado de vigília e desconfortos somáticos e do sistema nervoso autônomo⁴. Esses fatores revelam a importância da realização de consultas qualificadas durante o pré-natal.

A depressão pré-natal tem sido um grande problema de saúde pública em todo o mundo, com maior prevalência em países em desenvolvimento de baixa e média renda. Estudos anteriores demonstram índices de 27% na África do Sul, 15,3% em Israel e 10,3% na China⁵. Nos Estados Unidos, aproximadamente 15% das mulheres grávidas sofrem de transtornos de ansiedade e depressão, e grande parte recebem prescrição de antidepressivos⁶.

No contexto brasileiro, a literatura científica tem apontado prevalências variadas de depressão tanto durante a gestação quanto no período puerperal, refletindo a diversidade metodológica dos estudos, bem como as especificidades socioculturais, econômicas e assistenciais que atravessam a realidade das mulheres em diferentes regiões do país. Em São Paulo, a porcentagem oscilou entre 24% e 38,5%; no Rio de Janeiro, a prevalência foi de 18%; em Minas Gerais, houve uma taxa entre 12,5% e 33%; no Distrito Federal, registrou-se entre 15,47% e 52,5% em diferentes estudos e 25,33% em Goiás. No Rio Grande do Sul, a prevalência foi entre 20,5% e 21,6%. No Maranhão, a taxa foi 27,5%. Já em Sergipe, encontrou-se uma prevalência de 28,9%⁷. Diante o exposto é notável que a depressão perinatal não pode ser compreendida de forma homogênea, exigindo uma análise contextualizada que considere fatores como acesso aos serviços de saúde, rede de apoio social, condições de vulnerabilidade e histórico de saúde mental.

Os sinais de ansiedade e depressão na gestação, particularmente os sintomas leves, podem ser negligenciados pelos profissionais de saúde durante a avaliação pré-natal, pois são provavelmente atribuídos a mudanças emocionais dos hormônios da gravidez⁸, podendo assim, não serem identificados durante esse período e impossibilitando o início das intervenções psicossociais para que sejam efetivadas ações para prevenir ou mitigar as consequências adversas associadas à depressão pré-natal⁹.

Apesar da relevância do tema, existem lacunas na detecção e no manejo desses agravos na atenção primária à saúde, especialmente durante as consultas de pré-natal, que muitas vezes têm foco predominantemente biomédico. Assim, objetivou-se verificar a prevalência e os fatores associados à ansiedade e à depressão em gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família em município do nordeste brasileiro.

MÉTODO

Pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa realizada na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família em cidade do nordeste brasileiro. O universo do estudo foi composto por 130 gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A amostra do estudo foi não probabilística, do tipo por conveniência, composta por 81 mulheres gestantes cadastradas na USF durante o período de março a maio de 2019. As participantes foram incluídas conforme sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, atendendo aos critérios de inclusão: ser cadastrada na unidade de saúde da família e estar em qualquer período gestacional. Foram excluídas do estudo mulheres gestantes com diagnóstico de transtorno mental grave, severo e persistente, e em uso de psicotrópico.

A coleta de dados ocorreu durante as consultas de pré-natal da gestante em ambiente com privacidade e conforto para as investigadas. O instrumento para coleta de dados foi um questionário semiestruturado que contempla perguntas abertas e fechadas de múltipla escolha e escala Likert, pois permitem quantificar as respostas. Utilizou-se também o Inventário de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck¹⁰.

O BDI de Beck avalia sintomas de depressão contendo 21 itens, cada um com quatro respostas possíveis que recebe uma pontuação de zero a três, indicando assim a gravidade do sintoma. As questões do BDI avaliam humor, pessimismo, sentimento de fracasso, autoinsatisfação (está ligado à anedonia e à sensação de vazio), sentimento de culpa, punição, autoantipatia, autoacusação, pensamentos suicidas ou de automutilação, choro, irritabilidade, retraimento social, imagem corporal, dificuldades de trabalho, insônia, fadiga, apetite, perda de peso, preocupação corporal e perda de libido, onde os itens de 1 a 13 avaliam sintomas de natureza psicológica, e os itens 14 a 21 avaliam sintomas físicos cada um com 4 alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com opções de resposta (escala de 0 a 3)¹⁰.

O BAI de Beck é composto também por 21 itens, que avaliam a intensidade de sintomas físicos e cognitivos de ansiedade vivenciados pelo indivíduo durante a última semana. Cada item é pontuado em uma escala Likert de quatro pontos, que obedece a uma escala de Likert: 0 (absolutamente não), 1 (levemente ansiosa), 2 (moderadamente ansiosa), 3 (gravemente ansiosa). A pontuação máxima é de 63 pontos, categorizados em: 0-10 (sintomas mínimos), 11-19 (sintomas leves), 20-30 (sintomas moderados), 31-63 (sintomas graves)¹⁰.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Os dados descritivos foram apresentados por meio de distribuição percentual (%) e todas as comparações foram feitas pelo Teste Exato de *Fisher's*. Adotou-se um nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e posteriormente discutidos com base na literatura pertinente.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos da Resolução 466/2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Nova Esperança sob número do parecer 4.105.628 e CAAE: 08781919.9.0000.5179.

RESULTADOS

Observa-se que 47 (58%) gestantes referiram já possuir filhos, enquanto 34 (42%) estavam em sua primeira gestação. Quanto à história de abortamento, 50 (61,7%) mulheres relataram nunca ter passado por essa experiência, ao passo que 31 (38,3%) já haviam sofrido pelo menos um abortamento. No que se refere à condição clínica da gravidez atual, 65 (80,2%) gestantes realizavam acompanhamento de pré-natal classificado como de baixo risco, sendo apenas 16 (19,8%) identificadas como gestação de alto risco. Em relação ao planejamento gestacional, predominou a não intencionalidade: 53 (65,4%) participantes afirmaram que a gravidez atual não foi planejada, evidenciando a necessidade de promover ferramentas e estratégias de aconselhamento com melhor eficácia para a população.

No tangente às análises do levantamento de dados da Tabela 1, exibe-se a distribuição dos níveis de ansiedade entre gestantes atendidas no pré-natal, segundo variáveis sociodemográficas. Observa-se que a maioria das participantes apresentou sintomas mínimos de ansiedade, independentemente das características analisadas.

Na análise percentual, verificou-se que a predominância da ansiedade estava na classificação mínima ($n=51$; 63%) com participantes na faixa etária de 18 a 34 anos ($n=47$; 64,4%), religião católica ($n=27$; 77,1%), escolaridade do ensino médio ($n=28$; 66,7%), renda mensal de até um salário mínimo ($n=34$; 69,4%), estado civil solteira ($n=21$; 67,7%) e número de pessoas na residência variando entre 2 e 4 pessoas ($n=27$; 65,9%). Identificaram-se 20 (24,7%) gestantes com ansiedade leve e 10 (12,3%) com ansiedade moderada. Não foram encontradas mulheres com ansiedade severa.

Na relação entre a depressão e as variáveis sociodemográficas verificou-se que as gestantes que moram com o companheiro apresentaram ansiedade mínima em 49 (60%) casos, aquelas que vivem com duas a quatro pessoas, em 53 (65,9%) casos, e com mais de quatro pessoas, em 46 (57,1%) casos. Na análise percentual, foi identificado que a predominância da depressão estava na classificação mínima ($n=62$; 76,5%) na faixa etária 18 a 34 anos ($n=58$; 79,5%), religião católica ($n=30$; 85,7%), escolaridade do ensino superior ($n=17$; 81,0%), renda mensal de até um salário-mínimo ($n=38$; 77,6%), estado civil solteira ($n=27$; 87,0%) e, no que se refere ao número de pessoas na residência, morando com o companheiro ($n=26$; 78,7%). Foram encontradas 13 (16%) mulheres com depressão leve, quatro (5%) com moderada e duas (2,5%) com depressão grave, conforme a Tabela 2.

Tabela 1. Análise cruzada das variáveis sociodemográficas com sinais de ansiedade em gestantes da USF Integrada Ipiranga. João Pessoa, PB, Brasil, 2024

ANSIEDADE						
VARIÁVEIS	Mínima n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)	Total n(%)	P
Faixa Etária						
15 – 17 anos	2(50,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	100	0,559
18 – 34 anos	47(64,4)	17(23,3)	9(12,3)	0(0,0)		
> 35 anos	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Religião						
Católica	27(77,1)	6(17,1)	2(5,8)	0(0,0)	100	0,124
Protestante	23(52,3)	13(29,5)	8(18,2)	0(0,0)		
Outros	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Escolaridade						
Ens. Fundamental	10(55,6)	5(27,8)	3(16,6)	0(0,0)	100	0,587
Ensino Médio	28(66,7)	11(26,2)	3(7,1)	0(0,0)		
Ensino Superior	13(62,0)	4(19,0)	4(19,0)	0(0,0)		
Renda mensal						
Até 1 salário-mínimo*	34(69,4)	11(22,4)	4(8,2)	0(0,0)	100	0,348
Entre 1 e 2 salários	15(51,7)	8(27,6)	6(20,7)	0(0,0)		
> 2 salários-mínimos	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)		
Estado Civil						
Casada	29(59,2)	16(32,7)	4(8,1)	0(0,0)	100	0,144
Solteira	21(67,7)	4(12,9)	6(19,4)	0(0,0)		
Outros	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Nº de pessoas na residência						
Mora com o companheiro	20(60,6)	9(27,3)	4(12,1)	0(0,0)	100	0,969
2 a 4 pessoas	27(65,9)	9(22,0)	5(12,1)	0(0,0)		
Mais de 4 pessoas	4(57,1)	2(28,6)	1(14,3)	0(0,0)		

Legenda: (n=81); *Salário-mínimo vigente em 2019 (R\$ 998,00/ US\$ 250,00).

Fonte: Os autores (2019).

Tabela 2. Análise cruzada das variáveis sociodemográficas com sinais de depressão em gestantes da USF Integrada Ipiranga. João Pessoa, PB, Brasil, 2024

DEPRESSÃO						
VARIÁVEIS	Mínima n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Grave n(%)	Total n(%)	p
Faixa Etária						
15 – 17 anos	2(50,0)	1(25,0)	0(0,0)	1(25,0)	100	0,078
18 – 34 anos	58(79,5)	10(13,7)	4(5,5)	1(1,4)		
> 35 anos	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Religião						
Católica	30(85,7)	4(11,4)	0(0,0)	1(2,9)	100	0,337
Protestante	30(68,2)	9(20,5)	4(9,1)	1(2,3)		
Outros	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Escolaridade						
Ens. Fundamental	13(72,2)	5(27,8)	0(0,0)	0(0,0)	100	0,661
Ensino Médio	32(76,2)	6(14,3)	3(7,1)	1(2,4)		
Ensino Superior	17(81,0)	2(9,4)	1(4,8)	1(4,8)		
Renda mensal						
Até 1 salário-mínimo*	38(77,6)	7(14,3)	3(6,1)	1(2,0)	100	0,915
Entre 1 e 2 salários-mínimos	21(72,5)	6(20,7)	1(3,4)	1(3,4)		
> 2 salários-mínimos	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Estado Civil						
Casada	35(71,4)	10(20,4)	2(4,1)	2(4,1)	100	0,11
Solteira	27(87,0)	2(6,5)	2(6,5)	0(0,0)		
Outros	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Nº de pessoas na residência						
Mora com o companheiro	26(78,7)	2(6,1)	3(9,1)	2(6,1)	100	0,033**
2 a 4 pessoas	31(75,6)	10(24,4)	0(0,0)	0(0,0)		
Mais de 4 pessoas	5(71,4)	1(14,3)	1(14,3)	0(0,0)		

Legenda: (n=81); *Salário-mínimo vigente em 2019 (R\$ 998,00/ US\$ 250,00); **Associação significativa (Teste de Fisher's).
Fonte: Os autores (2019).

Na relação entre a ansiedade e depressão, verificou-se associação significativa entre as variáveis ($p<0,001$). Verifica-se que a depressão na classificação mínima ($n=76$; 94,1%) e leve ($n=3$; 3,9%) está associada à ansiedade mínima, além disso, a depressão mínima está associada à ansiedade leve ($n=40$; 50,0%), conforme Tabela 3.

Tabela 3. Relação entre ansiedade e depressão entre gestantes da USF Integrada Ipiranga. João Pessoa, PB, Brasil, 2024 (n=81)

DEPRESSÃO						p
VARIÁVEIS	Mínima n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Grave n(%)	Total n(%)	
Ansiedade						<0,001*
Mínima	76(94,1)	3(3,9)	0(0,0)	2(2,0)	100	
Leve	41(50,0)	28(35,0)	8(10,0)	4(5,0)	100	
Moderada	32(40,0)	32(40,0)	17(20,0)	0(0,0)	100	
Severa	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	100	

Legenda: *Associação significativa (Teste de Fisher's).

Fonte: Os autores (2019).

DISCUSSÃO

A depressão e a ansiedade apresentam-se como agravos comuns durante o período gestacional, diferindo apenas com relação ao nível de gravidade desses quadros, que podem estar relacionados com a história prévia de transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão e somatizações), bem como, com as características socioeconômicas⁴. O pré-natal é o período de acompanhamento que antecede o parto e tem como um dos principais objetivos promover o bom desenvolvimento da gravidez e, com isso, o parto saudável. Essas ações ocorrem durante toda trajetória gestacional para proporcionar atendimentos de qualidade e reduzir a mortalidade materna e perinatal. Incluem atividades preventivas, educativas e terapêuticas e toda essa assistência é importante para prevenção de agravos, diagnóstico precoce de doenças e tratamentos que se façam necessários nesse período¹¹.

A depressão caracteriza-se como uma condição patológica marcada por aversão às atividades comumente realizadas, distúrbios do sono ou apetite e irritabilidade, com repercussões no comportamento, na saúde e nos relacionamentos interpessoais da pessoa. Quanto à ansiedade, trata-se de uma resposta emocional diante de situações ameaçadoras ou desafiadoras, manifestando-se por sensações de apreensão, preocupação ou medo, geralmente proporcionais ao estímulo e de curta duração. Em contraste, o transtorno de ansiedade é caracterizado por uma preocupação excessiva, persistente e desproporcional em relação às situações enfrentadas. Os sintomas incluem inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono, persistindo por períodos prolongados e muitas vezes sem uma causa aparente. Essa condição interfere significativamente na qualidade de vida do indivíduo, afetando seu funcionamento social, ocupacional e outras áreas importantes¹².

Estudo descreve que 10% a 15% de todas as mulheres grávidas vivenciam sintomas de ansiedade e depressão leves a moderados. Os sintomas, em geral, são semelhantes aos que ocorrem na depressão em qualquer outro período da vida da mulher, tais como falta de apetite e de energia e sentimento de culpa¹³.

Com relação à distribuição das características obstétrica das gestantes assistidas na Unidade de Saúde da Família estudada, encontrou-se dados semelhantes em estudo¹⁴, onde a maioria das gestantes (77,7%) eram secundigestas e multigestas, e tiveram a gestação não planejada (88%). Outra pesquisa também demonstrou maioria das

mulheres multíparas (60%) e gravidez atual não planejada (58%)¹⁵. O não planejamento de uma gestação pode implicar em abalos à saúde mental feminina, como elevação dos níveis de ansiedade e risco para depressão¹⁶.

Realizando-se o cruzamento das variáveis sociodemográficas (faixa etária, religião, escolaridade, renda mensal, estado civil e número de pessoas na residência) com os sinais de ansiedade e de depressão em gestantes, observou-se a não identificação de associação dessas variáveis com a ansiedade e a associação entre o número de pessoas na residência e a depressão.

Com relação à ansiedade, resultou que a maioria das mulheres se enquadrou na classificação mínima (tabela 1). Dado divergente desse estudo aponta que 18,8% das gestantes em pré-natal apresentaram sintomas graves de ansiedade, e para tanto, utilizavam-se de respostas de enfrentamento significativamente mais inadequadas e menos adaptativas, como autculpa e negação da realidade, que permaneceram associadas à ansiedade no período perinatal⁶. Outro estudo apontou que 30% das gestantes não apresentaram ansiedade, 30% ansiedade leve, 22% ansiedade moderada, 16% ansiedade grave e 2% não responderam ao questionário¹³. Tais resultados apresentam-se em um percentual maior aos apresentados nesse estudo. Concatenando com os últimos resultados e divergindo com os números da presente investigação, outra pesquisa identificou a prevalência de sintomas depressivos de 20% e sintomas de ansiedade 39%¹⁵. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo com maioria apresentando ansiedade mínima¹⁶.

Com relação à depressão, foi identificado que a predominância estava na classificação mínima e leve. Verificou-se quatro mulheres com depressão moderada e duas com depressão grave. Concordando com este, outro estudo apontou para uma maioria de mulheres sem sintomas depressivos e com depressão leve, como também, em menor proporção, depressão moderada e grave¹³. Verificou-se ainda em outro estudo uma maioria de mulheres gestantes com depressão mínima¹⁶.

A depressão impõe um considerável impacto emocional, comprometendo tanto a saúde mental quanto a saúde física da gestante, e tem sido identificada como um fator de risco para o Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), também podendo comprometer o crescimento do feto, aumentando assim o risco para pré-eclâmpsia e parto prematuro, e reafirmando que a intervenção para depressão deve iniciar no pré-natal¹⁷.

A gravidez pode representar um evento de vida estressante e provocador de ansiedade. Consequentemente, a ansiedade como um transtorno mental comum pode deteriorar silenciosamente a saúde da mulher, sendo um relevante preditor associado à depressão na gravidez¹⁷.

Ressalta-se ainda que é preciso que os enfermeiros realizem o acolhimento de forma integral durante o acompanhamento pré-natal, abordando questões clínicas e também psicossociais para que dessa forma possam contribuir, de forma significativa com intervenções para detecção e melhoria dos níveis de ansiedade e depressão entre gestantes, colaborando para efetivação de um cuidado pré-natal com qualidade¹⁸. A atenção pré-natal definida como um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, tem como objetivo prover essa assistência, visando ao bom desfecho da gestação¹⁹.

Diante dos dados apresentados, aponta-se como fator limitante desse estudo, o fato de a maioria das gestantes enquadrarem-se em níveis de ansiedade e depressão

mínimos, impedindo a possibilidade de identificar características associadas aos casos graves.

Porém, o estudo incita a realização de outros, em diferentes cenários que possam gerar dados mais heterogêneos com possível identificação de associações. Outrossim, a temática promove alerta aos profissionais atuantes no pré-natal das Unidades de Saúde da Família para um olhar direcionado não apenas às características fisiológicas da gestação, mas também psicossocial, visto que a ansiedade e depressão em suas formas graves podem manifestar-se entre grávidas.

As limitações do estudo incluem o fato de que a maioria das gestantes apresentou níveis mínimos de ansiedade e depressão, o que dificultou a identificação de características associadas aos casos mais graves dessas condições. No entanto, a proposta deste estudo foi alcançada, contribuindo para as futuras implicações na formulação de estratégias ou políticas públicas voltadas à saúde mental da gestante.

CONCLUSÃO

Sistemas de cuidado pré-natal de alta qualidade devem desenvolver a capacidade de avaliação e tratamento do risco para depressão e ansiedade. Os provedores do cuidado devem realizar uma triagem rotineiramente, fazendo uso de ferramentas de triagem validadas, fornecendo recursos com foco em informações educativas sobre saúde mental materna, cientes das várias abordagens multiprofissionais como possibilidade de facilitar o tratamento e melhor orientar e encaminhar os casos quando for necessário.

Nesse estudo verifica-se um representativo índice de mulheres gestantes, atendidas em serviço da atenção básica, em processo de adoecimento mental com ansiedade e depressão. Tais agravos eram negligenciados pelos profissionais na assistência pré-natal uma vez que nessa abordagem o profissional tem como foco as necessidades, queixas e modificações biológicas. Considerando a importância e as repercussões do adoecimento mental no ciclo gravídico puerperal reforça-se a necessidade de implementar instrumentos simples validados que possam guiar o profissional nessa abordagem para garantir intervenção imediata nos casos.

Destaca-se a relevância da adoção de práticas centradas na prevenção de transtornos mentais comuns, vislumbrando uma melhor qualidade de vida para mulheres gestantes e reduzindo assim os riscos de complicações relacionadas ao parto, à saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

1. Backes DS, de Medeiros LS, da Veiga AC, Colomé JS, Backes MTS, dos Santos MR, et al. Collective prenatal care facilitated by educational technology: perception of pregnant women. *Ciê Saúde Colet* [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 30];29(1):e00392023. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00392023>
2. Tomasi E, de Assis TM, Muller PG, da Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: what can (and should) improve? *PLoS*

- ONE [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30];17(1):e0262217. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262217>
3. Guimarães RB, dos Santos, RB, dos Santos T, Carvalho AR, Lima MAC, Costa TA, et al. Atuação do enfermeiro à gestante e puérpera com depressão. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 20];13(1):e5178. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e5178.2021>
4. de Sousa ALV, Ribeiro IG, Cordeiro IP, Amaral LV, da Cruz LM, Pereira LFA, et al. Transtornos mentais e o período gestacional. E-Acadêmica [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];4(2):e3042491. Available from: <https://doi.org/10.52076/eacad-v4i2.491>
5. Silva MMJ, Clapis MJ. Risco de depressão na gravidez na percepção dos profissionais de saúde. Enferm Foco [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];14:e-202321. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202321>
6. de Araújo ALS, Xavier JECA, Lima MIF, Jacó AP, Araújo MTC, Santos PIOS, et al. Ansiedade na fase perinatal: revisão de literatura. Res, Soc Dev [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 20];10(15):e566101523521. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23521>
7. Barbosa IHA, Cerqueira-Santos E. Depressão e ansiedade entre gestantes de Sergipe: prevalência e fatores associados. Saúde Desenvolv Hum [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];11(3):1-13. Available from: <https://doi.org/10.18316/sdh.v11i3.10407>
8. Arrais AR, de Araujo TCCF, Schiavo RA. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 21];11(2):23-34. Available from: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>
9. da Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLO. Depression in pregnant women cared for in primary health care. Cogitare Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 21];25:e69308. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>
10. Martins BG, da Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de depressão, ansiedade e estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 21];68(1):32-41. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
11. Pereira JS, de Almeida EWS, Evangelista CB, Dias CLO, Quadros JFC, de Oliveira PAP, et al. Profile of pregnant women attending prenatal care in family health strategy teams. Saúde Colet (Barueri) [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 21];10(52):2118-23. Available from: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2112-2123>
12. Ferreira e Sousa TC, Ferreira e Sousa IY, Almeida RMFS. Ansiedade x transtorno de ansiedade: existe diferença? Contribuciones a Las Ciencias Sociales [Internet]. 2024 [cited 2025 May 17];17(13):e14165. Available from: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.13-549>
13. Goncalves RA. Saúde mental na gestação: importância da avaliação psicológica na identificação de depressão, ansiedade e ideação suicida na gestação. In: Open Science Research I [Internet]. [Guarujá, SP]: Editors Científica; 2022 [cited 2025 Jun 27]. p. 1826-38. Available from: <https://doi.org/10.37885/220107204>
14. Ferreira MGBL. Percepção de gestantes sobre o cuidado durante o período de pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família [thesis on the Internet]. Maceió: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas; 2022 [cited 2024 Feb 21]. 80 p. Available from: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/11986>
14. da Paz MM, Diniz RMC, Almeida MO, Cabral NO, de Assis TJCF, de Sena MF, et al. Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];22(4):1015-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>
15. Testouri F, Hamza M, Amor AB, Barhoumi M, Fakhfakh R, Triki A. et al. Anxiety and depression symptoms in at-risk pregnancy: influence on maternal-fetal attachment in Tunisia. Matern Child Health

J [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 21];27:2008-16. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03736-y>

16. Silva MMJ, Clapis MJ. Perception of pregnant women about the risk factors of depression during pregnancy. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 14];24:e-1328. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200065>

17. da Silva HCP, Silva AKC, da Rocha RMB, Ribeiro AGS, de Oliveira JNA, Mota LR, et al. Ansiedade e depressão em gestantes. Res, Soc Dev [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];11(3):e51811325570. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25570>

18. Pereira JCN, Caminha MFC, Gomes RA, dos Santos CC, de Lira PIC, Batista Filho M. Temporal evolution of prenatal care in Pernambuco in 1997, 2006 and 2016. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 21];30(1):e64056. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.64056>

Anxiety and depression among pregnant women attending a family health center: a cross-sectional study

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to confirm the prevalence of anxiety and depression in pregnant women who are undergoing prenatal consultations at a Family Health Unit in a northeastern Brazilian municipality. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 81 pregnant women, utilizing a questionnaire that included both open-ended and closed-ended questions, as well as the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** The results indicated that 30 pregnant women (37%) had mild to moderate anxiety symptoms and 18 (23%) had mild to severe depression symptoms. There was statistical significance between depression and the number of people in the household ($p=0.033$), as well as between anxiety and depression ($p<0.001$). **Conclusion:** Considering the influence of mental illness on the pregnancy-puerperal cycle, it is critical to implement early interventions with validated tools to prevent mental/cognitive disorders and enhance pregnant women's quality of life.

DESCRIPTORS: Pregnant People; Anxiety; Depression; Prenatal Care; Family Health.

Ansiedade y depresión entre las mujeres embarazadas atendidas en unidades de salud familiar: estudio transversal

RESUMEN

Objetivo: verificar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas atendidas en consultas prenatales en la Unidad de Salud Familiar en un municipio del noreste de Brasil. **Método:** estudio descriptivo transversal, con 81 embarazadas, con cuestionario de preguntas abiertas y cerradas e Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** se identificó que 30 embarazadas (37 %) presentaban síntomas de ansiedad de leve a moderada y 18 (23 %) síntomas de depresión de leve a grave. Se observó una significación estadística entre la depresión y el número de personas en el hogar ($p = 0,033$), así como entre la ansiedad y la depresión ($p < 0,001$). **Conclusión:** ante el impacto de las enfermedades mentales en el ciclo gravídico-puerperal, es esencial utilizar instrumentos validados para orientar las intervenciones tempranas, promoviendo la prevención de trastornos mentales y la mejora de la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

DESCRIPTORES: Personas Embarazadas; Ansiedad; Depresión; Atención Prenatal; Salud de la Familia.

Recebido em: 19/07/2024

Aprovado em: 19/05/2025

Editor associado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Cleyton César Souto Silva

Universidade Federal da Paraíba

Campus I Lot. Cidade Universitária, PB, 58051-900

E-mail: cleyton.souto@academico.ufpb.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **de Lima PA, Pereira VCLS**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **de Lima PA, Rodrigues Neto G, Pereira VCLS, Pereira FJR, Silva CCS, Andrade SSC, Costa SMG**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **de Lima PA, Pereira VCLS, Silva CCS, Andrade SSC, Costa SMG**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

ISSN 2176-9133



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