



Transtorno mental comum em gestantes atendidas na Atenção Básica *Common mental disorder in pregnant women attended in Primary Care*

Lucas Frota Beckman¹
lfbeckman2013@gmail.com

Adriana Sousa Rêgo¹
adricefs@yahoo.com.br

Janaina Maiana Abreu Barbosa¹
jana_mayana@hotmail.com

Cristina Nitz da Cruz¹
cristinanitzcruz@gmail.com

Márcia Rodrigues Veras Batista¹
mrveras1@hotmail.com

Wellyson da Cunha Araújo Firmo^{1,2}
well_firmo@hotmail.com

Yuri Alfredo Araújo Mendonça Silva¹
yaraujomendonca@gmail.com

Flor de Maria Araújo Mendonça Silva^{1*}
floragyhn@gmail.com

***Autor correspondente**

¹Universidade Ceuma – UniCeuma,
São Luís- MA, Brasil

²Universidade Estadual da Região Tocantina do
Maranhão – UEMASUL, Imperatriz- MA, Brasil

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

Resumo

O presente trabalho teve o objetivo de avaliar o Transtorno Mental Comum (TMC) em gestantes através de um estudo analítico transversal realizado com 205 gestantes em dez unidades básicas de saúde de São Luís, Maranhão, no período de janeiro de 2020 a maio de 2021. Para coleta de dados, foi utilizado questionário sociodemográfico, a caderneta da gestante e o *Self Report Questionnaire 20* como instrumento de triagem para identificação do TMC. A análise estatística foi pelo STATA 15.0. A variável idade (21 a 30 anos) apresentou a maior frequência 106 (51,71%), apresentando significância estatística ($p=0,01$). A variável estado civil apresentou maior frequência nas gestantes que tinham companheiro 152 (74,15%). A variável planejamento da gravidez apresentou maior frequência nas gestantes que planejaram a gravidez 183 (89,27%) com significância estatística ($p=0,04$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC nas gestantes que não tiveram uma gestação planejada. A variável acompanhamento psicológico apresentou maior frequência 189 (92,20%). O estudo permitiu estimar a prevalência do TMC em gestantes de 50,24% e analisar que as variáveis idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico devem ser primariamente considerados e avaliados dentro do contexto de predisposição ou proteção ao TMC, como informações de alarme.

Palavras-chave: atenção primária; gestantes; saúde mental; transtornos mentais.

Abstract

The present work aimed to evaluate the Common Mental Disorder (CMD) in pregnant women through a cross-sectional analytical study carried out with 205 pregnant women in ten basic health units in São Luís, Maranhão, in the period from January 2020 to May 2021. For data collection, we used a sociodemographic questionnaire, the pregnant woman's health booklet, and the Self Report Questionnaire 20 as a screening instrument to identify CMD. Statistical analysis was by STATA 15.0. The variable age (21 to 30 years) showed the highest frequency 106 (51.71%), presenting statistical significance ($p=0.01$). The marital status variable presented the highest frequency in pregnant women who had a partner 152 (74.15%). The variable pregnancy planning showed a higher frequency in pregnant women who planned their pregnancy 183 (89.27%) with statistical significance ($p=0.04$) and a higher prevalence 83 (80.58%) for the presence of CMT in pregnant women who did not have a planned pregnancy. The variable psychological follow-up showed the highest frequency 189 (92.20%). The study allowed us to estimate the prevalence of CMT in pregnant women at 50.24% and to analyze that the variables age, marital status, pregnancy planning, and psychological follow-up should be primarily considered and evaluated within the context of predisposition or protection to CMT, as alarm information.

Keywords: primary care; pregnant; mental health; mental disorders.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Mental Comum (TMC) classifica-se como transtorno mental não psicótico e consiste no sofrimento mental e consequente sintomatologia somática. Ele representa o sofrimento mais prevalente na população mundial e suas projeções mundiais para 2030 são no sentido de incluírem as

perturbações do TMC entres as mais incapacitantes do ser humano.^[1-4] Essas perturbações se evidenciam pela ruptura no funcionamento normal manifestado pelo indivíduo através de tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises) frequentemente associados à mudança no sono e apetite (diminuição ou aumento), dores

(frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais.^[5]

A base fisiopatológica dessa sintomatologia pode ser explicada ao se considerar que as áreas relacionadas ao comportamento emocional – hipotálamo e o denominado sistema límbico – originam impulsos nervosos conduzidos por fibras especiais. Essas fibras fazem sinapse com neurônios pré-ganglionares do tronco encefálico e da medula, mecanismo pelo qual o sistema nervoso central influencia áreas relacionadas ao sistema nervoso autônomo, gerando a sintomatologia somática do TMC.^[6]

Com efeito, esse quadro mental e somático causado pelo TMC é relevante enquanto agente ativo no processo de sofrimento mental e consequentes repercussões físicas na população em geral, mas principalmente naqueles nichos que se apresentam como fatores de risco ao seu desenvolvimento, como em mulheres gestantes. Essa relação gravidez e risco para TMC é entendida no período gestacional como a síntese de influências fisiológicas (modificações hormonais), anatômicas (modificações físicas no corpo) e biopsicossociais (relação da gestante consigo, com o parceiro, família e comunidade) que influenciam a grávida em sua auto percepção e interação com o meio.^[7] Nesse sentido, o transtorno mental comum pode incidir justamente nessa síntese e causar a ruptura dessa homeostase.

Ao considerar o impacto funcional, psíquico e ocupacional do TMC, o presente trabalho teve o objetivo avaliar o TMC em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde do município de São Luís, Maranhão.

2. METODOLOGIA

O estudo tem o desenho analítico transversal realizado no município de São Luís, Maranhão, que administrativamente se apresenta dividido em 07 Distritos de Saúde: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, COHAB, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança. Tais Distritos, com exceção do Distrito Centro, possuem distribuição predial e populacional tanto na zona urbana como rural. O presente estudo foi realizado em dez Unidades Básicas de Saúde (UBS): UBS Turu, UBS São Bernardo, UBS São Francisco, UBS Pedrinhas, UBS Amar, UBS Liberdade, CS Fabiciana de Moraes, UBS Jardim São Cristóvão, UBS Coquilho e UBS da Cohab, divididas em diferentes distritos sanitários.

O município de São Luís tem uma população de 1.091.868, com área de 831,7 Km², e desse total 157.656 Km² estão em perímetro urbano do Estado do Maranhão. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,778, consideravelmente alto quando comparado ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Maranhão.^[8]

No cálculo do tamanho amostral foi utilizado o software STATA 15.0 (Stata Corp College Station, Texas, EUA) e, para fins deste estudo, foi utilizada uma amostra de 205 gestantes entre 18 e 41 anos, no Programa de Atenção Básica que concordaram em participar da pesquisa e que residem nas áreas adscritas às UBS. Foram excluídas do estudo as gestantes que se autodeclararam incapacitadas para responder às perguntas do questionário.

Para o cálculo final, foi utilizada a população considerando o nível de significância (α) de 5%, poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas. A maior homogeneidade demográfica e socioeconômica da

população avaliada representa uma vantagem para o estudo, por diminuir a probabilidade de variáveis de confundimento.

A coleta consistiu em uma entrevista de aproximadamente 10 minutos (informação que será fornecida antes da concordância para participar do estudo), com uso de instrumentos autoaplicáveis como a Ficha de Investigação Sócio Demográfico/Econômico e Psicossocial que baseia nos dados socioeconômicos, hábitos de vida, rede de apoio na gestação e história de tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico. À essa ficha são crescidas as informações presentes na Carteira da Gestante como as informações das gestações prévias, paridade e abortamentos.

Para identificação do TMC foi aplicado o *Self Report Questionnaire 20* (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil em 1986.^[9] O SRQ-20 serve para detecção de TMC na população geral devido as suas características psicométricas na identificação tanto de prováveis casos de TMC na comunidade, como também de transtornos emocionais e necessidades em saúde mental.

O SRQ-20 é recomendado pela OMS para estudos em atenção básica à saúde devido à facilidade de uso, ao custo reduzido, à rápida aplicação e à sua condição de instrumento padronizado internacionalmente, sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não-psicóticos. Os itens do SRQ-20 distribuem-se em quatro grupos de sintomas: fator I (comportamento ansioso e depressivo), fator II (decréscimo de energia), fator III (sintomas somáticos) e fator IV (pensamentos depressivos), permitindo uma análise fatorial de correlações tetracórica.^[10-14]

O SRQ-20 sugere o nível de suspeição de algum transtorno mental, porém não específica. Seu caráter de triagem é útil para primeira classificação de possíveis casos e não casos de acordo com pontuação de cinco ou mais respostas afirmativas para homens e de sete ou mais respostas afirmativas para mulheres, valendo 1 (um) ponto cada uma pergunta cuja resposta seja afirmativa. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos: de um lado os indivíduos com maior probabilidade de ter um TMC e de outro um grupo com maior probabilidade de não o ter.^[2,14]

As variáveis coletadas estão distribuídas em dados de identificação, idade, cor, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado, abortamento, paridade, gravidez planejada, acompanhamento médico e psicológico.

A análise estatística foi executada pelo software STATA 15.0 (StataCorp., CollegeStation, Texas, EUA). As variáveis qualitativas são apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A estatística descritiva incluiu cálculos de frequências absolutas e relativas (percentuais). Para avaliar a associação entre a variável explanatória (Gestantes atendidas na Atenção Primária) e a variável resposta (Índices de Gestantes com TMC) foi realizado utilizando o Teste Qui-quadrado para amostras independentes.

A estatística analítica inferencial foi realizada primeiramente pela regressão logística de Poisson para avaliar a Razão de Prevalência (RP) com ajuste robusto da variância, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,20$ na análise univariada; e, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,10$, foram incluídas no modelo multivariado final com as respectivas Razões de Prevalências (RP), Intervalos de

Confiança de 95% (IC 95%); significância estatística com $p \leq 0,05$.

Para medir a força da associação entre a razão e a incidência das gestantes expostas pela incidência das não-expostas, foi realizado através da regressão logística de estimativa do *Odds Ratio* (OR), que é uma estimativa do risco relativo para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,20$ na análise univariada; e, para os eventos que apresentaram o $p \leq 0,10$, foram incluídas no modelo multivariado final com Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), e significância estatística ($p \leq 0,05$).

O trabalho faz parte da coorte intitulado Coorte-Gestativas, com parecer substanciado 3.258.471. Às gestantes que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em acordo com as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Às participantes do estudo foi garantido o direito de interrupção do estudo a qualquer momento, o acesso aos resultados, o sigilo sobre os mesmos, orientações e encaminhamento para avaliação especializada quando se fizesse necessário.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra os resultados obtidos em uma amostra constituída de 205 gestantes. Nos resultados, a variável idade (21 a 30 anos) apresentou a maior frequência 106 (51,71%), apresentando significância estatística ($p=0,01$) e com equivalência de prevalência elevada para ausência 53 (51,96%) e presença 53 (51,96%) de TMC.

A variável raça/cor apresentou maior frequência nas gestantes que se autodeclararam pardas 120 (58,54%), não apresentando significância estatística ($p=0,35$) e com maior prevalência 66 (64,28%) para ausência de TMC. A variável estado civil apresentou maior frequência nas gestantes que tinham companheiro 152 (74,15%) com forte significância estatística ($p=0,03$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC.

A variável escolaridade apresentou maior frequência nas gestantes que tinham ensino médio 106 (51,71%), não apresentando significância estatística ($p=0,80$) e com prevalência elevada 81(79,41%) para ausência de TMC. A variável trabalho remunerado apresentou maior frequência nas gestantes que não trabalhavam 138 (67,32%), não apresentando significância estatística ($p=0,42$) e com maior prevalência 72 (69,90%) para presença de TMC.

A variável planejamento da gravidez apresentou maior frequência nas gestantes que planejaram a gravidez 183 (89,27%) com significância estatística ($p=0,04$) e com maior prevalência 83 (80,58%) para presença de TMC nas gestantes que não tiveram uma gestação planejada. A variável abortamento apresentou a maior frequência 161 (78,54%) para gestantes que já tiveram aborto, não apresentando significância estatística ($p=0,32$) e com maior prevalência 83 (81,37%) para ausência de TMC.

As gestantes múltiparas apresentaram maior prevalência com 195 (95,12%), sem significância estatística ($p=0,52$) e com maior prevalência 97 (94,17%) para presença de TMC. A variável acompanhamento médico com maior frequência 196 (95,61%), porém sem significância estatística ($p=0,29$) e para as gestantes que realizaram consultas com o

médico e com maior prevalência 100 (97,09%) para presença de TMC. A variável acompanhamento psicológico apresentou maior frequência 189 (92,20%), com significância estatística ($p=0,01$) para as gestantes que realizaram consultas com psicólogo e com maior prevalência 99 (97,06%) para ausência de TMC.

No presente estudo foram utilizadas alternativas para análise de dados transversais para produzir estimativas pontuais e por intervalos para as razões de prevalências e intervalos de confiança robustos, mediante a regressão de Poisson. Foram utilizadas estimativas pontuais para as associações significativas nas análises não ajustadas e ajustadas, demonstrando a regularidade de superestimação da razão de chances, em comparação com as razões de prevalências em ambas as situações. Nesse estudo foram amplos os intervalos de confiança estimados tanto para as medidas brutas quanto para as ajustadas; correspondentes às razões de chances. Sendo que, na análise ajustada, houve diferenças consideráveis entre a razão de chances e a razão de prevalências, sendo que os modelos finais foram os mesmos mediante as diferentes técnicas de análise.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida.

Por outro lado, a razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida. A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

No que se refere à interpretação das medidas, é importante lembrar que, no contexto dos estudos transversais, a razão de chances e a razão de prevalências não podem ser apresentadas como uma mesma medida. A razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. Já a razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período.

A análise não ajustada da Razão de Prevalência (RP) dos fatores associados, referentes às variáveis que foram para o modelo final e que apresentaram ($p \leq 0,20$) estão demonstradas na Tabela 2. Em relação à variável idade, apresentaram significância estatística com ($p \leq 0,01$); estado civil ($p= 0,05$) e acompanhamento psicológico ($p \leq 0,01$). A análise ajustada referente também à tabela 2 revelou os seguintes resultados significativos para as variáveis idade

entre 31 a 41 anos ($p=0,03$; $RP=0,65$; $IC=0,43-0,97$) e acompanhamento psicológico ($p=0,02$; $RP=0,63$; $IC=0,47-0,84$).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas da assistência perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	n 205 (%)	SRQ-20		p-valor
		Ausência	Presença	
Idade (anos)				0,01
18 a 20	39 (19,02)	12 (11,76)	27 (26,21)	
21 a 30	106 (51,71)	53 (51,96)	53 (51,46)	
31 a 41	60 (29,27)	37 (36,27)	23 (22,33)	
Raça/Cor				0,35
Branco	41 (20,00)	18 (17,65)	23 (22,33)	
Preto	44 (21,46)	18 (17,65)	26 (25,24)	
Pardo	120 (58,54)	66 (64,28)	54 (52,43)	
Estado civil				0,03
Com companheiro	152 (74,15)	69 (67,65)	83 (80,58)	
Sem companheiro	53 (25,85)	33 (32,35)	20 (19,42)	
Escolaridade				0,80
Ensino fundamental	39 (19,02)	10 (9,80)	15 (14,56)	
Ensino médio	106 (51,71)	81 (79,41)	78 (75,73)	
Ensino superior	60 (29,27)	11 (10,78)	10 (9,71)	
Trabalho remunerado				0,42
Sim	67 (32,68)	36 (35,29)	31 (30,10)	
Não	138 (67,32)	66 (64,71)	72 (69,90)	
Planejamento da gravidez				0,04
Sim	183 (89,27)	32 (31,37)	20 (19,42)	
Não	22 (10,73)	70 (68,63)	83 (80,58)	
Abortamento				0,32
Sim	161 (78,54)	83 (81,37)	78 (75,73)	
Não	44 (21,46)	19 (18,63)	25 (24,27)	
Paridade				0,52
Primípara	10 (4,88)	4 (3,92)	6 (5,83)	
Múltipara	195 (95,12)	19 (18,63)	97 (94,17)	
Acompanhamento médico				0,29
Sim	196 (95,61)	96 (94,12)	100 (97,09)	
Não	9 (4,39)	6 (5,88)	3 (2,91)	
Acompanhamento psicológico				0,01
Sim	16 (7,80)	3 (2,94)	13 (12,62)	
Não	189 (92,00)	99 (97,06)	90 (87,38)	

Fonte: Autores (2021).

SRQ-20 = *Self Report Questionnaire 20*; % = porcentagem; $p \leq 0,05$.

A análise não ajustada da Razão de Prevalência (RP) dos fatores associados, referentes às variáveis que foram para o modelo final e que apresentaram ($p \leq 0,20$), estão demonstradas na Tabela 3. Para modelar a probabilidade da presença do transtorno mental comum e os níveis de significância, foram calculados pelo método de regressão logística (*Odds Ratio* /OR) a variável idade, que apresentou ($p=0,05$); a variável estado civil, que apresentou ($p=0,03$); a variável planejamento da gravidez

demonstrou ($p=0,05$); a variável acompanhamento com psicólogo ($p=0,01$).

Após análise ajustada, a variável idade apresentou significância estatística ($p=0,05$) para o transtorno mental; a razão de chance encontrada indica fator de proteção; contudo, a proteção não se apresenta definida pelo Intervalo de confiança obtido ($OR=0,60$; $IC_{95\%}: 0,36-1,00$). Já em relação a planejamento da gravidez apresentou significância estatística ($p=0,03$) para o transtorno mental com maior razão de chance para risco, reafirmado pelo Intervalo de confiança obtido em $OR=2,38$; $IC_{95\%}: 1,06-5,00$. O acompanhamento com psicólogo demonstrou ($p=0,02$), confirmando proteção ao transtorno mental comum, indicado pelo Intervalo de confiança obtido ($OR=0,18$; $IC_{95\%}: 0,04-0,80$).

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada da RP da variável idade em relação às variáveis clínicas perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Idade (Anos)			$\leq 0,01$			
18 a 20	1	1	-	1	1	-
21 a 30	0,72	0,54-0,95	0,02	0,82	0,59-1,14	0,25
31 a 41	0,55	0,37-0,81	$\leq 0,01$	0,65	0,43-0,97	0,03
Raça/Cor			0,18			
Branco	1	1	-	1	1	-
Preto	1,05	0,73-1,51	0,78	0,94	0,64-1,37	0,75
Pardo	0,80	0,57-1,12	0,19	0,78	0,56-1,10	0,16
Estado Civil			0,05			
Com companheiro	1	1	-	1	1	-
Sem companheiro	0,69	0,47-1,00	0,05	0,92	0,64-1,33	0,67
Planejamento da Gravidez			0,05			
Sim	1	1	-	1	1	-
Não	1,41	0,27-0,54	0,05	1,35	0,93-1,98	0,10
Acompanhamento psicológico			$\leq 0,01$			
Sim	1	1	-	1	1	-
Não	0,58	0,44-0,77	$\leq 0,01$	0,63	0,47-0,84	0,02

Fonte: Autores (2021).

% = porcentagem; $p \leq 0,05$.

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada do OR da variável idade em relação às variáveis clínicas perinatal no município de São Luís (MA), 2021.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	OR	IC	p-valor	OR	IC	p-valor
Idade	0,53	0,35-0,81	$\leq 0,01$	0,60	0,36-1,00	0,05
Raça/Cor	0,76	0,54-1,08	0,13	0,80	0,53-1,00	0,31
Estado civil	0,50	0,26-0,95	0,03	0,96	0,43-2,00	0,94

Planejamento da gravidez	1,89	0,99-3,60	0,05	2,38	1,06-5,00	0,03
Acompanhamento psicológico	0,20	0,57-7,60	0,01	0,18	0,04-8,00	0,02

Fonte: Autores (2021).

OR = Odds; IC = intervalo de confiança; $p \leq 0,05$.

4. DISCUSSÃO

Nesse estudo foi substantiva a prevalência com forte significância estatística da presença do TMC nas variáveis idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico. Pesquisas sobre a prevalência de transtornos mentais em gestantes e sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos ainda são escassos no Brasil, uma vez que muitos avaliam apenas os transtornos ansiosos e depressivos isoladamente.

Nesse estudo a prevalência do TMC em gestantes foi (50,24%). Prevalência similar à encontrada por Lucchese et al.^[15] com 57,1% no seu estudo transversal com 330 gestantes atendidas no Serviço de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil Central. Esses valores se apresentam superestimados ao encontrado por Steel et al.^[16] numa revisão sistemática e metanálise na população geral de 63 países (29,2%). Esses achados ratificam a importância do acompanhamento da saúde mental em gestantes onde essa elevada prevalência pode ser entendida pela idealização da gravidez como evento de autorrealização para a mulher, além do estigma social imposto à saúde mental; caracterizando-se numa atitude supressora da manifestação dos sentimentos.

Além disso, o TMC é mais prevalente no sexo feminino e ainda mais elevada na gestação.^[17] principalmente em populações de baixa renda, assistidas na Atenção Primária à Saúde.^[18] No estudo desenvolvido por Mahenge et al.^[19] durante a assistência pré-natal na Tanzânia, a idade e a situação conjugal se apresentam associadas com o TMC, identificado em mulheres mais jovens, entre 17 a 29 anos, casadas. O estudo Lucchese et al.^[15] realizado no Serviço de Atenção à Saúde da Mulher, no Brasil, postula que a presença de companheiro e independentemente do *status* civil também se relaciona com a prevalência de TMC em similar intervalo de idade. Esses resultados são similares aos encontrados nesse estudo, onde a faixa etária entre 21 e 30 anos evidencia associação para o transtorno mental com maior prevalência no desenvolvimento do processo de sofrimento mental.

Quanto à variável raça/cor na literatura comparada, não houve significância estatística. Visto que não estabeleceu correlação causal entre essa característica fenotípica e o transtorno mental. As variáveis escolaridade, trabalho remunerado e benefício financeiro também não apresentaram significância estatística. Fazendo com que os resultados possam acontecer decorrência da homogeneidade da amostra. O tipo de estudo pode justificar essa divergência, visto que num estudo longitudinal, o seguimento continuado com a gestante permite realizar diagnósticos psiquiátricos/psicológicos, pois há longitudinalidade nos atendimentos. Diferentemente do delineamento transversal, em que não se define um padrão etiológico por haver simultaneamente a avaliação de exposição e efeito.

A existência do paradigma familiar implica em ter um companheiro como fator protetivo; mesmo assim,

permanecendo as dificuldades financeiras entre as casadas, essa proteção não se estenderá ao desenvolvimento de TMC.^[15] Em outra perspectiva, a estrutura familiar, enquanto rede de apoio à gestante, influencia a mulher nas suas decisões. Nesse contexto, no presente estudo o planejamento da gravidez encontra-se associada ao TMC, com significância estatística. Resultados iguais, com forte associação estatística, foram encontrados na pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo com a mesma estrutura de Atenção Primária à Saúde ou em pesquisas em outros países, como a Tanzânia, Espanha e Turquia.^[17,20-22]

No entanto, considerando o abortamento (provocado ou não) e a decisão de quantos filhos ter enquanto relacionados ao planejamento gestacional ou dele derivados, não se observa nesse estudo significância estatística com a variável desfecho para abortamento ou paridade. Esse resultado diverge de estudos anteriores, que evidenciaram que grávidas primigestas têm maior probabilidade para sintomas depressivos devido a insegurança da primigesta, face às novas responsabilidades que se delineiam diante de si, podendo ocasionar medo e insegurança.^[7]

No estudo conduzido por Schiavo, Rodrigues e Perosa^[23] os sintomas ansiosos (sintomas do Fator I do SRQ-20) foram mais prevalentes em multiparas de baixa renda, em níveis comparativamente superiores às primigestas, que também apresentaram sintomas ansiosos; porém, principalmente devidos à ameaça de abortamento. Segundo os autores, a multiparidade provavelmente se relaciona em níveis mais elevados de ansiedade devido à tendência entre multiparas de menor escolaridade, salários e renda familiar e maior vulnerabilidade econômica. Todavia, no presente estudo, essas variáveis relacionadas à multiparidade não se apresentaram significantes por motivos já expostos.

Por fim, neste estudo o acompanhamento psicológico evidencia significância estatística, confirmando proteção ao transtorno mental comum. Esses resultados são analisados por Almeida et al.^[18] afirmando que durante o pré-natal há maior possibilidade de rastreamento de transtornos mentais devido à frequência de consultas, o que possibilita a definição de uma relação causal com desenvolvimento da hipótese sindrômica em diagnósticos etiológicos e facilitando a abordagem terapêutica adequada ao diagnóstico estabelecido.

É contraditória, neste estudo, a ausência de significância estatística na variável acompanhamento médico. Contudo, isso pode ser entendido, segundo Castilhos, Santos e Lima^[20] pela maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto, uma vez que estes geram mais hospitalizações. Recebendo, portanto, maior atenção dos profissionais de saúde. Para Lopes et al.^[24] o estigma associado à saúde mental e à crença de que certos sentimentos são inerentes ao período gestacional dificulta a externalização dos sintomas de sofrimento mental ao profissional de saúde.

Entende-se que a brevidade em que as consultas se processam e o tempo disponível para anamnese, exame físico, prescrição, preenchimento do prontuário, caderneta de gestante e orientações seja exíguo em decorrência da grande demanda de pacientes. O controle sistemático do tempo de certa maneira impede que a narrativa de sofrimento mental seja devidamente exposta durante a consulta médica, sendo essas gestantes encaminhadas ao serviço de psicologia, onde manifestam seus sintomas de sofrimento mental.

5. CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar a prevalência do transtorno mental comum durante a assistência pré-natal realizada nas unidades de saúde em São Luís demonstrando uma elevada prevalência do TMC em gestantes quando comparada à prevalência na população geral.

Para aprimorar a prestação de cuidado no pré-natal, sugere-se maior atenção dos profissionais não apenas para a sintomatologia orgânica ou cumprimento de protocolos, porém atentar com igual ênfase para a saúde mental da gestante.

Analogamente, conhecer as variáveis diretamente envolvidas com o desenvolvimento do TMC é útil para tornar esse aprimoramento mais efetivo e objetivo, uma vez que no contexto da Atenção Primária à Saúde a quantidade também é, em certo sentido, qualidade. Uma vez que a parcela de população atendida pela estrutura da ESF é ampla e precisa ser devidamente absorvida.

Assim, idade, estado civil, planejamento da gravidez e acompanhamento psicológico devem ser primariamente considerados e avaliados dentro do contexto de predisposição ou proteção ao TMC, como informações de alarme. Nesse sentido, sugere-se aos profissionais de saúde que usem essas informações para tecer estratégias de identificação, abordagem e seguimento das gestantes, que podem ser divididas em grupos com ou sem fator de risco para desenvolvimento do TMC. Com efeito, a aplicação do SRQ-20 nesse paradigma organizacional, enquanto instrumento de rastreamento, será otimizado.

Por conseguinte, considerando a saúde na sua acepção universal, incluindo o bem-estar emocional, esse planejamento contribuirá para o fortalecimento da estrutura da ESF mediante a consolidação dos seus princípios, em especial a longitudinalidade do cuidado, a abordagem familiar e o enfoque comunitário.

REFERÊNCIAS

- [1] GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. 2 ed. London: Tavistock/Routledge, 1993.
- [2] GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Performance of the Self- Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.2, p.380-380, 2008.
- [3] SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; KOUPIIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, I.; THEODORAKIS, P.N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, v.13, p.163, 2013.
- [4] FONE, D.; GREENE, G.; FAREWELL, D.; WHITE J, KELLY M, DUNSTAN F. Common mental disorders, neighbourhood income inequality and income deprivation: small-area multilevel analysis. *The British Journal of Psychiatry*, v.4, p.286-293, 2013.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília, DF, 2013.
- [6] MACHADO, A. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- [7] LIMA, M.O.P.; TSUNECIRO, M.A.; BONADIO, I.C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. Enferm.*, v.30, n.1, p.39-46, 2017.
- [8] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades: perfil dos municípios brasileiros: Brasil: Maranhão: São Luís. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/pesquisa/1/21682>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- [9] MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, v.148, n.1, p.23-26, 1986.
- [10] BORGES LH, MEDRADO MA. Transtornos mentais menores entre trabalhadores de uma usina siderúrgica. *Rev Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.21, n.77, p.7-18, 1993.

- [11] REELER, A.P.; IMMERMANN, R. A preliminary investigation into psychological disorders among Mozambican refugees: prevalence and clinical features. *The Central African Journal of Medicine*, v.40, n.11, p.309-315, 1994.
- [12] MUMFORD, D.B.; SAEED, K.; AHMAD, I.; LATIF, S.; MUBBASHAR, M.H. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community survey. *The British Journal of Psychiatry*, v.170, p.473-478, 1997.
- [13] HUSSAIN, N.; CREED, F.; TOMENSON, B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*, v.30, n.2, p.395-402, 2000.
- [14] SANTOS KO, ARAÚJO TM, OLIVEIRA NF. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.1, p.214-222, 2009.
- [15] LUCCHESI, R.; LUCCHESI, R.; SILVA, G.C.; VERA, I.; SOUZA, L.M.M.; MENDONÇA, R.S. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. *Esc. Anna Nery*, v.21, n.3, p.1-6, 2017.
- [16] STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, v.43, n.2, p.476-93, 2014.
- [17] COSTA, D.O.; SOUZA, F.I.S.; PEDROSO, G.C.; STRUFALDI, M.W.L. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.23, n.3, p.691-700, 2018.
- [18] ALMEIDA, M.S.; NUNES, M.A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A.P.; SCHMIDT, M.A. Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*, v.28, n.2, p.385-393, 2012.
- [19] MAHENGE B. et al. The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet*, v.130, n.3, p.261-265, 2015.
- [20] CASTILHOS, C.C.A.; SANTOS, M.L.N.; LIMA, R.N. Transtornos mentais na gravidez: gestantes assistidas na atenção primária. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, v.2, n.4, p.86-9, 2020.
- [21] RWAKAREMA, M.; PREMJI, S.; NYANZA, E.C.; RIZIKI, P.; PALACIOS-DERFLINGER, L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, v.15, p.68, 2015.
- [22] GONZÁLEZ-MESA, E. et al. Correlates for the state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, v.24, p.91-7, 2019.
- [23] SCHIAVO, R.A.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PEROSA, G.B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends Psychol*, v.28, n.4, p.2091-104, 2018.
- [24] LOPES, R.S.; LUCCHESI, R.; SILVA, G.C.; VERA, I.; SOUZA, L.M.M.; MENDONÇA, R.S. O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. *Humanidades e Tecnologia em Revista (FINOM)*, v.19, n.1, p.35-54, 2019.