

Os sintomas psicopatológicos na gestação e no puerpério de alto risco: estudo realizado em uma Maternidade de um Hospital Geral de Curitiba-PR

Psychopathological symptoms in high-risk gestation and puerperium: a study carried out in a Maternity of a General Hospital of Curitiba-PR

DOI:10.34117/bjdv7n7-606

Recebimento dos originais: 13/06/2021

Aceitação para publicação: 29/07/2021

Vanessa Tiemi Duarte Raffo

Psicóloga clínica, possui residência no Programa Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas-UFPR

E-mail: vanessatduarte@gmail.com

Juarez Marques de Medeiros

Psicólogo, Mestre, do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná / UFPR e preceptor do Programa Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas-UFPR

E-mail: juarezmedeiros@hotmail.com

Claire Terezinha Lazzaretti

Psicóloga, Doutora, do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná / UFPR e preceptora do Programa Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas-UFPR

E-mail:clairetl@hotmail.com

Rosires Pereira de Andrade

Médico, Doutor, Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná UFPR/EBSERH

E-mail: cep@hc.ufpr.br

Diego da Silva

Psicólogo, mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde pela UFPR. Docente do curso de Psicologia da UniEnsino

E-mail: diegodasilva.psicologia@gmail.com

RESUMO

A construção do papel materno se caracteriza por um processo dinâmico de desenvolvimento pessoal, que implica em modificações de elementos tais como, na identidade pessoal, nos papéis sociais e nas funções familiares. O objetivo do presente artigo foi realizar um levantamento dos sintomas psicopatológicos mais recorrentes durante a gestação e o puerpério imediato no internamento da Maternidade de um Hospital Geral de Curitiba-PR. Para tanto utilizou-se a entrevista clínica para avaliar o contexto psicossocial e instrumentos psicométricos para a detecção de possíveis sintomas psicopatológicos, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), a

Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD). Pode ser constatado que os instrumentos têm potencial para buscar informações objetivas, entretanto, não alcança outros aspectos mais subjetivos. Enquanto os instrumentos apontavam um transtorno mental, a entrevista clínica evidenciou sintomas referentes a processo de luto, ausência de suporte social, entre outras adversidades. O diferencial da Psicologia foi escutar através das queixas, os sintomas visando o sujeito e não a doença, escutando o que não está manifesto.

Palavras-chave: Maternidade, Psicologia, Aspectos Psicológicos.

ABSTRACT

The construction of the maternal role is characterized by a dynamic process of personal development, which implies changes in elements such as personal identity, social roles and family functions. The objective of this article was to perform a survey of the most frequent psychopathological symptoms during gestation and the immediate puerperium at the Maternity of a General Hospital of Curitiba-PR. The clinical interview was used to evaluate the psychosocial context and psychometric instruments for the detection of possible psychopathological symptoms, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the Assessment of Mental Disorders in Primary Care (PRIME-MD). It can be verified that the instruments have the potential to seek objective information, however, it does not reach other more subjective aspects. While the instruments pointed to a mental disorder, the clinical interview showed symptoms related to the mourning process, absence of social support, among other adversities. The differential of Psychology was listening through the complaints, the symptoms aimed at the subject and not the disease, listening to what is not manifest.

Keywords: Maternity, Psychology, Psychological Aspects.

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério são períodos de intensas transformações na vida de uma mulher, sendo elas físicas, psicológicas, na estrutura familiar e social. Essas adaptações se dão de acordo com as especificidades de contexto e história individual, podendo ocorrer de diversas maneiras para uma mesma mulher ao longo da mesma ou de outras gestações. Podem ser considerados, também, como períodos de vulnerabilidade devido às mudanças intra e interpessoais. O ciclo gravídico-puerperal pode ser caracterizado como uma passagem na vida da mulher que envolve emoções, dúvidas, percepções e vulnerabilidades. Algumas dessas mudanças como aumento de responsabilidades; a construção do papel materno; a necessidade de uma nova organização familiar; a necessidade de adaptação a uma nova dinâmica no trabalho; muitas vezes geram medos e indagações, oriundas da chegada de um filho ao núcleo familiar. Com isso é necessário possibilitar uma resolução neste ciclo, oferecendo maior segurança durante as

adversidades que são inerentes ao período gravídico-puerperal (FERREIRA, 2013; MALDONADO, 1997; WARDINI, 2013).

O puerpério é muitas vezes considerado pelos pesquisadores como o quarto trimestre da gravidez, devido ao tempo de duração –por volta de três meses após o parto. Neste período a mulher pode sentir-se mais sensível, confusa e até mesmo ansiosa, necessitando uma maior disponibilidade de atenção daqueles que a cercam (MALDONADO, 1997). Como trata-se de um período que exige atenção, é de suma importância que a família, amigos e o pai do bebê estejam presentes e atuem de forma protetora para o melhor desenvolvimento de laços, favorecendo a disponibilidade afetiva da mãe para atender as demandas do bebê (PRATES, SCHMALFUSS, LIPINSKI, 2015; WARDINI, 2013)

O puerpério é caracterizado por alterações emocionais que implicam grande estresse ao organismo da mulher, surgindo sintomas como: dificuldade de concentração, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento (COSTA, PACHECO, FIGUEIREDO, 2007; FERREIRA, 2013; ALMEIDA & NUNES, 2010). Estas alterações emocionais da gestação e do puerpério podem aparecer sob a forma de sintomas psicopatológicos. Caso não sejam tratados de forma adequada, esses sintomas podem interferir na qualidade dos relacionamentos interpessoais da mulher, trazendo prejuízos na interação mãe-bebê e na dinâmica familiar (ALMEIDA & NUNES, 2010; AUGUSTO *et. al*, 1996; FRIZZO, LINARES & PICCINI, 2010).

Dias (2011) e Ferreira (2013) afirmam que sintomas psicopatológicos presentes no ciclo gravídico-puerperal sugerem que a mulher possua maior sensibilidade para o desenvolvimento dos sintomas, para o desenvolvimento de psicopatologias em função de alterações metabólicas, fatores genéticos e ambientais. Levando em consideração os aspectos psicológicos da gestação, o presente artigo tem como objetivo estudar os sintomas psicopatológicos comuns durante a gestação e o puerpério imediato levando em consideração os diversos fatores acima citados que possam levar ao desenvolvimento desses sintomas.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter epidemiológico, relacionada à saúde de uma amostra da população de gestantes e puérperas na Maternidade de uma Hospital Geral de Curitiba-PR, sendo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. O objetivo do artigo foi realizar um levantamento dos sintomas

psicopatológicos comuns durante a gestação e o puerpério imediato, afim de obter dados relacionados à prevalência no grupo pesquisado. A pesquisa ocorreu no período de Agosto de 2017 e Setembro de 2017, utilizando entrevista clínica para avaliar o contexto psicossocial das participantes e instrumentos psicométricos para a detecção de possíveis sintomas psicopatológicos entre as participantes.

Os instrumentos psicométricos utilizados foram, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), composto por 10 itens; foi desenvolvida em 1987, adaptada e validada para população brasileira em 1999, cuja função é a detecção de sintomas depressivos (AUGUSTO *at.al.* 1996). Em adição ao questionário e ao EPDS, para detectar demais sintomas psicopatológicos, foi aplicada a escala de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD), desenvolvida nos Estados Unidos com o intuito de facilitar o diagnóstico de transtornos mentais por médicos da atenção básica, foi traduzido e validado para população brasileira. O PRIME-MD avalia os quatro grupos de transtornos mentais mais comuns encontrados na população e nos serviços de atenção primária, sendo subdividida em: humor, transtornos alimentares, ansiedade, somatoformes e álcool. É constituído de 27 questões, sendo 26 questões de resposta fechada sobre sinais e sintomas presentes no último mês e 1 questão aberta sobre saúde global (ALMEIDA e NUNES, 2010). Quanto aos sintomas de transtorno somatoformes, não estão contidos na análise e discussão dos resultados, pois há uma frequência elevada de queixas físicas durante a gestação e o puerpério imediato, o que confundiria o resultado da prevalência de sintomas psicopatológicos no grupo estudado, além da necessidade de confirmação clínica médica, tratando-se de outra ciência (ALMEIDA e NUNES, 2010; MALDONADO, 1997).

Em uma avaliação psicológica, seja ela em qualquer contexto, apenas o uso do teste psicológico não é suficiente para identificar o elemento em questão. Para isso, é considerado indispensável outros instrumentos da psicologia, como por exemplo, a entrevista, uma vez que o teste psicológico é considerado apenas como um instrumento de auxílio, não podendo ser utilizado como método único e exclusivo para validar ou avaliar algum elemento psicológico. A grande contribuição da complementaridade da entrevista psicossocial foi evidenciada quando parte das pacientes entrevistadas, cujo instrumentos apontaram a princípio um transtorno mental, não necessariamente estava sofrendo de um transtorno. Com isso a entrevista esclarece e permite entender comportamentos, pensamentos, habilidades, formas de planejamento e de organização, entre outras características que uma pessoa possa apresentar, em diferentes circunstâncias

e contextos (SANTOS, 2014). Os dados obtidos foram reunidos em tabelas, sendo utilizado elementos descritivos para comparação dos dados clínicos aos resultados das escalas, pois em função do número reduzido de participantes, artigo objetivou explorar qualitativamente a relação dos sintomas psicopatológicos à gestação e puerpério. A partir desses dados foi realizado uma tabela contendo dados sociodemográficos e foi realizado categorização das falas das gestantes e puérperas entrevistadas em relação a planejamento e desejo da gestação, sendo dividido em “não planejado, mas desejado”, “não planejado e não desejado”, “planejado e desejado” e “planejado e não desejado”

O recrutamento das participantes ocorreu através da busca ativa na rotina de atendimento do internamento da Maternidade, sendo feito o convite à participação desta pesquisa. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética do Hospital que foi local da pesquisa, em 18 de Julho de 2017, através do parecer nº 67794617.8.0000.0096. Todas as participantes tomaram conhecimento da pesquisa e as aceitaram para participar, tendo inclusão na pesquisa condicionada à aceitação e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base nos objetivos que a pesquisa propõe, desenvolveu-se uma estatística descritiva da população pesquisada através dos instrumentos psicométricos e da entrevista clínica que avalia o contexto psicossocial. Participaram da pesquisa 18 gestantes e 33 puérperas.

Quanto aos dados das gestantes, sendo distribuídos através de dados sociodemográficos com as informações psicossociais como idade, estado civil, escolaridade, crença religiosa, planejamento gestacional, paridade, idade gestacional, apoio social, evento marcante, e resultado dos instrumentos psicométricos PRIME-MD e do EPDS. Das gestantes entrevistadas a maior prevalência é de 39% entre 25 a 30 anos, 28% entre 18 a 24 anos, 73% indicaram ser casadas e 17% solteiras. No que se refere à escolaridade: 39% apontaram ter o ensino médio incompleto, 17% ensino superior completo e 17% ensino superior incompleto. Sobre a crença religiosa, 39% responderam ser católicas, 39% evangélicas e 17% referem não ter religião.

Quanto ao planejamento gestacional: 83% relataram não ter realizado um planejamento e 17% indicaram ter planejado a gestação. Sobre a paridade, 72% são múltiparas e 28% primíparas; 11% estavam no 1º trimestre da gestação (entre 1ª a 13ª

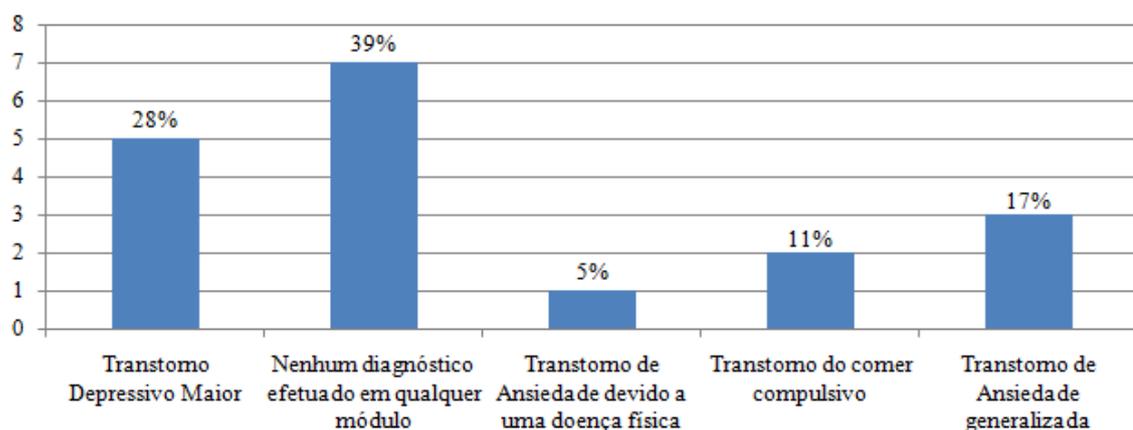
semana), 28% estavam no 2º trimestre (14ª a 27ª semana) e 61% no 3º trimestre (28ª a 41ª semana).

Os dados sociodemográficos com informações psicossociais das 33 puérperas, o se difere das gestantes é o tipo do parto, já que nas gestantes entrevistadas foram descritas as idades gestacionais. Dessas a maior prevalência é de: 31% entre 18 e 24 anos e 24% entre 25 e 30 anos; 27% responderam ter ensino médio incompleto e 40% ensino médio completo; 52% casadas ou em união estável, e 42% solteira.

Das puérperas entrevistadas 70% referem não ter planejado sua gestação e 30% afirmam ter realizado planejamento gestacional. Quanto à paridade 64% tratava-se de múltiparas e 36% primíparas, sendo que neste internamento 61% submeteu-se a cesárea e 39% a parto vaginal.

Na Figura 1, observam-se os dados obtidos na aplicação da avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD) na população de gestantes, sendo que 28% apresentaram sintomas de transtorno depressivo maior, 39% não obtiveram nenhum diagnóstico efetuado em qualquer um dos módulos, 5% apresentou sintomas relacionados a transtorno de ansiedade devido a uma doença física, 11% transtorno do comer compulsivo e 17% sintomas de transtorno de ansiedade generalizada.

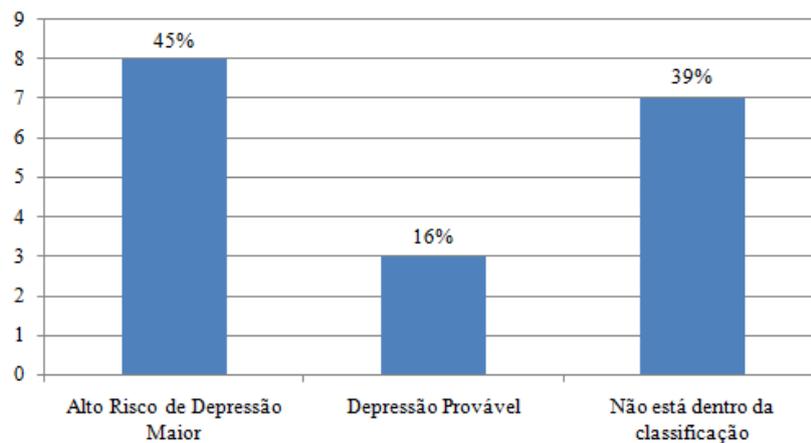
Figura 1: Resultados da avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD) em gestantes.



(FONTE: A AUTORA, 2021)

Na Figura 2 observa-se o resultado do EPDS, sendo que dessas gestantes, 45% apresentaram sintomas que evidenciaram alto risco de depressão maior, 16% apontaram uma possível depressão e 39% não apresentaram sintomas dentro da classificação do instrumento.

Figura 2: Resultados de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) em gestantes.

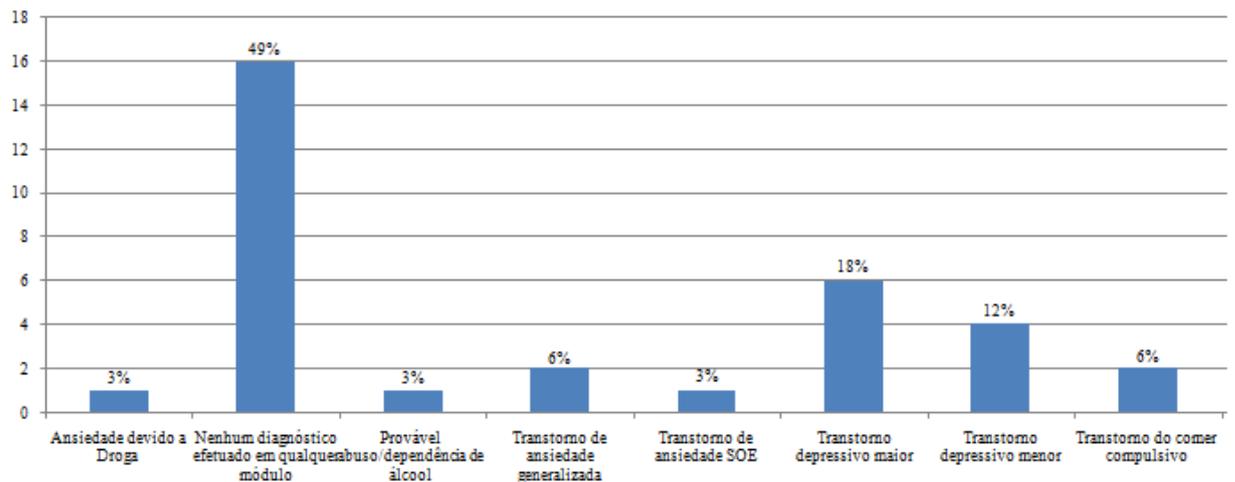


(FONTE:A AUTORA, 2021)

A partir dos dois instrumentos aplicados, analisa-se que 39% das participantes gestantes tanto na avaliação EPDS como PRIME-MD não obtiveram nenhum diagnóstico indicativo.

Na Figura 3 é possível visualizar o gráfico dos resultados da avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD) em 33 puérperas, dessas 3% apontaram sintomas referentes à ansiedade devido a uso de drogas, 49% não apresentaram sintomas em nenhum dos módulos, 3% indicaram provável abuso/dependência de álcool, 6% apontaram sintomas de transtorno de ansiedade generalizada, 3% de transtorno de ansiedade sem outras especificações, 18% evidenciaram sintomas de transtorno depressivo maior, 12% de transtorno depressivo menor e 6% de transtorno do comer compulsivo.

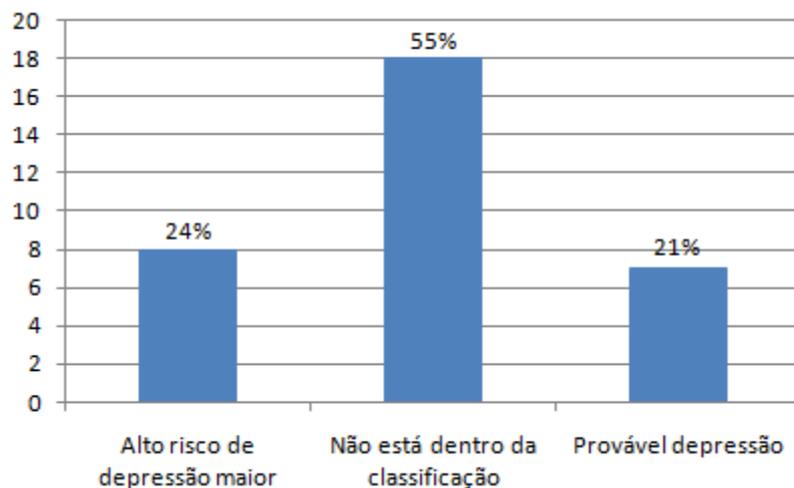
Figura 3: Resultado da avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD) em puérperas.



(FONTE:A AUTORA, 2021)

Na figura 4, encontra-se o gráfico com os resultados da avaliação de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS). Das puérperas participantes, 24% apresentaram sintomas com alto risco de depressão maior, 21% evidenciaram provável depressão e 55% não indicaram sintomas que estariam dentro da classificação.

Figura 4: Resultados de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) em puérperas.



(FONTE:A AUTORA, 2021)

Ao compararmos os dois gráficos das avaliações aplicadas, no PRIME-MD 39% das puérperas não apresentaram sintomas psicopatológicos em nenhum dos módulos, já no EPDS 55% não estavam dentro de nenhuma classificação.

A partir dos dados obtidos constatou-se que 73% das gestantes e 58% das puérperas indicaram em uma e/ou ambas avaliações um diagnóstico de transtorno mental. O

transtorno depressivo foi um dado indicado pelo EPDS em 61% das gestantes (alto risco de depressão maior e depressão provável) e no PRIME-MD 28% indicaram estar com depressão maior. Já as puérperas o PRIME-MD apontou 30% de depressão (depressão maior ou menor) e o EPDS 45% com depressão (alto risco de depressão maior ou provável depressão). Contudo a partir da entrevista clínica constatou-se que 11% dessas gestantes e 31% das puérperas diagnosticadas com Transtorno depressivo, na verdade estavam em processo de luto devido a falecimento de um ente querido. Segundo Ramos (2016) o processo de luto é vivenciado por cada indivíduo de forma diferente, dependendo do ambiente na qual está inserido, a cultura da qual convive e o próprio contexto no qual ocorreu a perda pode influenciar na forma como a pessoa irá enfrentar este luto. Segundo o DSM-V (2013) há uma regra do qual exclui o diagnóstico de depressão para pessoas em luto. Uma pessoa em luto sentirá dores e tristezas, contudo estes sentimentos mesmo que profundos são contrabalanceados com momento de lembranças da pessoa amada e querida, trazendo sentimentos fortes e paradoxiais de alegria e contentamento. Já na depressão os altos e baixos são menos constantes, há uma vivência de tristeza, dor, falta de sentidos e de vontade de fazer as coisas com uma maior intensidade, tendo menor possibilidade de contrabalanceamento de sentimentos.

Outro fator relevante para pesquisa foi que, embora a literatura relate a necessidade de analisar o planejamento ou não da gestação, pois para os autores Miranda, Dias e Brenes (2007) e de Baptista e Baptista (2005) uma gestação planejada ou não pode apresentar riscos para o desenvolvimento de sintomas psicológicos e Vieira e Parizotto (2013) afirmam os efeitos do planejamento ou não planejamento de uma gestação, segundo os autores, pode haver interferência no vínculo estabelecido pela mãe ao bebê, acarretando em dificuldades relacionais na vida adulta desta criança. Casos em que a gestação é indesejada trazem como consequências episódios de distúrbios emocionais, pois influencias negativas são transmitidas no desenvolvimento dessa gestação (VIEIRA e PARIZOTTO, 2013).

Em referencia a este dado quando perguntado para as entrevistadas através de pergunta fechada se a gestação foi planejada ou não, 84% das gestantes e 70% das puérperas afirmaram não ter planejado a gestação, e a partir das categorizações foi evidenciado que 95% das gestantes entrevistadas e 67% das puérperas não planejaram a gestação. Através das categorizações realizadas a partir da entrevista clínica constatou-se que o planejamento ou não da gestação independe quanto prevalência de sintomas psicopatológicos entre as participantes.

O transtorno de ansiedade foi apontado em 33% das gestantes e 21% das puérperas, porém a partir da entrevista clínica foi possível observar que os sintomas psicopatológicos estavam associados a outros aspectos da gestação e do puerpério. Segundo os resultados obtidos, com exceção de 3% das puérperas que sofria de abuso de álcool e/ou outras drogas; desta porcentagem apontada com transtornos de ansiedade apresentaram questões psicológicas da idade gestacional. Para Maldonado (1997) a idade gestacional é um fator importante para o aparecimento de sintomas psicológicos. No primeiro trimestre a mulher irá se deparar com sentimentos ambivalentes/contraditórios. Caracteriza-se principalmente pela hipersensibilização, ou seja, labilidade emocional, irritabilidade, inquietação e ansiedade. O segundo trimestre é considerado o mais estável, pois a mulher diminui os sentimentos ambivalentes, nesta etapa já percebe os movimentos fetais e suas alterações corporais. Já o terceiro trimestre é caracterizado por aumento de ansiedade, o que se chama de “ansiedade antecipatória”, devido as fantasias do parto e da construção de imagem do filho e do papel de ser mãe. Quanto ao puerpério, as mudanças de humor são frequentes. O rápido declínio hormonal, o conflito sobre o papel materno e a insegurança pessoal contribuem para que as alterações emocionais ocorram. Problemas econômicos ou familiares apresentaram maiores dificuldades em relação à maternidade, além de perdas anteriores de fetos ou gestações sem sucesso, o desconforto físico tal como dor no períneo, o ingurgitamento das mamas e o cansaço colaboram nas reações negativas do puerpério (MALDONADO, 1997).

Estas pacientes queixaram-se de problemas associados à ausência do suporte social e conflitos familiares 16% das gestantes e 6% das puérperas. Schmidt et. al. (2006), colocam ser imprescindível o apoio do suporte social durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo configurar-se como um determinante na adesão e manutenção do vínculo mãe-bebê. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado um período de risco para a estrutura psíquica, pois há uma intensidade na experiência vivida pela mulher, assim o suporte emocional advindo da família e amigos constitui um fator protetor para o não desenvolvimento de sofrimento psicológico neste período (SILVA e PICCININI, 2009). Além desses dados anteriormente citados, outros eventos estressores causaram sintomas de ansiedade nas entrevistadas sendo eles: 31% das gestantes e 5% das puérperas dificuldades financeiras, 24% das gestantes e 16% das puérperas relataram sofrer violência doméstica, 31% das gestantes e 37% das puérperas sofrem conflito com o pai do bebê e/ou estão em processo de divórcio, 31% das gestantes e 43% das puérperas passam por diagnósticos de doenças ou isto ocorre em algum integrante da família. Para

Margis *et. al.* (2003) respostas a eventos estressores são resultados entre as características do sujeito e as demandas do meio, mudanças importantes na vida como perda de emprego, problemas financeiros, dificuldade de relacionamento, conflitos familiares, separações e o próprio nascimento do filho pode gerar respostas de estresse. Assim se faz importante a escuta psicológica através da entrevista clínica e do atendimento psicológico, pois através dele evidenciou-se a singularidade das pacientes, bem como a posição subjetiva que o profissional deve se encontrar em relação a isso.

4 CONCLUSÃO

A maternidade se caracteriza como um processo dinâmico de construção e desenvolvimento pessoal que implica em modificações de elementos tais como, na identidade pessoal, nos papéis sociais e nas funções familiares. A construção do papel materno pode implicar um grande esforço psicológico, obrigando a mulher a conviver com inúmeras mudanças em seu equilíbrio emocional, biológico e social.

No decorrer da residência de Psicologia na Maternidade do Hospital de Clínicas do Paraná, foi possível observar que durante o ciclo gravídico-puerperal eram identificados sintomas patológicos dos quais referenciavam diagnósticos de Transtorno Depressivo e Transtorno Bipolar, sem mencionar outros possíveis transtornos mentais mais recorrentes a estes períodos como mostrado neste estudo. Assim, pareceu justificável a realização desta pesquisa, para o qual se vislumbrou contribuir tanto cientificamente, quanto para as práticas assistenciais do meio.

Como resultado pode ser constatado que os instrumentos tem potencial para buscar informações objetivas, entretanto, não alcança outros aspectos mais subjetivos. Importa destacar que em uma avaliação psicológica, não se faz suficiente apenas o uso do teste psicológico para identificação do elemento psicológico, sendo indispensável outros instrumentos da psicologia, como por exemplo, a entrevista. O teste psicológico é considerado apenas como um instrumento de auxílio, não podendo ser utilizado como método único e exclusivo para validar ou avaliar.

Durante a pesquisa a complementaridade da entrevista sociodemográfica com informações psicossociais contribuiu singularmente, quando evidenciou que parte das pacientes, cujo instrumentos PRIME-MD e EPDS apontaram a princípio um transtorno mental, não necessariamente estava sofrendo de um transtorno, e sim, estava apresentando sintomas referentes questões fisiológicas e hormonais da idade gestacional, problemas associados a ausência do suporte social, conflitos com familiares ou cônjuge,

processos de luto (falecimento de um ente da família ou óbito fetal), dificuldades financeiras, violência doméstica, conflito com o pai do bebê, abuso de substâncias psicoativas, diagnósticos de doenças na família e/ou na própria paciente. A Psicologia irá escutar através das queixas, os sintomas, visando o sujeito e não a doença, escutando o que não está manifesto.

A Psicologia e a Medicina têm conceitos diferentes no que se refere a “cura” dos transtornos mentais, e utilizam de procedimentos distintos. Na Medicina busca-se a cura através de medicamentos, no intuito de fazer os sintomas desaparecerem. Já a Psicologia preocupa-se com o conteúdo da constituição do sintoma, permitindo seu esclarecimento e não busca da sua suspensão.

O diagnóstico é um processo dinâmico, tratando-se de uma ferramenta mutável, ou seja, que pode mudar dependendo do momento e da situação que a pessoa está passando. A Psicologia e Medicina devem trabalhar unidos, não com foco no diagnóstico, e sim na queixa que a paciente irá trazer com relação a sintoma. Com isso a pesquisa mostra a importância do trabalho do Serviço da Psicologia não apenas no internamento, mas também no Pré-Natal e na Puericultura, para um melhor acompanhamento dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S.; NUNES, M. A. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil**. 2010. 90f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- AUGUSTO, A.; KUMAR, R.; CALHEROS, J. M.; MATOS, F.; FIGUEIREDO, E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of child bearing women and matched controls-. **Psychological Medicine**, n. 26, p.135-141, 1996.
- BAPTISTA, Adriana Said Daher; BAPTISTA, Makilim Nunes. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em Psicologia**, Curitiba: Ed. Universidade Federal do Paraná, v. 9, n. 1, p. 155-163, jan./jun. 2005.
- COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.4, n.34, p.157-165, 2007.
- DIAS, F. M. V. **Transtornos psiquiátricos e gestação: associação entre parâmetros clínicos e biológicos em uma comunidade rural de baixa renda**. 2011. 145f. Tese (Doutorado em Neurociências) Universidade Federal de Minas Gerais, MG, 2011.
- ESTEVES, M. M. B. S.S. **Doença mental na gravidez: artigo de revisão bibliográfica**. 2012. 32f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) Universidade do Porto, Portugal, 2012.
- FERREIRA, A. C. **Sintomas psicopatológicos e suporte social na gravidez e no pós-parto: um olhar sobre a parentalidade**. 2013. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.
- FONSECA, R. C. V. **Metodologia do trabalho científico**. Curitiba: Iesde, 2007.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 1997
- MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria**, v.25, n.1, p.65-74, 2003
- MIRANDA, Gislene Cristina Valadares; DIAS, Fernando Machado Vilhena; BRENES, Anayansi Correa. Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério. In: PÉRET, Frederico José Amédeé et al. **Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos/TEGO**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- MORAIS, A.O. D. S.; Simões, V. M. F.; RODRIGUES, L. S.; BATISTA, R. F. L.; LAMY, Z. C.; CARVALHO, C. A.; SILVA, A. A. M.; RIBEIRO, M. R. C. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Caderno Saúde Pública**, v.33, n.6, p.1-16, 2017.

PEREIRA, M. CANAVARRO, M. C. Influência da paridade na adaptação da transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. **Revista Análise Psicológica**, v.29, n.3, p.425-438, 2011.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puerperas na prática da amamentação. **Revista Esc. Anna Nery**, v.19, n.2, p.310-315, 2015.

RAMOS, V. A. B. O processo de luto. **Revista Psicologia**, v.12, n.1, p.13-24, 2016.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, v16, n1, p.85-96, 2006.

SANTOS, S. G. A entrevista em avaliação psicológica. **Revista Especialize On-line**, v.008, n.01, p.1-15, 2014.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materno: revisando a literatura. **Revista estudo em psicologia**, v. 14, n. 1, p.5-12, 2009.

SCHMIDT, E. B. et al. Interações no ciclo vital: vinculação da gestante e apego materno-fetal. **Revista Perspectiva**, Erechim: Edifapes: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, v. 29, n. 107, p. 19-29, set. 2005.

VIANNA, I. O. de. A. **Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica**. São Paulo: EPU, 2001.

WARDINI, E. B. **Apoio social e aleitamento materno: um estudo em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro**. 2013. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) Instituto Fernandes Figueira, RJ, 2013.