

GESTAÇÃO DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

PREGNANCY IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS

Artigo Original

Adriano Rodrigues de Souza¹
Milena de Holanda Mendes²
Tálima Valentim Ximenes²
Ana Débora Assis Moura³
Guldemar Gomes de Lima⁴
Aline Rodrigues Feitoza⁵

RESUMO

Objetivou-se descrever as alterações apresentadas durante o período gestacional de mulheres portadoras de transtorno mental. Estudo do tipo estudo de casos, com abordagem qualitativa. A coleta de dados aconteceu em novembro de 2011, com duas gestantes que apresentavam transtorno mental e realizavam acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial, em Fortaleza-CE, Brasil. Os fatores influenciadores observados foram: interrupção ou modificação medicamentosa devido à gestação; apoio familiar na estabilização e no controle das crises emocionais; aceleração dos fenômenos fisiológicos que intensificavam as alterações psicológicas. O apoio familiar e o suporte social são de grande relevância, tanto para a recuperação dos problemas mentais, como também durante o período gestacional de gestantes portadoras de transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Gestação; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to describe the changes presented during the pregnancy of women with mental disorders. This is a case study with qualitative approach. Data collection happened in November 2011, with two pregnant women who had mental disorders and were being monitored in a Psychosocial Care Center, in Fortaleza-CE, Brazil. The influencing factors were: drug interruption or modification due to pregnancy; family support in stabilization and control of emotional crises; acceleration of physiological phenomena that intensified psychological changes. The family and social support have great importance, both for the recovery of mental health problems as well as during the pregnancy of women with mental disorders.

Keywords: Women's Health; Pregnancy; Mental Health; Nursing.

¹ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua na Secretaria de Saúde de Fortaleza - Ceará. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Atua na Medicina Preventiva da Unimed Fortaleza.

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) – Buenos Aires/Argentina. Mestre em Enfermagem pela UFC. Assessora Técnica das Ações de Imunização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e atua na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE. E-mail: anadeboraam@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas. Sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências⁽¹⁾. No entanto, parcelas de gestantes apresentam características específicas, podendo apresentar gestação desfavorável, com quadro sintomatológico de ordem clínica ou psíquica.

Nesse contexto, o profissional deve tornar-se instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, crise e decisão. Um dos momentos na vida da mulher, em que esta vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada, pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação⁽²⁾.

O pré-natal torna-se atividade primordial no acompanhamento da gestação, visando cuidar da saúde da mulher e do bebê, até que o parto ocorra⁽³⁾. Neste é incluída a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. A ausência e/ou deficiência desta está relacionada a maiores índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal⁽⁴⁾ e sua adesão condiciona-se com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

No Brasil, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, chegando a 95% em algumas regiões e do aumento no número de consultas (1,2 consulta/parto em 1995, para 5,1 consultas/parto em 2003), ainda se observa que a redução dos riscos à gravidez com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal está longe do idealizado⁽⁵⁾.

O Estado do Ceará vem apresentando elevação dos indicadores de pré-natal, em 2008 das 134.282 gestações ocorridas no Estado, 50% realizaram mais de sete consultas, já em 2009, foram 52% para 130.934 gestações, e em 2010 foram registrados 56% de consultas acima de sete comparecimentos⁽⁶⁾. Seguindo o padrão do Estado, a capital, Fortaleza, apresenta aumento considerável nos indicadores de pré-natal. Entre os anos de 2008 a 2010 apresentou-se aumento de três pontos percentuais, registrando indicadores de 39%, 41% e 42%, de consultas com sete ou mais comparecimentos⁽⁷⁾.

Um dos transtornos que pode ocorrer durante o período gestacional é a depressão, influenciando negativamente na gestação, uma vez que os sintomas interferem no desempenho das gestantes quanto ao autocuidado e à adesão ao tratamento. Observa-se que, muitas vezes, são cobradas das gestantes comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com a gestação. Sendo assim, as mulheres que apresentam sintomas depressivos podem se culpar por não poderem corresponder a estas expectativas. É importante, nesse momento,

que se realize avaliação adequada para se discriminar sintomas e sentimentos presentes durante o período gestacional⁽¹⁾.

A mulher quando gestante se torna um ser frágil, com alterações constantes de humor, podendo acarretar sentimentos negativos para o feto. Nem sempre a gestante estará psicologicamente bem, para transmitir afeto e felicidade para o bebê, pois muitas podem vir a ter problemas pessoais que lhes tragam exclusão do filho.

Somam-se à depressão os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que durante a gestação, incluem sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho das atividades diárias. Os sintomas dessa categoria são: dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade, queixas somáticas, entre outros⁽⁸⁾.

A observação da gestante de forma holística e a realização de anamnese precisa e identificadora, por parte do profissional de saúde, facilitam a identificação de problemas gestacionais precocemente e assim evita manifestação dos TMC. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança em relação às experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de desenvolvimento emocional e crescimento mútuo. Portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente deve incluir o cuidar à mulher grávida, considerando as necessidades biopsicossociais e culturais⁽⁹⁾.

Essa conjuntura remete à exigência de assistência pré-natal adequada, de forma a garantir não somente o bem-estar físico da gestante, como também a dimensão emocional envolvida, principalmente se considerar que esta tem repercussão direta no desenvolvimento físico, no psiquismo fetal e, consequentemente, na vida futura deste ser humano⁽¹⁰⁾.

Além da assistência pré-natal, a gestante necessita de atenção à saúde mental organizada em rede, com reabilitação psicossocial, intersetorialidade das ações, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da saúde e autonomia. As ações em saúde devem emergir com sensibilidade, responsabilidade, acolhimento e escuta qualificada⁽¹¹⁾.

A integração do estado psicossocial da gestante no contexto assistencial do pré-natal tem que ser contemplado como ponto fundamental do desenvolvimento saudável desta gestação. Isso fará com que fatores de risco ao desenvolvimento de transtornos mentais característicos da gestação sejam detectados precocemente, e que situações especiais, como a de gestantes portadoras de algum transtorno mental recebam assistência diferenciada.

A partir desse contexto, objetivou-se descrever as alterações apresentadas durante o período gestacional de mulheres portadoras de transtorno mental. E, assim, proporcionar estudo científico capaz de munir a Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), em colaborar com assistência diferenciada às usuárias em momento tão importante da vida.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de casos, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SERV). A coleta dos dados empíricos aconteceu neste CAPS devido à proximidade com esta unidade. Os sujeitos da pesquisa foram duas gestantes que realizavam tratamento no referido CAPS, tendo como critério de inclusão: ser portadora de transtorno mental; estar grávida no momento da coleta, independente de faixa etária; estar realizando pré-natal; ser acompanhada no CAPS da SERV; ser moradora do município de Fortaleza; e aceitar participar da pesquisa. Outras duas gestantes convidadas para os grupos iniciais não aceitaram participar do estudo.

As etapas do estudo ocorreram em dois momentos: primeiramente uma visita ao campo, fato que permitiu entender como funciona, conhecendo a estrutura, os atendimentos e as atividades desenvolvidas para a comunidade. O CAPS é um espaço público aberto a pessoas adultas, de ambos os sexos, portadoras de transtornos mentais severos ou persistentes, que causem prejuízo no desempenho dos papéis desejados na vida.

A unidade da SERV teve sua inauguração realizada no dia 11 de novembro de 2005, com funcionamento previsto para acontecer de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h. A equipe que compunha o CAPS, lócus do estudo, era formada por dois Assistentes Sociais, um Farmacêutico, um Auxiliar de Farmácia, duas Enfermeiras, três Médicos Psiquiátricos, três Terapeutas Ocupacionais, quatro Psicólogos, duas Técnicas em Enfermagem. As atividades desenvolvidas eram: acompanhamentos terapêuticos grupais e individuais; tratamento psiquiátrico; assistência social; assistência farmacêutica; terapia ocupacional; oficinas de arte-terapia; terapias corporais; grupos terapêuticos; assistência a familiares de usuários, através do grupo “cuidando do cuidador”; e visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários.

O segundo contato possibilitou conhecer as potenciais gestantes que participariam do estudo. Foram agendados encontros com quatro gestantes, comparecendo duas. Este encontro aconteceu em novembro de 2011, data inicial da coleta de dados. Inicialmente, as gestantes foram inseridas em sala reservada, momento que se explicou o objetivo da pesquisa, e em seguida, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posterior assinatura.

Os dados empíricos foram gravados, cada gestante relatou um pouco da sua história. Esta conversa aconteceu em uma roda de conversa. Ao final do encontro, marcou-se outro dia para realização de entrevista mais específica, individualmente, com perguntas pertinentes ao estudo.

No dia marcado, as duas participantes compareceram e realizou-se coleta específica dos dados para pesquisa. Ressalta-se que ambas concordaram em gravar a entrevista. Em seguida, os dados foram transcritos na íntegra, sendo ordenado em colunas verticais e horizontais. Em seguida, realizou-se

“leitura flutuante”, em que se identificaram as principais categorias empíricas e analíticas do estudo.

Após classificar os dados, articularam-se as categorias empíricas com o contexto em literaturas pertinentes. A análise dos dados ocorreu através da técnica de triangulação do material empírico, que possibilitou o cruzamento entre as diferentes informações levantadas. Em seguida, articulou-se com o referencial teórico, analisando de acordo com a literatura condizente ao assunto.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPE) da Universidade de Fortaleza, conforme parecer N° 393.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com duas gestantes. A primeira trata-se de SSP (G1), 31 anos, quatro meses de gestação do terceiro filho, sem aborto. Não estava trabalhando, porém exercia afazeres do lar. Residente com a mãe e as filhas, pois não gostava ficar sozinha em casa, já que entrou em crise na segunda gravidez. Fazia pré-natal no Posto de Saúde próximo a sua casa, havendo realizado quatro consultas. Há quatro anos era acompanhada pelos CAPS da SERV com diagnóstico médico de depressão, tendo relatado as primeiras crises no transcorrer da segunda gestação. Até o momento do diagnóstico de gravidez, fazia uso das medicações Floxetina e Diazepam. No período da entrevista, informou que não estava mais fazendo uso das medicações, pois afetaria a formação do bebê, segundo orientação médica. A mesma não relatou nenhuma doença de base.

A segunda gestante entrevistada foi FES (G2), 20 anos, quatro meses de gestação do primeiro filho, sem aborto. A paciente relatou que sempre sonhou em ser mãe. Residia com o seu parceiro, mas passava a maior parte do tempo com a mãe e os irmãos, ajudando nos afazeres domésticos. Apresentava indícios de transtorno mental desde a infância, sendo acompanhada por pediatras, psicólogos e outros especialistas de diversas unidades hospitalares, em que foi detectado algum tipo de transtorno.

Era acompanhada pelo CAPS, em que fazia uso de Diazepam, Tequelol, Neosine, Gardenal e Haloperidol. Relatou que dormia mal, apresentava crises de medo e ansiedade, via vultos e ficava agressiva. Iniciou o pré-natal na Unidade de Saúde mais próxima à sua residência, porém foi encaminhada para um Hospital/Maternidade por ser uma gravidez de risco, havendo realizado primeira consulta de pré-natal.

Transtorno Mental, Medicalização e Gravidez

O período gestacional é marcado por inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir diretamente na saúde mental da gestante. As mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, envolvem também fatores socioeconômicos.

A gestação é fator de risco para recaída de condição psiquiátrica pré-existente ou início de um novo transtorno mental. Prova disso é a alta prevalência de transtornos de ansiedade e de humor em gestantes. Neste estudo, constatou-se que a interação transtorno, medicalização e gravidez apresentaram-se como desencadeadores de diversos conflitos, fossem de ordem familiar ou mesmo individual.

A presença de transtornos psiquiátricos é bastante comum em mulheres no período reprodutivo e seu tratamento durante a gestação é complexo, o que requer tomada de decisões clínicas difíceis. Apesar da morbidade associada às patologias psiquiátricas, existe tendência de se evitar o uso de psicofármacos durante a gestação por apresentarem malformações fetais⁽¹²⁾.

As gestantes pesquisadas relataram que a ausência do uso do medicamento tinha provocado alterações em seu viver:

Não posso tomar a medicação. Não tenho mais vontade de me cuidar, de me ajeitar, e isso fica na minha cabeça. Eu acho que não vou ter capacidade de cuidar das minhas filhas e do neném que vai nascer [G1].

Eu parei de tomar os medicamentos, brigo com todo mundo, horas penso que vou morrer, não vou poder criar meu filho. [G2].

Segundo as entrevistadas, os medicamentos mais utilizados por elas, e que tiveram que interromper por conta da gestação, foram: Diazepam, Floxetina, Neosine e Haloperidol. Ao pesquisar a interação medicamentosa destes com a gestação, percebeu-se que todos, com exceção do Haloperidol, são contra indicados em casos de gravidez e amamentação sem orientação médica, uma vez que os metabólitos atravessam a barreira placentária e atingem o leite materno.

Estudos mostram que não foram achados indícios de aumento de malformações congênitas em crianças expostas ao haloperidol durante o primeiro trimestre de gestação. Trata-se de uma das medicações mais seguras e tem sido a favorita por ter menos efeitos colaterais anticolinérgicos, hipotensores e anti-histamínicos⁽¹²⁾. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso analisar se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados.

Me consultei com o Doutor (psiquiatra) e ele disse para parar de tomar o Diazepam, e me passou um antidepressivo que não faz mal ao bebê, mas não consigo, tenho medo de voltar tudo de novo. [G1].

Com a interrupção abrupta de alguns psicofármacos, a paciente pode vir a ter uma síndrome de retirada, em virtude da dependência, que se caracteriza por inquietude, nervosismo, taquicardia, insônia, agitação, ataque de pânico, fraqueza, cefaleia, fadiga, dores musculares, tremores, náuseas, vômitos, diarreia, câibras, hipotensão, palpitações, tonturas, hipersensibilidade a estímulos, fotofobia,

perturbações sensoriais, dentre outros, podendo assim, influenciar em futuros conflitos no âmbito familiar⁽¹³⁾.

Com isso, observa-se aumento na sintomatologia clínica, ou mesmo no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Eu fico com uma moleza muito grande, tenho a sensação de não ter nada para fazer, mas tem muita coisa, não tenho mais vontade de sair, fico ansiosa, não tenho mais vontade de me cuidar, de me ajeitar, e isso fica na minha cabeça [G1].

Durante a gravidez, o organismo feminino produz hormônios sexuais e não sexuais pela placenta, o que pode acarretar mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não condizentes com os comportamentos habituais. Muitas vezes, a gestante poderá passar por mudanças físicas e psicológicas, verificando-se sintomas comuns no primeiro trimestre, como no caso das entrevistadas, que são aumento de cansaço, irritabilidade, mudanças de apetite, prazer diminuído e distúrbios do sono⁽¹⁾.

Descoberta da gravidez e apoio familiar

A descoberta da gravidez pode ser fonte de estresse, principalmente se estiver relacionada ao baixo nível social, ao desemprego, ao conflito conjugal, à falta de apoio social e ambivalência sobre a gestação. O apoio familiar deve existir em todos os momentos, podendo influenciar o indivíduo, tanto positiva como negativamente.

Minha gravidez não foi planejada, assim que recebi fiquei alegre e feliz, só que com a gravidez vem os problemas [G1].

Não foi planejada. Conte para meu companheiro e ele não teve nenhuma reação, não mostrou interesse, e muito menos feliz, fiquei muito triste, e não tirava a forma como ele havia me tratado da cabeça [G2].

Na vida dessas mulheres, a convivência com o parceiro, a participação deste, o tipo de ajuda prestada, pode ou não ser fonte geradora de estresse, visto que se trata de mulheres com elevado nível de exigência para si e, conseqüentemente para os outros, até com relação às tarefas domésticas⁽¹⁴⁾.

A maioria das mulheres considera que ser mãe faz parte de um sonho ou de sua realização como mulher. Apresentam atitudes positivas em relação à gravidez, principalmente se foi desejada e planejada. Contudo, poderão surgir conflitos psicológicos, envolvendo com frequência suas conjeturas sobre o novo papel que terá de representar⁽¹⁵⁾.

Fiquei muito feliz, pois tinha um sonho de ser mãe. Eu via minha irmã cuidando dos filhos dela, e sabia que minha hora iria chegar [G2].

O acúmulo de eventos estressores pode gerar importantes danos à saúde física e mental da gestante. Gestantes depressivas, quando comparadas a um grupo de controle,

manifestam mais eventos estressores, percepção de impacto negativo mais intenso e maior prevalência de eventos independentes⁽¹⁶⁾.

Com o ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal, surgem exigências sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadas. Essa realidade intensifica as alterações psicológicas nas grávidas, podendo afetar a interação mãe-filho, bem como a relação familiar e principalmente a vida conjugal⁽¹⁷⁾.

As identificações precoces dessas alterações psicológicas contribuiriam para implementação de medidas de cuidado.

A única coisa que consigo pensar é que vou ficar doente e minha mãe é quem vai cuidar do meu bebê, não consigo pensar em coisa boa [G1].

Devido ao estigma associado à doença mental, a maternidade para essas mulheres é motivo de questionamento pessoal e social, quanto à capacidade em desempenhar os papéis a ela reservados. O peso da maternidade torna-se, assim, mais um fator de conflito que as conduz para a busca de si e tentativas de se encontrarem, pois aponta para divergência interna com que essas mães lidam constantemente nos seus papéis maternos em meio ao transtorno mental⁽¹⁴⁾.

Depois da minha gravidez, eu vou voltar a tomar todos meus medicamentos, e viver como era antes, só que agora com mais responsabilidade, porque eu sei que vou ter que cuidar do meu filho [G2].

A família assume papel de grande relevância para recuperação do portador de transtorno mental, na tentativa de integrá-lo à sociedade, passando a ser vista, potencialmente, como reabilitação a ser conquistada. Então, estudos vem buscando verificar os impactos do transtorno mental sobre o contexto familiar, bem como as percepções de familiares acerca das suas manifestações, além de priorizar o olhar do portador, na sua procura para equilibrar demandas sociais e necessidades decorrentes do transtorno mental⁽¹⁴⁾.

As gestantes entrevistadas relataram que sempre tiveram apoio familiar, pelo fato de serem portadoras de transtornos mentais e estarem gestantes.

Tenho medo de o meu neném nascer e eu ficar mais incapaz ainda pelo fato de eu não ter coragem de fazer nada. Voltei até a morar com minha mãe que é quem mais me ajuda [G1].

Como minha gravidez é de risco por causa do meu problema, tinha medo de perder meu bebê, eu não me levantava, não reagia a nada, eu não ia para fora de casa, porque tinha medo de levar um susto, e perder meu filho. Foi minha família quem mais me ajudou [G2].

A gestação é um evento complexo, em que ocorrem diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes, que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. Como por exemplo, o medo de perder o bebê, ansiedade da hora do parto, de não saber como cuidar do futuro filho; e essa gama de sentimentos geralmente ocorre em primigestas, e se acentua em gestantes com transtorno mental. A relação da mãe com o filho começa na gestação e será a base da relação mãe-bebê, a qual se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a interação entre gestação e transtorno mental possibilitou descrever a experiência da maternidade em mulheres portadoras de transtorno mental, patologia que pode ocasionar grandes prejuízos tanto para saúde da mãe como para o desenvolvimento do feto. Neste estudo, abordou-se, mediante as falas das mães, como estas enfrentavam o fato de terem que modificar e alterar tratamentos, objetivando beneficiar o filho.

Uma das primeiras modificações é a interrupção ou modificação medicamentosa, em que as gestantes sofrem alterações significativas no estado emocional, passando a apresentar agressividade, ansiedade, intensificam os conflitos familiares e impulsionam o medo de perder o filho. Estes fatos foram identificados e relatados pelas gestantes entrevistadas. Com base neste relato, constatou-se que o apoio familiar é de suma importância para estabilização e controle das crises emocionais destas gestantes.

É cediço que a maternidade acelera fenômenos fisiológicos que intensificam alterações psicológicas que afetam as gestantes sem transtornos mentais e principalmente gestante portadora de transtorno mental. Intensificam-se nesta angústias e tensões, já que tem que lidar com as alterações provenientes da doença somadas com as atribuições que terá com a chegada do bebê.

Essa expectativa e tensão que a gestante vivencia exercem grande impacto sobre a dinâmica da vida pessoal e familiar. Ademais, reitera-se que o apoio familiar, bem como o suporte social é de grande relevância, tanto para recuperação dos problemas mentais como também para o período gestacional de gestantes portadoras de transtornos mentais.

Assim, profissionais enfermeiros devem concretizar assistência de enfermagem de forma holística, de modo a propiciarem bem-estar físico, mental e, sobretudo, gestação sem agravamento.

REFERÊNCIAS

1. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic – Revista de Psicologia, Vetor Editora* 2006; 7(1):39-48.
2. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-8.
3. Schmidt W, Oliveira SGM, Hoepers C, Gehrke J. Cuidados de Enfermagem no Pré-natal [Internet]. [citado 2011 set 9]. Disponível em: http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/ots/art_ots_04.pdf.
4. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(11):2507-16.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. [citado 2011 abr 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>.
6. Ceará. TABNET. Informações de Saúde [Internet]. [citado 2011 abr 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/pce/cnv/pce.def>.
7. Secretaria de Saúde de Fortaleza (CE). Dados Epidemiológicos - TABNET [Internet]. [citado 2011 abr 26]. Disponível em http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/vigilancias_EpidemiologicaTabnet.asp.
8. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(9):1832-8.
9. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4):612-8.
10. Silva WV, Stefanelli MC, Hoga LAK. A relevância da comunicação terapêutica para o atendimento da dimensão emocional da gestante na assistência Pré-Natal. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2002; 17(3):35-44.
11. Cossetin A, Olschowsky A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(3):495-501.
12. Blaya C, Lucca G, Bisol L, Isolan L. Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. Porto Alegre: Artmed; 2005.
13. Cordioli VC. Psicofármacos nos transtornos mentais [Internet]. [citado 2011 nov 10]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf.
14. Soares MVB, Carvalho AMP. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17(5):632-8.
15. Prazeres ATA, Castro RCBM. Revisão bibliográfica dos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Enfermagem UNISA*. 2000; 1:5-7.
16. Esper LH, Furtado EF. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas* [online]. 2010 [citado 2011 abr 10]; 6(n. esp.):368-86. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38723/41576>
17. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010; 11(n. esp.):17-23.
18. Borsa JC. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Porto Alegre: Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*; 2007.

Recebido em: 10.01.2017

Approved em: 25.01.2017