Jéssica Gorrão Lopes Albertini

**Avaliação de depressão em gestantes e associação
com desfechos de parto e nascimento**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Pós-Graduação em
Ginecologia e Obstetrícia

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia
Rosana Guerra Benute

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Albertini, Jéssica Gorrão Lopes

Avaliação de depressão em gestantes e associação
com desfechos de parto e nascimento / Jéssica
Gorrão Lopes Albertini. -- São Paulo, 2019.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Gláucia Rosana Guerra Benute.

Descritores: 1.Gravidez 2.Gravidez de Alto Risco
3.Depressão 4.Saúde Mental 5.Índice de Apgar 6.Peso
ao nascer

USP/FM/DBD-230/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

A Deus por minha trajetória até o presente momento.

Aos meus pais, Cleusa e Wander, que sempre me apoiaram em

todas as minhas escolhas.

Ao meu esposo Ronaldo pelo amor com que

esteve ao meu lado em todos os momentos.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Marcelo Zugaib, Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, pela oportunidade acadêmica concedida.

À Profa. Dra. Rossana Pulcineli Vieira Francisco pelos exemplos constantes de incentivo ao desenvolvimento da pesquisa, por contribuir de forma sensível e atenta no exame de qualificação e pela oportunidade de realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute, minha orientadora, por acolher meu desejo de realizar pesquisa na área de psicologia em Obstetrícia e por cada momento de aprendizado que pude ter durante o processo de pesquisa, em especial de escrita.

À Dra. Maria de Lourdes Brizot pela presença e contribuição no exame de qualificação que foram muito importantes para a continuidade e conclusão do trabalho.

À Dra. Camélia Santana Murgos por ter me apresentado à pesquisa acadêmica durante a graduação e pelas contribuições no exame de qualificação.

Ao Dr. Marco Aurélio Knippel Galletta por todo ensinamento no início da minha trajetória no ambulatório de psicopatologia e gravidez e pelas contribuições no exame de qualificação.

Às estatísticas Agatha Rodrigues e Elizabeth González Patiño pelo aprendizado e contribuição em seus ensinamentos em estatística.

À minha amiga Roberta Carolina de Almeida Jesus pela parceria nos projetos de pesquisa e de vida, tudo foi muito melhor com a sua companhia.

Aos colegas da Pós-Graduação pelas experiências no Ambulatório de Triagem Psicológica e pela dedicação à pesquisa.

À Sra. Lucinda Cristina Pereira, secretária do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia e Ginecologia pelo apoio em todos os momentos.

A todos os profissionais da equipe de saúde e do administrativo da Clínica Obstétrica da FMUSP que me ensinaram muito sobre a atenção integral à paciente e pela dedicação de cada um ao seu trabalho.

A todas as pacientes que passaram pela minha vida profissional e acadêmica na Clínica Obstétrica da FMUSP pela disponibilidade em contribuir com as pesquisas aqui desenvolvidas e pela generosidade de se implicar com a maternidade considerando as dificuldades e alegrias inerentes.

A toda a minha família, minha mãe Cleusa, meu pai Wander e minha irmã Juliana, por sempre me incentivarem a continuar e a não desistir nos momentos difíceis. A Ana Julia, minha sobrinha, pela alegria e esperança que trouxe para a minha vida.

Ao meu amado “Tomate” por sempre estar ao meu lado, ser meu incentivador e por me acalmar quando as coisas estavam difíceis. Tudo é mais leve ao seu lado.

Epígrafe

O Mercador de Veneza

(Ato I, Cena I)

Garanto que não sei por que estou triste;

A tristeza me cansa, como a vós;

Mas como a apanhei ou contraí,

Do que é feita, ou do que terá nascido,

Ainda não sei.

A tristeza me fez um tolo tal

Que é difícil até saber quem sou.

Normatização adotada

Essa dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, testes e monografias*. Elaborado por Annelise da Cunha, Maria Julia de A. A. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3º ed. São Paulo. Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo principal.....	4
2.2 Objetivos secundários	4
3. Revisão de Literatura.....	5
3.1 Depressão.....	5
3.1.1 Contextualização Histórica, definição e diagnóstico	5
3.1.2 Incidência, prevalência e depressão no período gestacional.....	9
3.1.3 Depressão materna, desfechos de parto e nascimento	18
4. Métodos.....	24
4.1 Serviço de atendimento psicológico – Divisão de Clínica Obstétrica	24
4.2 Casuística	25
4.3 Critérios de inclusão	28
4.4 Critérios de exclusão	29
4.5 Instrumentos de avaliação.....	29
4.6 Desfechos de parto e nascimento	30
4.7 Procedimentos	31
4.8 Riscos e Benefícios	32
4.9 Análise dos Dados	32
5. Resultados.....	35
5.1 Prevalência de depressão em gestantes	35
5.2. Análise das variáveis sociodemográficas e de caracterização em relação à depressão	36
5.3 Análise das variáveis de saúde com depressão	39
5.4 Análise das variáveis de desfechos de parto e nascimento com depressão.....	41

5.5 Análise conjunta das covariáveis e variáveis de desfecho.....	43
5.5.1 Peso do RN ao nascer	43
5.5.2 Índice de Apgar<7 no 1º minuto.....	48
5.6 Modelos de regressão para Peso do RN e Apgar <7 no 1º minuto	52
6. Discussão	56
7. Conclusão.....	71
8. Anexos.....	72
Anexo A. Comitê de ética HCFMUSP.....	72
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Anexo C. Dados sociodemográficos.....	77
Anexo D. PRIME – MD Módulo de Humor.....	78
Anexo E. Banco de Dados de Resultados Perinatais	79
9. Referências Bibliográficas.....	80

Lista de Siglas, Símbolos e Abreviaturas

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AIG	Adequado para a idade gestacional
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CES-D	<i>Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CID 11	Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
EUA	Estados Unidos da América
GIG	Grande para a idade gestacional
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HSCL	<i>Hopkins Symptom Checklist</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança com 95% de certeza
IGP	Idade gestacional do parto
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (razão de chances)
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
RCIU	Restrição do crescimento intrauterino
RN	Recém-nascido
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM-IV Disorders</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Quadro resumo dos artigos incluídos neste estudo que avaliaram depressão em mulheres com gestação de baixo risco – 2003 a 2018....	15
Tabela 2:	Quadro resumo dos estudos que avaliaram a prevalência de depressão em gestantes de alto risco considerando o ano de publicação, o país, o número de participantes e o instrumento utilizado – 2010 a 2018	17
Tabela 3:	Quadro resumo dos estudos que avaliaram depressão durante a gestação e a associação com resultados obstétricos e/ou perinatais desfavoráveis – 2004 a 2019	23
Tabela 4:	Distribuição dos dados de avaliação de depressão entre as participantes com gestação de baixo risco e gestação de alto risco – HC-FMUSP – 2002 a 2018.	35
Tabela 5:	Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos de acordo com a média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos, e associação com sintomas de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018	36
Tabela 6:	Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos em frequências relativas e absolutas e associação com a presença de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018.	38
Tabela 7:	Distribuição de doenças na gestação atual e diagnóstico de depressão gravidez referidas pelas pacientes no momento da avaliação– HC-FMUSP – 2002 a 2018	39

Tabela 8:	Número de doenças na gestação atual e associação com sintomas de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018.	40
Tabela 9:	Desfechos de parto e de nascimento e associação com o diagnóstico de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018	42
Tabela 10:	Distribuição dos dados qualitativos de caracterização e sociodemográficos em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o peso do recém-nascido – HC – FMUSP – 2002 a 2018	44
Tabela 11:	Coeficiente de correlação das variáveis quantitativas de caracterização e sociodemográficos em relação ao peso do RN – HC-FMUSP – 2002 a 2018	45
Tabela 12:	Distribuição dos dados de saúde em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o peso do recém-nascido – HC-FMUSP – 2002 a 2018.....	46
Tabela 13:	Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos em frequências relativas e absolutas e associação com Apgar<7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018.....	49
Tabela 14:	Distribuição dos dados quantitativos de caracterização e sociodemográficos em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o Índice de Apgar<7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018	50
Tabela 15:	Distribuição de doenças referidas pelas pacientes no momento da avaliação em frequências relativas e absolutas e a associação com o Índice de Apgar <7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018	51

Tabela 16: Modelo de regressão linear para o peso ao nascimento ajustado para a presença de depressão e covariáveis – HC-FMUSP – 2002 a 2018 53

Tabela 17: Modelo de regressão logística para a associação entre depressão e Índice de Apgar < 7 no 1º minuto ajustado para covariáveis – HC-FMUSP – 2002 a 2018 55

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados 27

Resumo

Albertini JGL. *Avaliação de depressão em gestantes e associação com desfechos de parto e nascimento* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: A presença de depressão durante a gravidez pode acrescentar dificuldades nos relacionamentos interpessoais da gestante, na formação de vínculos afetivos com o feto e na adaptação à nova rotina e papel social após o nascimento do bebê. Além disso, não há consenso sobre os impactos negativos da depressão na gravidez nos resultados de parto e nascimento. Alguns estudos relatam que a presença de sintomatologia depressiva na gravidez pode estar associada a risco aumentado para pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e menor Índice de Apgar. Outros trabalhos, no entanto, não encontraram associação entre depressão na gravidez e desfechos perinatais desfavoráveis. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo foram: avaliar a associação entre depressão e os desfechos de parto e nascimento; verificar a prevalência de depressão entre as gestantes de baixo e alto risco; identificar os fatores associados com a depressão durante a gravidez e identificar as doenças maternas que mais se associaram à depressão. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal retrospectivo e prospectivo. Foram analisados retrospectivamente 684 protocolos assistenciais, entre 2002 e junho de 2017, utilizados rotineiramente no Serviço de Psicologia do Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e que avaliaram a presença de depressão por meio do questionário PRIME-MD. Prospectivamente foram avaliadas 76 pacientes atendidas no referido ambulatório entre julho de 2017 e julho de 2018. Foram acessados os prontuários eletrônicos das pacientes e o livro de parto do Centro Obstétrico para a obtenção dos dados de parto e nascimento. Foi utilizado o teste t de Student ou o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação dos grupos de pacientes com e sem depressão em relação a variáveis quantitativas, dependendo da distribuição da variável de interesse. Foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para comparação de mais de dois grupos. Para avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. Para avaliar o coeficiente de correlação entre duas variáveis quantitativas foi realizado teste estatístico de *Pearson* e *Spearman*, dependendo da distribuição de normalidade em cada grupo. Foram propostos modelos de regressão linear e logística para avaliar a associação entre depressão e os desfechos de parto e nascimento incluindo as demais covariáveis. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 760 gestantes. A prevalência de depressão entre as participantes foi de 20,66% (n=157). No grupo de mulheres com gestação de baixo risco, 48 (21,05%) estavam em um episódio depressivo no momento da avaliação, e 109 (20,49%) das gestantes com alto risco. A idade média no grupo com depressão foi $30,01 \pm 6,55$ anos e de $29,81 \pm 6,50$ anos no grupo sem depressão. Entre as variáveis de caracterização, a quantidade de salários mínimos da renda familiar *per capita*, foi significativamente menor no grupo de gestantes com depressão ($p=0,009$). Em relação aos desfechos perinatais, o peso do recém-nascido e o índice de Apgar <7 no 1º minuto foram significativamente menores no grupo com depressão em relação ao grupo sem depressão ($p=0,03$ e $p=0,002$, respectivamente). **Conclusão:** A depressão, além de expressar índices elevados neste estudo (20,66%) influencia significativamente o peso do recém-nascido e o índice de Apgar <7 no 1º minuto.

Descritores: Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Depressão; Saúde Mental; Índice de Apgar; Peso ao nascer.

Summary

Albertini JGL. *The prevalence of depression with pregnant and association with perinatal outcomes* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Introduction: The presence of depression can difficulties the interpersonal relationships of the pregnant woman, related to the formation of affective bonds with the fetus and in the adaptation to the new routine and social role after the baby's birth. In addition, there is no consensus about the negative impacts of pregnancy depression on obstetric parameters and perinatal outcomes. Some studies report that the presence of depressive symptomatology in pregnancy may be associated with increased risk for preeclampsia, prematurity, low birth weight, and lower Apgar score. Other studies, however, found no association between pregnancy depression and unfavorable perinatal outcomes. **Objective:** The objectives of this study were to identify the prevalence of depression among pregnant considering sociodemographic and healthy data, to identify the factors associated with depression in the gestational period and to evaluate the association between depression and perinatal outcomes. **Methods:** A cross-sectional retrospective study was performed evaluating 628 protocols from 2002 to 2016, routinely used in Psychological service of ambulatory of Obstetric Clinic of HC-FMUSP/ Ambulatory Psychology Department of the Clinical Obstetrics Division of the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo and evaluated the presence of depression using the tool PRIME-MD. For the comparison of the groups of patients with and without depression in relation to quantitative variables, the Student's t-test or the non-parametric Mann-Whitney test was used, depending on the distribution of the variable of interest. In order to evaluate the association between two qualitative variables, Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test, when appropriate, was considered. Linear regression models and logistic regression models were adjusted to assess whether the depression group was consistently significant in the presence of other covariates. **Results:** the prevalence of depression was 22.1% (n = 139). The mean age in the group with depression was 29.60 years (SD = 6.60) and 29.64 years (SD = 6.66) in the group without depression. Among the variants of characterization, considering the *per capita* family income, the women with lower income have significantly higher depression than the higher income ones ($p=0,012$). When considering the perinatal outcome variables, the newborn weight and the Apgar score <7 at the 1st minute were lower in the depression group, with a significant difference between the groups, respectively ($p=0.005$) and ($p=0.002$). The linear regression model was adjusted for the newborn weight and logistic regression model was adjusted for the Apgar 1 minute <7 to verify the consistency of the association between the presence of depression and the variables of characterization and perinatal outcomes with a statistically significant difference. In both cases, the diagnosis of depression was associated with lower birth weight ($p=0.021$) and Apgar of 1 minute <7 ($p<0.001$). **Conclusion:** Depression, in addition to expressing high indices in this study (22.1%), significantly influence the weight of the newborn and the Apgar score <7 in the 1st minute.

Descriptors: Pregnancy; Pregnancy, high-risk; Depression; Mental Health; Apgar Score; Birth Weight.

1. Introdução

A gravidez se configura como um período dentro do ciclo reprodutivo feminino de intensa complexidade, caracterizado por inúmeras mudanças e transformações que repercutem em todos os aspectos da vida da mulher.¹

Durante o processo gestacional, a mulher experimenta importantes reestruturações, as quais, perpassam as funções sociais que exerce e repercutem em sua vivência afetiva e emocional, sendo necessário o reajustamento em diversos âmbitos de sua vida, como no relacionamento conjugal, familiar, em sua condição socioeconômica e profissional.^{2,3}

O Ministério da Saúde⁴ descreve a gravidez como um fenômeno fisiológico normal e como parte da experiência de vida saudável. No entanto, por se tratar de uma situação onde podem estar implicados riscos maternos e fetais, algumas mulheres podem apresentar maior probabilidade de um desfecho desfavorável. Nesse sentido, é considerada gestação de alto risco aquela onde há maior chance de desfechos negativos, em relação à média populacional.

Deste modo, neste estudo será considerado como gestação de baixo risco aquela em que os riscos materno e fetal se encontram dentro da média identificada na população geral, e gestação de alto risco aquela em que existe maior probabilidade de desfecho desfavorável. Entre os possíveis marcadores para a gestação de alto risco estão características individuais, a presença de doença materna e condições socioeconômicas desfavoráveis.⁴

As alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que envolvem a mulher durante a gestação, de baixo ou de alto risco, indicam a necessidade de estudos sobre a forma como tais transformações se refletem em sua saúde mental.^{2,5}

Entre as doenças psiquiátricas que podem ocorrer durante a gestação e uma das mais importantes é a depressão. A característica comum entre os transtornos depressivos é a presença de humor triste e/ou deprimido, com falta de interesse ou prazer por praticamente todas as atividades, sentimento de culpa e baixa autoestima.

Outro desdobramento recorrente nos sintomas depressivos é a presença de ideação suicida, podendo ser seguida de tentativas de suicídio e até mesmo em sua efetivação.⁵ Além disso, o indivíduo em um episódio depressivo pode ter prejudicada sua capacidade de realizar tarefas rotineiras como atividades domésticas ou outras que lhe causavam prazer.^{6,7}

A prevalência de depressão durante o período gestacional varia entre 9%⁸ a 61,4%⁹, com índices menores entre gestantes de baixo risco e maiores em gestantes de alto risco. Essa amplitude de prevalência pode estar relacionada a fatores sociodemográficos da população estudada, ou ainda, aos métodos e instrumentos empregados na investigação da depressão.

Considerando as peculiaridades dos sintomas depressivos e suas repercussões no cotidiano da gestante como, por exemplo, no seu modo de se comportar, de se perceber e de compreender a gestação, um crescente número de estudos^{10,11} tem se dedicado a investigar os possíveis impactos da depressão

na gestação, sugerindo que sua presença acarretaria piores resultados obstétricos e desfechos neonatais desfavoráveis.

Diversos estudos mostram divergências entre a associação de depressão e resultados perinatais desfavoráveis.

Kim *et al*¹², avaliaram o humor de 261 gestantes utilizando o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), e identificaram que a presença de sintomatologia depressiva estava significativamente associada a risco aumentado para prematuridade ($p<0,05$) e baixo peso ao nascer ($p<0,05$).

Em nosso país, Benute *et al.*,¹³, avaliaram presença de depressão em 326 gestantes de alto risco, utilizando o instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD). Os resultados não mostraram associação entre depressão na gestação e desfechos neonatais desfavoráveis como prematuridade ($p=0,99$) e baixo peso ao nascer ($p=0,28$).

A compreensão sobre a influência da depressão na gravidez e sua associação com resultados desfavoráveis de parto e de nascimento é relevante para assistência prestada a estas mulheres, pois o diagnóstico e tratamento precoces podem minimizar os riscos decorrentes da doença e favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo materno fetal.

Tendo em vista a importância de compreender os desfechos associados à presença de depressão no período gestacional e em virtude da ausência de consenso na literatura atual¹²⁻¹⁸, este trabalho se propõe a investigar a presença de depressão durante a gestação e as possíveis associações com as doenças maternas e os desfechos de parto e nascimento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a associação entre depressão em gestantes e os seguintes desfechos de parto e nascimento:

- Idade gestacional no nascimento em semanas;
- Prematuridade (IGP<37sem);
- Tipo de parto: cesárea ou não cesárea;
- Adequação do peso no nascimento;
- Índice de Apgar de 1º, 5º e 10º minutos <7 e ≥7.

2.2 Objetivos secundários

- Verificar a prevalência de depressão entre as gestantes de baixo e alto risco;
- Identificar os fatores associados a depressão durante a gravidez;
- Identificar as doenças maternas que mais se associaram à depressão;

3. Revisão de Literatura

3.1 Depressão

3.1.1 Contextualização Histórica, definição e diagnóstico

A depressão é um distúrbio do humor que tem atingido altos índices de prevalência na contemporaneidade e, por isso, tem despertado interesse de pesquisadores de inúmeras áreas do conhecimento¹⁹⁻²¹, como a Psiquiatria e a Psicologia.

O interesse por essa alteração de humor remonta à antiguidade. Pensadores como o médico Hipócrates e o filósofo Platão em 400 a.C. denominavam como melancolia esta alteração de humor, buscando compreendê-la por meio da teoria dos humores. Segundo essa compreensão, os transtornos mentais seriam causados pelo desequilíbrio de quatro substâncias presentes em nosso corpo, a bile negra, bile amarela, sangue e fleuma. Um aumento da concentração de bile negra seria responsável pelos sintomas de tristeza, ansiedade e tendência ao suicídio, que associada aos fatores ambientais, formaria o quadro de melancolia a qual Hipócrates considerava como uma doença.^{19,22}

O termo melancolia permaneceu historicamente associado a alterações em que o humor se encontrava predominantemente deprimido. Somente após a apropriação do estudo da loucura pela medicina moderna com Phillipe Pinel (1745 – 1826), e posteriormente com Esqueirol (1772 – 1840), foi possível a descrição e classificação nosográfica da melancolia. A partir disto, houve uma

substituição progressiva da nomenclatura de melancolia até o termo depressão conhecido atualmente.^{20,22}

A palavra depressão tem origem no latim, *de-premere*, que significa pressionar para baixo. O termo depressão empregado atualmente pode ser associado tanto a um estado afetivo como a tristeza, quanto a um sintoma, doença ou síndrome, e vem sendo utilizado para caracterizar um conjunto de sintomas psíquicos (humor deprimido, redução na experiência de satisfação), fisiológicos (alterações de sono, apetite e interesse sexual) e comportamentais (crise de choro, comportamentos suicidas).²²⁻²⁵

Atualmente são utilizados dois manuais para descrição e compreensão da manifestação sintomática, classificação e diagnóstico dos transtornos depressivos. Um deles é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5)⁷ e o outro é a Classificação Internacional de Doenças (CID-11).²⁶

O manual DSM-5⁷ classifica os transtornos depressivos como: Transtorno Depressivo Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Disfórico pré-menstrual, Transtorno Depressivo induzido por substâncias/medicamentos, Transtorno Depressivo devido à outra condição médica e Transtornos Depressivos não especificados. Esses transtornos diferem em apresentação sintomática e duração. Considerando que o presente estudo se propõe a investigar a presença do Transtorno Depressivo Maior, sua classificação será pormenorizada.^{7,24}

Os critérios necessários para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-5⁷ são a presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em atividades antes apreciadas, além de quatro sintomas adicionais como a perda ou ganho significativo de peso, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, fadiga ou perda de energia quase todos os dias, durante o período de duas semanas.

Além disso, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida do indivíduo, não podendo ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma condição médica ou de substâncias. O Manual Estatístico DSM-5⁷ apresenta ainda como critério a ser considerado a necessidade de realizar o diagnóstico diferencial com outros transtornos mentais.

Paralelamente, no CID-11²⁶ há uma divisão denominada de Transtornos de Humor. Dentro desta divisão existem subgrupos, dentre os quais está o episódio depressivo.

Em sua classificação, o CID-11²⁶ faz distinção entre um episódio depressivo único e outro recorrente, o qual, neste último, deva ocorrer pelo menos dois episódios com duração mínima de duas semanas, com intervalo de muitos meses sem apresentar alteração significativa de humor. Quanto à intensidade, o episódio pode ser leve, moderado ou grave. Além de considerar a frequência e a intensidade, o CID-11²⁶ ainda prevê a presença de sintomas psicóticos ou somáticos no quadro depressivo.^{24,27,28}

Ainda que estudos^{7,24,25,29} atuais tenham objetivado descrever a etiologia da depressão, nenhum deles foi capaz de compreender todas as suas apresentações e peculiaridades. Deste modo, ficou estabelecido como consenso que a depressão é um transtorno multifatorial e que seu aparecimento, curso e manutenção são determinados a partir da interação de fatores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais.

As teorias biológicas e genéticas sobre as funções cerebrais na depressão apontam para aspectos relacionados a busca por recompensas e de regulação emocional, dentro dos sistemas neurais específicos envolvidos no processamento das emoções, indicando para a ação, alteração e ainda para possíveis anormalidades nos níveis de neurotransmissores do sistema endócrino, como a dopamina e serotonina.^{19,27}

Ainda nesse sentido, a hereditariedade é considerada um fator importante para o desenvolvimento da depressão, pois existem evidências²⁷ que indivíduos com parentes de primeiro grau com diagnóstico de depressão tenham risco aumentado, entre duas a quatro vezes, de ter depressão em algum momento da vida, quando comparados à população em geral.

Com relação aos aspectos psicológicos, compreende-se que há uma tendência de pessoas predominantemente introspectivas, com afetividade negativa e com baixa tolerância à frustração apresentarem episódios depressivos durante a vida.^{28,30}

Eventos estressantes na vida como, por exemplo, sofrer violência por parceiro íntimo, condição socioeconômica desfavorável, complicações na

gestação e aborto fetal podem ser identificados como precedentes de um episódio depressivo.^{14,31,32}

3.1.2 Incidência, prevalência e depressão no período gestacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS)³³, em relatório publicado em 2017, afirma que a depressão é uma das doenças mentais mais incapacitantes do mundo, afetando cerca de 4,4% da população mundial. Isso corresponde a mais de 300 milhões de pessoas vivendo com depressão, um aumento de mais de 18,4% entre 2005 e 2015.

Alguns estudos epidemiológicos mostram que há diferença quanto à incidência, prevalência, curso clínico, prognóstico e resposta terapêutica dos transtornos mentais em relação ao sexo.^{5,34–36}

No Brasil, dados do Ministério da Saúde^{35,37} indicam que a prevalência de depressão em mulheres ao longo da vida é de 10% a 25% e em homens é de 5% a 12%. Dados publicados pela “Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas” realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁸ mostram que estes resultados se mantiveram estáveis, com prevalência da depressão nas mulheres de 10,9% e de 3,9% nos homens.

A morbidade depressiva se configura como um problema de Saúde Pública por sua alta incidência e elevados custos diretos e indiretos de tratamento. A depressão gera para o paciente e para a sociedade prejuízos

significativos, por seu caráter crônico e elevado potencial de morbidade e mortalidade.³⁹

Ainda que não haja consenso, os índices de prevalência da depressão em gestantes de baixo risco variam de 9%⁸ a 27,2%⁴⁰; e de 9%⁸ a 61,4%⁹ em gestantes de alto risco. Esses percentuais podem variar com relação a localização geográfica, o nível de desenvolvimento de cada país e o instrumento utilizado na avaliação.

Estudos internacionais^{41,42} revelam que a prevalência de depressão durante a gestação seria de 19,5% no Oriente Médio⁴¹, 8,6% na Europa Ocidental⁴¹ e 33% nos Estados Unidos. Uma meta-análise⁴³ avaliando 101 estudos sobre prevalência e incidência de depressão perinatal mostrou prevalência total de 11,9% e apontou ainda que, entre as mulheres de países de baixa e média renda, a prevalência foi significativamente maior, em comparação com mulheres de países de alta renda (OR 1,8, IC 95% 1,4-2,2). Estudos nacionais sobre a depressão na gravidez ainda são escassos^{13,44,45}; no entanto, indicam que a prevalência pode variar entre 9% e 27,2%.^{13,40}

A presença de problemas emocionais durante a gravidez, em particular de uma psicopatologia como a depressão, é apontada como um fator complicador das relações sociais da gestante, em especial com o parceiro e na formação de vínculos afetivos, aumentando a dificuldade na adaptação à nova rotina e ao papel social após o nascimento do bebê.⁴⁶

Estes problemas emocionais durante a gravidez podem ainda ser um fator de risco para a não aderência ao acompanhamento do pré-natal que, por sua

vez, traz desfechos como o ganho de peso inadequado, prematuridade e baixo peso ao nascer.^{42,47} Achados significativos na literatura indicam ainda associação entre os sintomas depressivos na gravidez e a depressão pós-parto.^{45,47}

Ainda nesse sentido, estudos indicam que sintomas depressivos durante a gestação podem se manifestar de modo diferenciado quanto ao seu início, duração e sintomatologia, com impactos significativos na capacidade da mãe de se vincular ao feto/bebê e com as realidades em seu entorno durante o período gestacional.^{48–50}

Considerando os impactos negativos da morbidade depressiva durante a gravidez, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)⁵¹ e o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*⁵² recomendam aos obstetras e ginecologistas o rastreio e a investigação da depressão durante o acompanhamento pré-natal. Além de tais organizações, o *National Postnatal Depression Program*⁵³ desenvolvido na Austrália afirma que o rastreio de sintomas depressivos durante a gestação pode ser um instrumento eficiente para a elaboração de políticas públicas voltadas a sua prevenção e tratamento precoce.

Estudos realizados com gestantes de baixo risco^{7,26} avaliaram a presença de sintomatologia depressiva ou de episódios depressivos utilizando instrumentos como inventários e/ou escalas e instrumentos diagnósticos baseados no DSM-5 e na CID-11.

Estudo⁴⁹ avaliando 568 gestantes de baixo risco no primeiro trimestre gestacional, para o diagnóstico de depressão, utilizou o instrumento *Structured Clinical Interview for the Diagnosis of Disorders* (DSM-5 - SCID). A mediana de idade das participantes foi de 25 anos, com 4 anos de escolaridade e gravidez planejada em 68,3% (n=310). Os resultados mostraram que 25,8% (n=146) das gestantes foram diagnosticadas com depressão no momento da avaliação. Os autores ressaltaram a importância da avaliação da depressão durante o período pré-natal como forma de possibilitar o tratamento e gerenciamento dos fatores de risco associados como, por exemplo, risco de cronificação dos sintomas depressivos, prejuízos laborais e na capacidade de prestar cuidado ao recém-nascido (RN).

Outro estudo realizado no México⁸, também utilizando o instrumento SCID, avaliou 210 gestantes de baixo risco durante o terceiro trimestre gestacional. Foi encontrada prevalência de depressão de 9%, o menor valor entre os estudos atuais. Os autores indicaram que a relevância do estudo está na possibilidade de planejamento da atuação profissional, no período gestacional, para diminuir os efeitos negativos dos sintomas depressivos na relação mãe/filho.

Trabalho realizado com 575 universitárias com gravidez de baixo risco, na Arábia⁵⁴, avaliou sintomas de depressão utilizando o instrumento EPDS. A prevalência de sintomas depressivos foi de 26,8%. De modo similar ao estudo mexicano, os autores apontam, juntamente com a alta incidência de depressão na população estudada, a importância do rastreio de sintomas depressivos na gravidez, por seus possíveis impactos negativos para o binômio mãe/filho.

Valores semelhantes de prevalência de depressão na gestação foram encontrados por Redinger *et al.*,⁵⁵ onde 27% das gestantes de baixo risco avaliadas por meio do EPDS apresentaram sintomas de depressão. Outro dado relevante é que as participantes que referiram maiores dificuldades relacionadas ao parceiro e a problemas familiares, também apresentaram maior presença de sintomas depressivos.

Estudo nacional⁴⁰ avaliou 272 gestantes de baixo risco, que realizavam acompanhamento pré-natal em serviço público, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos em três momentos gestacionais, na 20ª, 28ª e 36ª semanas de gestação, por meio da EPDS. Foi encontrada presença de sintomas depressivos em 27,2%, 21,7% e 25,4% das gestantes, respectivamente. Os fatores de proteção associados à presença ou não de sintomas depressivos na gravidez foram a maior escolaridade, ter planejado a gestação e não ter intercorrências clínicas relacionadas a gravidez.

Um dos maiores estudos avaliaram a presença de sintomas depressivos em gestantes de baixo risco foi realizado na Nova Zelândia⁵⁶, avaliando 5.564 mulheres no terceiro trimestre gestacional. Foi utilizado o instrumento EPDS e a prevalência de depressão na gestação encontrada foi de 11,9%. Entre as conclusões do estudo os autores indicaram que eventos de vida estressantes durante a gestação aumentaram o risco de sintomas depressivos neste período.

A prevalência de sintomas de depressão também foi identificada em 21,7% das gestantes de baixo risco no estudo de Podvornik *et al.*,³², avaliando 348 pacientes durante o terceiro trimestre de gestação. Os resultados mostraram

também associação de sintomas de depressão com baixa escolaridade, baixa renda e a presença de outros filhos.

A baixa escolaridade e a baixa renda também foram os fatores associados a sintomas de depressão durante a gravidez em estudo¹⁴ realizado na Coreia do Sul. Foram avaliadas 467 gestantes de baixo risco utilizando o instrumento EPDS e a prevalência de depressão foi de 26,34%.

A prevalência de transtornos mentais em gestantes no segundo trimestre gestacional foi investigada por Andersson *et al.*,⁵⁷ em um estudo avaliando 1.795 pacientes. Por meio do PRIME-MD foram diagnosticadas com depressão, no momento da avaliação, 10,2% das pacientes. Os autores observaram que transtornos mentais foram prevalentes durante a gravidez e que a maioria das gestantes não haviam sido diagnosticada até a realização do estudo.

A tabela 1 apresenta uma síntese dos trabalhos que avaliaram presença de depressão ou sintomatologia depressiva entre gestantes de baixo risco.

Tabela 1: Quadro resumo dos artigos incluídos neste estudo que avaliaram depressão em mulheres com gestação de baixo risco – 2003 a 2018

Autores	Ano de publicação	País	Número de pacientes	Instrumento utilizado*	Prevalência verificada	Tipo de avaliação
Fellmeth G. <i>et al.</i> , ⁴⁹	2018	Tailândia	568	SCID-I	25,80%	Diagnóstica
Alqahtani, A.H. <i>et al.</i> , ⁵⁴	2018	Arábia Saudita	575	EPDS	26,80%	Sintomatológica
Woody, C.A. <i>et al.</i> , ⁴³	2017	Austrália	Meta-análise	Meta-análise	11,9%	Diagnóstica e Sintomatológica
Redinger S. <i>et al.</i> , ⁵⁵	2017	África do Sul	946	EPDS	27%	Sintomatológica
Lima, M.O.P. <i>et al.</i> , ⁴⁰	2017	Brasil	272	EPDS	27,20%	Sintomatológica
Waldie K.E. <i>et al.</i> , ⁵⁶	2015	Nova Zelândia	5.664	EPDS	11,90%	Sintomatológica
Lara A.M. <i>et al.</i> , ⁸	2015	México	210	SCID-I	9%	Diagnóstica
Podvornik N. <i>et al.</i> , ³²	2015	Eslovênia	348	CES-D	21,70%	Sintomatológica
Choi S.K. <i>et al.</i> , ¹⁴	2014	Coréia do Sul	467	EPDS	26,34%	Sintomatológica
Andersson L. <i>et al.</i> , ⁵⁷	2003	Suécia	1795	PRIME-MD	10,20%	Diagnóstica

* **SCID-I** = Structured Clinical Interview for DSM Disorders; **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Scale; **CES-D** = Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale; **PRIME-MD** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders

A associação entre a presença de sintomas depressivos, em gestantes de alto risco, e piores desfechos perinatais também foi avaliada em diversos estudos. Dagklis *et al.*,⁵⁸ avaliaram presença de sintomas de depressão em 103 gestantes entre a 24^a e a 36^a semanas de gestação, utilizando o instrumento EPDS. A prevalência de sintomas depressivos foi de 24,3%, com forte

associação entre o risco gestacional de parto prematuro e pensamentos sobre aborto.

Outro estudo avaliou a presença de sintomas depressivos em 189 gestantes de alto risco, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI).⁹ Os resultados mostraram prevalência de sintomas depressivos em 61,4% das gestantes, associados a condições sociodemográficas desfavoráveis e relacionamento disfuncional com o parceiro.

Além disso, outros instrumentos também têm sido utilizados para avaliar o risco de depressão em gestantes.

O instrumento *Hopkins Symptom Check List* (HSCL)⁵⁹ foi utilizado para avaliar a prevalência de sintomas depressivos em 1.044 gestantes de alto risco. Foi encontrada prevalência de depressão em 44,35% das gestantes, além de associação entre depressão e menor nível de escolaridade, gestante não feliz com a descoberta da gravidez atual, e associação de depressão com episódios de violência por parceiro íntimo.

Outros estudos avaliaram a associação de episódios depressivos maiores com intercorrências clínicas em gestantes.

Em estudo nacional, Benute *et al.*,¹³ investigaram a presença de depressão em gestantes de alto risco. Foram avaliadas 326 gestantes com idade gestacional média de 28,2 (DP=10,5) semanas, das quais, 9% foram diagnosticadas com depressão. Dentre as doenças apresentadas pelas participantes estavam a pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica, doença cardíaca, diabetes mellitus, anemia, colagenoses e risco para parto prematuro.

A tabela 2 apresenta uma síntese dos estudos realizados com gestantes de alto risco com intuito de avaliar depressão e/ou sintomatologia depressiva.

Tabela 2: Quadro resumo dos estudos que avaliaram a prevalência de depressão em gestantes de alto risco considerando o ano de publicação, o país, o número de participantes e o instrumento utilizado – 2010 a 2018

Autores	Ano de publicação	País	Número de participantes	Instrumento utilizado*	Prevalência verificada	Tipo de avaliação
Dagklis, T. <i>et al.</i> , ⁵⁸	2018	Grécia	103	EPDS	24,30%	Sintomatológica
Ricardo-Ramírez, C. <i>et al.</i> , ⁹	2015	Colômbia	189	BDI	61,40%	Sintomatológica
Molina K.M & Kiely M. ⁵⁹	2011	EUA	1044	HSCL	44,35%	Sintomatológica
Benute G.G. <i>et al.</i> , ¹³	2010	Brasil	326	PRIME-MD	9%	Diagnóstica

* **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Scale; **BDI** = Beck Depression Inventory; **HSCL** = Hopkins Symptom Checklist; **PRIME-MD** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders

Estes estudos evidenciam o interesse crescente na investigação de sintomas depressivos durante a gravidez, em particular em gestações que envolvem algum tipo de risco gestacional e sua associação com as principais doenças maternas e fetais.^{8,13,58–60}

Os resultados indicaram que os principais fatores de risco para a presença de depressão na gestação são a condição socioeconômica desfavorável, menor tempo de escolarização e eventos de vida estressantes como a presença de conflitos conjugais e familiares, a violência por parceiro íntimo, possuir outros filhos e risco gestacional associado a gestação atual.^{14,32,40,56}

Da mesma forma, estes estudos apontaram que a depressão na gestação leva ao prejuízo no estabelecimento do vínculo familiar entre mãe e filho, ao risco

de cronificação dos sintomas depressivos, ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer.^{8,49,54,55}

3.1.3 Depressão materna, desfechos de parto e nascimento

Estudos tem sido desenvolvidos com o objetivo de investigar possíveis associações entre sintomas depressivos na gestação e consequências negativas para o binômio mãe/filho, como dificuldades no apego entre a gestante e o feto, problemas emocionais e comprometimento cognitivo na prole.⁵⁵

Além disso, diversos pesquisadores têm buscado investigar possíveis associações entre a depressão durante a gravidez e piores resultados maternos e fetais.^{61,62}

Foi realizado estudo¹² de coorte retrospectivo com 261 gestantes afro-americanas utilizando o instrumento EPDS com o objetivo de avaliar a presença de sintomas depressivos e a associação com desfechos perinatais. Foi encontrada associação significativa entre a presença de sintoma de depressão e aumento de chance de pré-eclâmpsia (*Odds Ratio* - OR 2,95, Intervalo de confiança - IC95% 1,26-6,89), parto prematuro (OR 2,34, IC95% 1,03-5,36) e baixo peso ao nascer (OR 2,91; IC95% 1,26-6,72). No entanto, os autores concluíram que o tamanho amostral foi uma limitação do estudo além da necessidade de serem realizados outros estudos que confirmem os achados.

Estudo finlandês de base populacional¹⁵ avaliou 511.938 mulheres entre os anos de 2002 a 2010 que tiveram parto único, para o diagnóstico clínico de

depressão maior e sua associação com os desfechos obstétricos. Os resultados indicaram que, gestantes diagnosticadas com depressão maior durante a gestação apresentaram, mais frequentemente, resultados neonatais desfavoráveis, como feto natimorto (OR 1,97; IC95% 1,33-2,93), parto prematuro (OR 1,57; IC95% 1,39-1,77), pequeno para idade gestacional (PIG) (OR 1,46; IC95% 1,27-1,67) e Apgar¹ <7 com 5 min (OR 2,13 IC95% 1,79-2,54), quando comparadas com as gestantes sem depressão. O estudo indicou também ser de suma importância considerar a saúde mental perinatal como sendo influenciada por inúmeros fatores como, por exemplo, a relação parental, violência por parceiro íntimo e características pessoais das gestantes, porém, o trabalho por eles realizado não incluiu tais informações.

Em estudo semelhante, Dayan *et al.*,⁶³ investigaram a relação entre sintomas de depressão e parto prematuro espontâneo em 681 mulheres com idade gestacional entre 20 e 28 semanas. Os resultados indicaram que gestantes com sintomas de depressão têm significativamente maior taxa de partos prematuros do que mulheres sem os mesmos sintomas ($p=0,020$).

A associação entre a presença de sintomas depressivos na gestação e piores desfechos de parto e nascimento também foi investigada no estudo de Smorti *et al.*,⁶⁴ com 203 gestantes sem diagnóstico psiquiátrico prévio, avaliadas por meio do BDI. Os achados apontaram associação entre os sintomas de

¹ Índice de Apgar: Utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido; varia de 0 a 10 e avalia cinco sinais objetivos: frequência cardíaca (ausente: 0; < 100/min: 1; > 100/min: 2); respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; forte/choro: 2); irritabilidade reflexa (ausente: 0; algum movimento: 1; espirros/choro: 2); tônus muscular (flácido: 0; flexão de pernas e braços: 1; movimento ativo/boa flexão: 2) e cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidades: 1; rosado: 2). Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg* 1953; 32:260-7.

depressão e piores resultados, quanto a experiência materna no momento do parto e o bem-estar do recém-nascido verificado por meio do Índice de Apgar.

A influência dos fatores psicossociais e da saúde mental nos desfechos neonatais foram pesquisados em estudo⁶⁵ com 3.149 gestantes afro-americanas entre a 22ª e a 23ª semana gestacional. Foi utilizada a escala de avaliação do estado psicossocial de 28 itens, que inclui a avaliação de depressão. Os resultados mostraram que os recém-nascidos das mulheres com sintomas depressivos na gravidez apresentaram menor peso no nascimento ($\beta = -71,20$, $p < 0,001$), quando comparados com as gestantes sem depressão.

Jarde *et al.*¹⁶ realizaram uma revisão sistemática e meta-análise com objetivo de compreender o impacto nos resultados perinatais, dos sintomas depressivos não tratados durante a gravidez. Foram analisados 23 estudos que preencheram os critérios de inclusão, em língua inglesa, e identificou-se que o não tratamento da depressão durante a gestação esteve associado a aumento do risco para parto prematuro e baixo peso ao nascer.

De modo similar, em outra meta-análise Grigoriadis *et al.*,⁶⁶ analisaram 30 estudos e identificaram que parto prematuro foi significativamente associado à depressão materna (OR 1,37; IC95% 1,04-1,81; $p = 0,024$). Em contrapartida, não identificaram associação estatística entre a presença de sintomas depressivos na gravidez e o peso ao nascer e baixo peso com a internação em UTI neonatal.

Nesse sentido, alguns estudos também sugerem não haver associação entre a sintomatologia depressiva na gravidez e desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis.^{13,14,50,67}

Estudo com 273 gestantes⁶⁷ avaliou a presença de sintomas depressivos utilizando o instrumento EPDS, com objetivo de identificar a possível associação desta sintomatologia nos resultados perinatais. A prevalência de sintomas de depressão foi de 13,2% (n=36); no entanto, os resultados deste estudo não mostraram associação entre depressão na gestação e parto prematuro ($p=0,85$) e baixo peso ao nascer ($p=0,44$).

De forma similar, Choi *et al.*,¹⁴ em estudo prospectivo de coorte com 467 gestantes, investigaram as possíveis influências dos sintomas de depressão na gravidez e nos desfechos obstétricos, utilizando na avaliação da depressão o instrumento EPDS. Sintomas de depressão foram encontrados em 26,34% (n=123) das gestantes, porém não houve associação entre depressão e resultados perinatais, como idade gestacional do parto ($p=0,39$), parto prematuro ($p=0,76$), peso ao nascimento ($p=0,843$) e escore baixo de Apgar no 1º e 5º minuto ($p=0,26$ e $0,65$, respectivamente).

Em estudo realizado em nosso país, Benute *et al.*,¹³ avaliaram a prevalência de depressão e as possíveis associações com resultados perinatais em 326 gestantes de alto risco, por meio do instrumento PRIME-MD. Não houve associação entre o diagnóstico de depressão e desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis como parto prematuro ($p=0,99$) e baixo peso ao nascer ($p=0,28$).

Outro estudo nacional realizado por Thiengo *et al.*,¹¹ avaliou o diagnóstico de depressão durante a gestação, por meio da *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI, e a associação com dados sociodemográficos e de desfechos perinatais. Os resultados indicaram que o uso abusivo de álcool

($p < 0,01$), o parto prematuro e o baixo peso ao nascer ($p = 0,03$) estavam estatisticamente associados a depressão na gravidez.

Outro estudo realizado por Andersson *et al.*,⁵⁰ avaliou a associação de depressão e resultados neonatais desfavoráveis em 1.465 gestantes, também utilizando o instrumento PRIME-MD. O diagnóstico de depressão foi encontrado em 11,6% ($n=170$) das gestantes, sem associação com risco aumentado para resultados neonatais desfavoráveis. Os autores ressaltam que há a necessidade serem realizados mais estudos sobre o acesso das gestantes aos sistemas de saúde e sua associação com complicações psiquiátricas pós-parto.

Assim, até o momento não existe consenso na literatura sobre a presença de sintomas depressivos e/ou o seu diagnóstico durante a gravidez e a sua possível influência ou associação com riscos obstétricos e neonatais aumentados. A tabela 3 sintetiza os achados a respeito da presença de sintomas depressivos durante a gravidez e desfechos maternos e fetais desfavoráveis.

Tabela 3: Quadro resumo dos estudos que avaliaram depressão durante a gestação e a associação com resultados obstétricos e/ou perinatais desfavoráveis – 2004 a 2019

Estudos	País	Número de participantes	Instrumentos utilizados*	Resultados Obstétricos associados	Resultados Perinatais associados
Smorti, M, 2019 ⁶⁴	Itália	203	BDI	-	Menor Índice de Apgar
Jarde, A. <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶	Canadá	23 estudos	Escala Diagnóstica e sintomatológicas	Parto prematuro	Baixo peso ao nascer
Choi SK, 2014 ¹⁴	Coréia do Sul	467	EPDS	Sem associação	Sem associação
Räsänen S, 2014 ¹⁵	Finlândia	511 938	Diagnóstico médico	Parto prematuro	Natimorto; PIG; Apgar <7 (5min)
Kim DR, <i>et al.</i> , 2013 ¹²	EUA	261	EPDS	pré-eclâmpsia, parto prematuro	Baixo peso ao nascer
Gawlik, S <i>et al.</i> , 2013 ⁶⁷	Alemanha	273	EPDS	Sem associação	Sem associação
Grigoriadis, S. <i>et al.</i> , 2013 ⁶⁶	Canadá	30 estudos	Escala Diagnóstica e sintomatológicas	Parto prematuro	-
Thiengo, D.L. <i>et al.</i> , 2012 ¹¹	Brasil	100	CIDI	Parto prematuro	Baixo peso ao nascer
Benute G.G. <i>et al.</i> , 2010 ¹³	Brasil	326	PRIME-MD	Sem associação	-
Dayan J <i>et al.</i> , 2006 ⁶³	França	681	EPDS	Parto prematuro	-
Neggens Y, 2006 ⁶⁵	EUA	3.149	Abbreviated Psychosocial Scale	-	Baixo peso ao nascer
Andersson L <i>et al.</i> , 2004 ⁵⁰	Suécia	1465	PRIME-MD	Sem associação	Sem associação

- Não fez parte dos objetivos do estudo.

* **BDI** = Beck Depression Inventory; **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Scale; **CIDI** = Composite International Diagnostic Interview **PRIME-MD** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders

4. Métodos

Este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) sob o número 68144317.2.0000.0068 (**Anexo A**).

4.1 Serviço de atendimento psicológico – Divisão de Clínica

Obstétrica

Este estudo foi desenvolvido na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Os atendimentos psicológicos às gestantes foram realizados no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP.

Foram incluídas as gestantes que realizaram atendimento psicológico com busca espontânea de atendimento, encaminhadas pela equipe de saúde, que estavam participando de protocolo de pesquisa previamente aprovado pelo comitê de ética institucional, ou aquelas que passaram por avaliação realizada no ambulatório de triagem psicológica². Todas as gestantes que consentiram em participar da entrevista psicológica assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

² O ambulatório de triagem psicológica iniciou suas atividades em junho de 2017 com intuito de identificar, entre as pacientes que iniciam o acompanhamento pré-natal na Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP, as gestantes que necessitam de atendimento especializado em Saúde Mental, para os devidos encaminhamentos assistenciais.

Todas as pacientes atendidas no Ambulatório de Psicologia, independentemente do seu encaminhamento inicial, seguiram o mesmo protocolo de avaliação psicológica.

O protocolo de atendimento incluiu a avaliação da presença de depressão por meio do módulo de humor do questionário padronizado PRIME-MD, que possui como principal característica identificar a presença de um Episódio Depressivo Maior, segundo a classificação diagnóstica presente no DSM.

Este instrumento possibilita que o Psicólogo identifique, ao final da sua avaliação, a sintomatologia presente no DSM e o diagnóstico da doença, agilizando os processos de encaminhamento e atendimento por equipe de saúde mental especializada, quando necessário.

4.2 Casuística

Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo e prospectivo.

Retrospectivamente foram avaliados 1.091 prontuários psicológicos das gestantes atendidas rotineiramente no Serviço de Psicologia do Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP que possuíam registro de avaliação de depressão realizado por meio do instrumento PRIME-MD entre janeiro de 2002 e maio 2017.

A análise prospectiva foi realizada avaliando-se 373 gestantes de baixo e alto risco que aguardavam atendimento na triagem psicológica no Ambulatório

da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP entre junho de 2017 e junho de 2018.

Posteriormente, foram consultados os prontuários eletrônicos das pacientes da Enfermaria e o Caderno de registros de parto do Centro Obstétrico da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, para obtenção dos dados de partos e nascimentos neste período.

Foram selecionados para este estudo os prontuários das pacientes que incluíam dados completos do diagnóstico de depressão e de desfechos de parto e nascimento, e que contemplavam todos os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos os dados de 760 gestantes, sendo 684 identificadas pelos registros nos prontuários eletrônicos e 76 gestantes que realizaram a avaliação na triagem psicológica (dados prospectivos). A Figura 1 detalha o processo de coleta de dados.

Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os dados constantes no prontuário psicológico das gestantes atendidas na triagem psicológica da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP. Os demais critérios de inclusão foram:

- Gestantes entrevistadas que consentiram em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (**TCLE - Anexo B**);
- Prontuários psicológicos de gestantes que possuíam avaliação de depressão por meio do PRIME-MD;
- Gestantes com registros no sistema informatizado da enfermaria ou no caderno de registro de partos do Centro Obstétrico da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP;
- Registros das gestantes com as informações sobre: idade gestacional no nascimento em semanas; prematuridade (IGP<37sem); tipo de parto;
- Registros de adequação do peso no nascimento: classificação de acordo com a curva de Fenton⁶⁹ em pequeno para idade gestacional (PIG), adequado para idade gestacional (AIG) ou grande para idade gestacional (GIG) e;
- Registros de Índice de Apgar de 1º, 5º e 10º minutos <7 e >=7.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas deste estudo:

- Pacientes que não finalizaram a entrevista e avaliação para verificação de sinais e sintomas de depressão;
- Pacientes que não possuíam registro das informações de parto e nascimento;
- Pacientes que apresentaram diagnóstico fetal de malformação na gestação atual e as pacientes com diagnóstico prévio de transtorno de humor.

4.5 Instrumentos de avaliação

- Entrevista estruturada

Foi realizada entrevista estruturada com a utilização de questionário padronizado preenchido pelo pesquisador para coleta e posterior análise dos dados de caracterização e sociodemográficos como idade; escolaridade; estado civil; ocupação; renda pessoal e familiar *per capita*, número de gestações, abortos anteriores, espiritualidade e religião. (**Anexo C**).

- *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* – PRIME-MD (**Anexo D**)

Foi utilizado o instrumento PRIME-MD para avaliação e diagnóstico de depressão. Este instrumento é composto por 05 módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e

abuso de álcool ou transtornos de dependência) podendo ser utilizados independentemente.⁶⁸

O módulo de humor PRIME-MD possui como objetivo principal possibilitar que o avaliador consiga identificar se o paciente está em um episódio depressivo maior, por conter em seu escopo os critérios estabelecidos pelo DSM para esse diagnóstico.^{13,50}

Este instrumento foi traduzido para o português por Fráguas Junior *et al.*,⁶⁹ e revisado por Dr. Robert Leopold Spitzer, seu criador. O PRIME-MD demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade) para os grupos diagnósticos maiores nos serviços de atenção primária.

Neste estudo foi utilizado o módulo que avalia transtorno de humor, mais especificamente, Depressão Maior.⁶⁹

4.6 Desfechos de parto e nascimento

Para obtenção dos dados obstétricos relacionados ao parto e nascimento foram avaliados os seguintes parâmetros (**Anexo E**):

- Idade gestacional no nascimento em semanas;
- Prematuridade (Idade Gestacional no Parto <37sem);
- Tipo de parto: cesárea ou não cesárea;

- Adequação do peso no nascimento: classificação de acordo com a curva de Fenton⁷⁰ em pequeno para idade gestacional (PIG), adequado para idade gestacional (AIG) ou grande para idade gestacional (GIG);
- Índice de Apgar de 1º, 5º e 10º minutos <7 e >=7.

4.7 Procedimentos

Os dados retrospectivos obtidos dos prontuários psicológicos e inseridos neste estudo foram:

- Caracterização das pacientes;
- Condição sociodemográfica e;
- Resultado da avaliação de depressão aferido pelo instrumento PRIME-MD das gestantes selecionadas.

Os dados prospectivos foram obtidos entre as pacientes que aguardavam a avaliação psicológica de triagem no Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, que foram convidadas e que concordaram em participar do estudo.

Estas gestantes foram conduzidas a uma sala de atendimento onde assinaram o TCLE. Em seguida foram realizadas entrevistas para a obtenção dos dados de caracterização e sociodemográficos, bem como a avaliação do humor por meio do questionário PRIME-MD.

Posteriormente, foram coletados os dados de parto e nascimento existentes no prontuário eletrônico da enfermaria da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP e no livro de parto do Centro Obstétrico referentes aos dados das participantes, para a obtenção das informações de interesse e caracterizar diferentes subgrupos.

4.8 Riscos e Benefícios

Este estudo envolveu riscos mínimos para todos os participantes envolvidos. Nos casos em que foi necessário apoio e tratamento psicológico específico, as pacientes foram devidamente encaminhadas para atendimento de saúde mental especializado. Não estavam previstas terapêuticas experimentais ou intervenções.

Este estudo possui como benefício indireto a possibilidade de auxiliar na construção de propostas de atenção à saúde mental e de políticas públicas voltadas a saúde da mulher que considerem os riscos da presença da depressão no período gestacional.

4.9 Análise dos Dados

Para a descrição dos resultados foram utilizadas as frequências relativas (percentuais) e absolutas (n) das variáveis qualitativas. Para as variáveis

quantitativas, foram utilizados os valores médios, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão para indicar a variabilidade dos dados.

Primeiramente, foram realizados testes de distribuição das variáveis quantitativas para verificação da normalidade dos dados. Para a comparação de dois grupos em relação às variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t de *Student* para variáveis paramétricas ou o teste de *Mann-Whitney* para variáveis não paramétricas e, para comparação de mais de dois grupos, foi considerado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Para avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste de Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher.

Para avaliar o coeficiente de correlação entre duas variáveis quantitativas foi realizado teste estatístico de *Pearson* para variáveis que seguem distribuição normal ou o teste de *Spearman* para variáveis que não seguem distribuição normal.

Foram construídos modelos de regressão, linear e logístico, para avaliar o efeito da depressão nos diversos desfechos clínicos, ajustados por grupo de depressão e para as covariáveis.

Foram consideradas como covariáveis as variáveis em que não foi constatada significância estatística na associação direta com a depressão em gestantes, porém que mostraram associação estatística com os desfechos de parto e nascimento (Apgar e peso do RN). O processo de avaliação destas covariáveis foi realizado pelo processo *stepwise-forward*, em que cada variável

selecionada é inserida uma-a-uma, avaliando-se seu nível de significância e associação para posterior análise múltipla.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, resultados com valores p (P) menores que 0,05 são considerados significativos. A análise dos dados foi realizada no software IBM SPSS versão 20.

5. Resultados

5.1 Prevalência de depressão em gestantes

Foram incluídas no estudo 760 gestantes regularmente acompanhadas no Ambulatório de atendimento psicológico da clínica de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

A prevalência de depressão entre o total de participantes do estudo (n=760) foi de 20,66% (n=157). Entre estas que apresentaram depressão, 14,3% (n=109) estavam no grupo de alto risco e 6,31% (n=48) estavam do grupo de baixo risco. Quando considerada somente a população que apresentou diagnóstico de depressão (n=157; 100%) tem-se que 69,4% delas (n=109) encontravam-se no grupo de alto risco.

Não foi constatada diferença estatística entre as gestantes com e sem sintomas de depressão e com baixo e alto risco ($p= 0,861$, Teste de Qui-quadrado), conforme dos dados apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos dados de avaliação de depressão entre as participantes com gestação de baixo risco e gestação de alto risco – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Gestação	Depressão (n=760)		P
	Sim (n=157, 20,66%)	Não (n=603, 79,34%)	
Baixo risco	48 (30,57%)	180 (29,85%)	0,861
Alto risco	109 (69,43%)	423 (70,15%)	

5.2. Análise das variáveis sociodemográficas e de caracterização em relação à depressão

Houve associação entre a renda familiar em termos de quantidade de salários mínimos *per capita* e o diagnóstico de depressão. O grupo de gestantes com maior renda mostrou significativamente menor associação com o diagnóstico de depressão ($p=0,009$), quando comparado ao grupo de pacientes com menor renda.

A descrição dos dados de caracterização da população do estudo, as variáveis avaliadas e a associação ou não com a presença de depressão durante a gravidez estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos de acordo com a média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos, e associação com sintomas de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Depressão		P
	Sim	Não	
Idade	n=157	n=603	
Média ($\pm$ dp)	30,01 (6,55)	29,81 (6,50)	0,740*
Mediana (Min-Max)	31 (16-45)	30 (14-45)	
Idade Gestacional no momento da avaliação	n=153	n=585	
Média ($\pm$ dp)	24,32 (8,60)	24,62 (8,79)	0,597**
Mediana (Min-Max)	24 (7-40)	24 (4-40)	
Renda Pessoal – Salários mínimos	n=75	n=336	
Média ($\pm$ dp)	2,11 (1,62)	1,96 (1,24)	0,805**
Mediana (Min-Max)	1,60 (0,55-9,17)	1,57 (0,08-9,17)	
Renda Familiar – Salários mínimos <i>Per Capita</i>	n=138	n=516	
Média ($\pm$ dp)	1,09 (0,87)	1,33 (1,18)	0,009**
Mediana (Min-Max)	0,79 (0,17-5,08)	0,98 (0,04-9,96)	

* = Teste t de Student; ** = Teste de Mann-Whitney

Houve associação significativa entre a presença de depressão e os dados referentes ao estado civil e atividade remunerada ($p=0,034$, $p=0,037$, respectivamente).

Os dados categóricos de caracterização e as informações sociodemográficas das gestantes que participaram do estudo estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos em frequências relativas e absolutas e associação com a presença de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Depressão		P
	Sim (%)	Não (%)	
Semanas gestacionais Trimestre - Avaliação	n=153	n=585	
1º Trimestre	12 (7,8)	64 (10,9)	
2º Trimestre	83 (54,2)	271 (46,3)	0,179***
3º Trimestre	58 (37,9)	250 (42,7)	
Escolaridade	n=157	n=601	
Fundamental	80 (51,0)	253 (42,1)	
Médio	55 (35,0)	245 (40,8)	0,137***
Superior	22 (14,0)	103 (17,1)	
Estado civil (com parceiro)	n=154	n=585	0,034***
	129 (83,8)	527 (90,1)	
Com Atividade Remunerada	n=150	n=559	0,037***
	74 (49,3)	329 (58,9)	
Primigesta	n=157	n=603	0,122***
	46 (29,3)	216 (35,8)	
Nulípara	n=157	n=603	0,075***
	61 (38,9)	282 (46,8)	
Aborto anterior	n=157	n=603	0,566***
	49 (31,2)	174 (28,9)	
Com Crença/fé	n=122	n=429	0,683***
	115 (94,3)	400 (93,2)	
Com Religião	n=150	n=560	0,203***
	103 (68,7)	414 (73,9)	

*** = Teste de Qui-quadrado

5.3 Análise das variáveis de saúde com depressão

Fizeram parte deste estudo gestantes de alto risco com diversas doenças associadas como diabetes, hipertensão, doenças infecciosas, risco de prematuridade e outras.

Houve associação significativa entre a presença de depressão e os diagnósticos de diabetes ($p=0,035$) e de epilepsia ($p=0,012$). As demais doenças referidas pelas participantes na gestação no momento do estudo e sua associação com a depressão estão apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição de doenças na gestação atual e diagnóstico de depressão gravidez referidas pelas pacientes no momento da avaliação– HC-FMUSP – 2002 a 2018

Doenças – gestação atual	Depressão		P
	Sim (%) n=157	Não (%) n=603	
Diabetes	39 (24,8%)	202 (33,5%)	0,035***
Hipertensão	35 (22,3%)	135 (22,4%)	0,980***
Cardiopatia materna	10 (6,4%)	49 (8,1%)	0,454***
Tireoidopatias	10 (6,4%)	40 (6,6%)	0,905***
Doenças infecciosas	10 (6,4%)	20 (3,3%)	0,099***
Trombofilias	7 (4,5%)	23 (3,8%)	0,716***
Neoplasias	7 (4,5%)	22 (3,6%)	0,643***
Risco de prematuridade	6 (3,8%)	15 (2,5%)	0,383***
Asma	6 (3,8%)	11 (1,8%)	0,158***
Epilepsia	5 (3,2%)	3 (0,5%)	0,012****
Colagenoses	3 (1,9%)	21 (3,5%)	0,288****
Aborto Habitual	3 (1,9%)	15 (2,5%)	0,664****
Outras doenças	32 (20,4%)	93 (15,4%)	0,144***

*** = Teste de Qui-quadrado; **** = Teste Exato de Fisher

Para verificar a associação entre o conjunto destas doenças na gravidez e o possível risco de depressão, foram criadas variáveis categóricas indicando a quantidade de patologias presentes na gestante durante a gravidez no momento do estudo.

As gestantes incluídas no estudo foram classificadas em grupos segundo as categorias: sem patologia na gestação, uma patologia, ou mais de uma patologia. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos (Teste de Qui-quadrado). Os dados referentes a análise por grupos se encontram apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Número de doenças na gestação atual e associação com sintomas de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Caracterização da população	Depressão		<i>P</i>
	Sim (%)	Não (%)	
Número de patologia	n=157	n=603	
Nenhuma	48 (30,6%)	180 (29,9%)	
Uma patologia	81 (51,6%)	304 (50,4%)	0,864
Mais de uma patologia	28 (17,8%)	119 (19,7%)	

5.4 Análise das variáveis de desfechos de parto e nascimento com depressão

Foi avaliada a associação entre sintomas de depressão com os desfechos de parto e nascimento nas gestantes que participaram do estudo.

Houve associação entre o diagnóstico de depressão e o peso dos recém-nascidos nas gestantes incluídas no estudo. A média de peso dos recém-nascidos no grupo das pacientes com sintomas de depressão foi significativamente menor (2.853,36 gramas) quando comparado com o grupo das mulheres sem depressão (3.001,09 gramas; $p=0,030$).

De modo similar, houve associação significativa entre o diagnóstico de depressão e o risco aumentado para de Apgar no < 7 no 1º minuto com OR = 2,34. Além disso, as taxas de parto cesárea e prematuridade foram aparentemente maiores no grupo de pacientes com depressão, no entanto sem diferença estatística significativa entre os grupos.

Os resultados referentes aos desfechos de parto e nascimento e a associação com o diagnóstico de depressão estão na Tabela 9.

Tabela 9: Desfechos de parto e de nascimento e associação com o diagnóstico de depressão na gravidez – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis obstétricas e neonatais	Depressão		P
	Sim (%)	Não (%)	
Idade gestacional do parto	n=157	n=603	
Média (± dp)	37,63 (2,86)	37,89 (2,48)	0,681**
Mediana (Min-Max)	38,28 (26,14-41,86)	38,28 (23,29-42,00)	
Peso do RN			
Média (± dp)	2.853,36 (772,67)	3.001,09 (676,54)	0,030*
Mediana (Min-Max)	2.970,00 (465-4.395)	3.060,00 (384-5.860)	
Parto Cesárea	114 (72,6%)	390 (64,7%)	0,058***
Prematuridade < 37 semanas	36 (22,9%)	99 (16,4%)	0,064***
Classificação do peso ao nascimento			
PIG	27 (17,2%)	64 (10,6%)	0,085***
AIG	120 (76,4%)	491 (81,4%)	
GIG	10 (6,4%)	48 (8,0%)	
Apgar < 7 1º min	26 (16,6%)	47 (7,8%)	0,002***
Apgar < 7 5º min	8 (5,1%)	16 (2,7%)	0,141***
Apgar < 7 10º min	3 (1,9%)	8 (1,3%)	0,706****

* = Teste t de Student; ** = Teste de Mann-Whitney; *** = Teste de Qui-quadrado; **** = Teste exato de Fisher

5.5 Análise conjunta das covariáveis e variáveis de desfecho

5.5.1 Peso do RN ao nascer

Foram realizadas análises das variáveis que não apresentaram previamente associação direta com depressão (covariáveis) para verificar associação com as variáveis peso do RN e Apgar <7 no 1º minuto (variáveis que apresentaram associação direta com depressão).

Houve associação significativa entre maior peso médio dos recém-nascidos com as gestantes que mantinham atividade remunerada ($p=0,049$), em comparação com as gestantes que não mantinham esse tipo de atividade no momento da avaliação.

A Tabela 10 apresenta as demais variáveis qualitativas de caracterização da população e sociodemográficas, bem como, sua associação com o peso no nascimento.

Tabela 10: Distribuição dos dados qualitativos de caracterização e sociodemográficos em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o peso do recém-nascido – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Peso RN (g)		P
	Média (± dp)	Mediana (Min-Max)	
Escolaridade			
Fundamental (n=333)	2.951,66 (677,870)	3.020,00 (600-5.960)	0,548****
Médio (n=299)	2.996,2 (688,92)	3.080,00 (465-4.600)	
Superior (n=125)	2.956,37 (784,86)	3.035,00 (384-5.400)	
Estado civil			
Com parceiro	2.976,12 (699,29)	3.060,00 (384-5.860)	0,365**
Sem parceiro	2.924,45 (700,35)	3.005,00 (600-4.395)	
Atividade remunerada			
Sim	2.991,83 (692,00)	3.070,00 (384-5.400)	0,049**
Não	2.914,82 (717,20)	2.970,00 (640-5.860)	
Primigesta			
Sim	2.921,68 (775,56)	3.012,50 (384-5.400)	0,285**
Não	2.996,30 (655,35)	3.065,00 (520-5.860)	
Nulípara			
Sim	2.904,24 (762,24)	3.005,00 (384-5.400)	0,052**
Não	3.025,14 (639,15)	3.080,00 (520-5.860)	
Aborto anterior			
Sim	2.932,30 (716,08)	3.050,00 (520-5.860)	0,490**
Não	2.986,47 (692,57)	3.054,00 (384-5.400)	
Crença/fé			
Sim	2.970,45 (699,75)	3.040,00 (520-5.860)	0,997**
Não	3.009,19 (433,86)	3.090,00 (2.020-3.770)	
Religião			
Sim	2.981,65 (708,73)	3.036,00 (384-5.860)	0,197**
Não	2.900,42 (687,31)	3.020,00 (550-4.300)	

** = Teste de Mann-Whitney; ****=Teste de Kruskal-Wallis

Não houve associação significativa entre as variáveis quantitativas de caracterização da população e sociodemográficos com alteração do peso do RN.

A Tabela 11 apresenta as análises das demais variáveis quantitativas de caracterização da população e sociodemográficas e a associação com o peso do RN.

Tabela 11: Coeficiente de correlação das variáveis quantitativas de caracterização e sociodemográficos em relação ao peso do RN – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Peso RN (Coeficiente de Correlação)	<i>P</i>
Idade	0,016*	0,659
Idade Gestacional no momento da avaliação	0,064**	0,081
Renda Pessoal – Salários mínimos	0,092**	0,062
Renda Familiar – Salários mínimos <i>Per Capita</i>	0,035**	0,371

* Coeficiente de correlação de Pearson; ** Coeficiente de correlação de Spearman

Foi observada associação entre a presença de doenças nas gestantes e o baixo peso ao nascer.

Constatou-se associação significativa entre o diagnóstico de diabetes ($p<0,001$); cardiopatia materna ($p<0,001$); aborto habitual ($p=0,030$); colagenoses ($p=0,003$); doenças infecciosas ($p=0,034$) e risco de prematuridade ($p<0,001$) com o baixo peso ao nascer nas gestantes incluídas no estudo.

Os dados de saúde das gestantes e sua associação com o peso no nascimento encontram-se apresentados na Tabela 12.

Tabela 12: Distribuição dos dados de saúde em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o peso do recém-nascido – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Dados de Saúde		Peso RN (g)		P
		Média (±dp)	Mediana (Min-Max)	
Diabetes	Sim	3.182,65 (658,90)	3.210,00 (520-5.860)	<0,001**
	Não	2.871,69 (696,92)	2.976,00 (384-4.300)	
Hipertensão	Sim	2.954,91 (807,11)	3.055,00 (384-5.860)	0,954**
	Não	2.975,09 (665,99)	3.052,00 (520-5.400)	
Cardiopatia	Sim	2.664,97 (655,07)	2.820,00 (690-3.780)	<0,001**
	Não	2.996,30 (697,48)	3.070,00 (384-5.860)	
Tireoidopatia	Sim	2.931,30 (671,69)	2.980,00(660-4.300)	0,645**
	Não	2.973,34 (701,81)	3.057,00 (384-5.860)	
Aborto habitual	Sim	2.539,06 (937,76)	2.650,00 (526-3.970)	0,030**
	Não	2.981,04 (690,22)	3.060,00 (384-5.860)	
Colagenoses	Sim	2.548,58 (748,18)	2.795,00 (890-3.810)	0,003**
	Não	2.983,78 (694,42)	3.060,00 (384-5.860)	
Trombofilia	Sim	2.780,27 (672,33)	2.940,00 (600-3.760)	0,105**
	Não	2.977,83 (700,26)	3.060,00 (384-5.860)	
Asma	Sim	3.133,65 (881,64)	3.040,00 (1852-5.860)	0,859**
	Não	2.966,84 (695,09)	3.060,00 (384-5.400)	
Doenças Infecciosas	Sim	3.148,17 (658,66)	3.320,00 (1050-3.850)	0,034**
	Não	2.963,28 (700,61)	3.040,00 (384-5.860)	

Continua

Continuação

Dados de Saúde		Peso RN (g)		P
		Média ($\pm$ dp)	Mediana (Min-Max)	
Epilepsia	Sim	2.831,25 (640,63)	2.715,00 (1700-3.820)	0,423**
	Não	2.972,06 (700,36)	3.057,00 (384-5.860)	
Neoplasias	Sim	3.037,28 (602,83)	2.990,00 (1960-4.270)	0,961**
	Não	2.967,35 (703,62)	3.060,00 (384-5.860)	
Outras doenças	Sim	2.971,70 (646,30)	3.020,00 (596-5.400)	0,558**
	Não	2.970,35 (710,00)	3.060,00 (384-5.860)	
Risco de prematuridade	Sim	2.302,57 (418,49)	2.410,00 (1540-3.180)	<0,001**
	Não	2.989,56 (696,74)	3.060,00 (384-5.860)	

** = Teste de Mann-Whitney

5.5.2 Índice de Apgar <7 no 1º minuto

Da mesma maneira, foram realizadas análises das variáveis que não apresentaram previamente associação direta com depressão (covariáveis) para verificar associação com Apgar <7 no 1º minuto após o nascimento.

Houve associação significativa entre pacientes primigestas ($p=0,046$) e nulíparas ($p=0,013$) com valores de Apgar < 7 no 1º minuto após o nascimento.

As demais variáveis de caracterização da população e sociodemográficas e sua associação com Apgar < 7 no 1º minuto estão apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição dos dados de caracterização e sociodemográficos em frequências relativas e absolutas e associação com Apgar<7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Apgar <7 1º minuto		P
	Sim (%)	Não (%)	
Escolaridade	n=72	n=685	
Fundamental	30 (41,7%)	303 (44,2%)	0,413***
Médio	26 (36,1%)	273 (39,9%)	
Superior	16 (22,2%)	109 (15,9%)	
Estado civil (com parceiro)	n=72	n=667	0,555****
	66 (91,7%)	590 (88,5%)	
Atividade remunerada	n=72	n=637	0,618****
	43 (59,7%)	360 (56,5%)	
Primigesta	n=73	n=687	0,046***
	33 (45,2%)	229 (33,3%)	
Nulípara	n=73	n=687	0,013***
	43 (58,9%)	300 (43,7%)	
Aborto	n=73	n=687	0,339***
	25 (34,2%)	198 (28,8%)	
Crença/fé	n=50	n=500	0,416***
	48 (96,0%)	466 (93,2%)	
Religião	n=72	n=638	0,692***
	51 (70,8%)	466 (73,0%)	

*** = Teste de Qui-quadrado; **** = Teste exato de Fisher

Não foram encontradas associações significativas entre idade materna; idade gestacional no momento da avaliação de depressão; quantidade de salários mínimos da renda pessoal e da quantidade de salários mínimos da renda familiar *per capita*, com os valores de Apgar<7 no 1º minuto. Todos os valores de *P* e demais dados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Distribuição dos dados quantitativos de caracterização e sociodemográficos em média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos e associação com o Índice de Apgar<7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Variáveis de caracterização e sociodemográficas	Apgar <7 1º minuto		Apgar ≥7 1º minuto		<i>P</i>
	Média (± dp)	Mediana (Min-Max)	Média (± dp)	Mediana (Min-Max)	
Idade(anos)	30,73 (6,87)	31 (16-45)	29,76 (6,47)	30,00 (14-45)	0,228*
Idade Gestacional no momento da avaliação (semanas)	22,96 (9,34)	22,00 (6-40)	24,74 (8,67)	24,00 (4-40)	0,099**
Renda Pessoal – Salários mínimos	2,04 (1,11)	1,88 (0,13-5,88)	1,98 (1,34)	1,57 (0,08-9,17)	0,364**
Renda Familiar – Salários mínimos <i>Per Capita</i>	1,45 (1,23)	1,00 (0,20-7,38)	1,26 (1,11)	0,92 (0,04-9,96)	0,117**

* = Teste *t* de Student; ** = Teste de Mann-Whitney

Houve diferença estatística entre as pacientes que referiram aborto habitual prévio ($p=0,026$) e epilepsia ($p=0,033$) em relação àquelas que não referiram tais doenças ou acometimentos maternos, apresentando menores valores de Apgar. As doenças maternas autorreferidas pelas pacientes, seus valores absolutos e porcentagem e sua associação com o Índice de Apgar <7 no 1º minuto estão descritas na Tabela 15.

Tabela 15: Distribuição de doenças referidas pelas pacientes no momento da avaliação em frequências relativas e absolutas e a associação com o Índice de Apgar <7 no 1º minuto – HC-FMUSP – 2002 a 2018

Caracterização da população	Apgar <7 no 1º minuto		P
	Sim (%)	Não (%)	
	n=73	n=687	
Hipertensão	19 (26,0%)	151 (22,0%)	0,437***
Diabetes	18 (24,7%)	222 (32,4%)	0,170***
Cardiopatia materna	9 (12,3%)	50 (7,3%)	0,151***
Aborto Habitual	5 (6,8%)	13 (1,9%)	0,026***
Tireoidopatias	4 (5,5%)	46 (6,7%)	0,683***
Doenças infecciosas	3 (4,1%)	27 (3,9%)	1,00****
Epilepsia	3 (4,1%)	5 (0,7%)	0,033***
Colagenoses	2 (2,7%)	22 (3,2%)	0,825***
Risco de prematuridade	2 (2,7%)	19 (2,8%)	1,00****
Trombofilias	1 (1,4%)	29 (4,2%)	0,176***
Neoplasias	1 (1,4%)	28 (4,1%)	0,349****
Asma	0 (0,0%)	17 (2,5%)	0,395****
Outras doenças	13 (17,8%)	112 (16,3%)	0,744***

*** = Teste de Qui-quadrado; **** = Teste Exato de Fisher

5.6 Modelos de regressão para Peso do RN e Apgar <7 no 1º minuto

Foram construídos modelos de regressão logística e linear para verificar a associação entre a presença de depressão no período gestacional e os desfechos de parto e nascimento associados: peso do RN, Apgar <7 no 1º minuto.

Foram incluídas no ajuste do modelo as variáveis de caracterização da população demográficas e de saúde, que se mostraram previamente associadas diretamente com a presença de depressão na gravidez, assim como as variáveis que apresentaram associação com os desfechos de parto e nascimento: peso do RN e Apgar < 7 no 1º minuto.

Também foi construído modelo de regressão linear para verificar a associação do peso do RN com a presença do diagnóstico de depressão ajustado para possíveis covariáveis associadas ao desfecho menor peso no nascimento.

As variáveis de caracterização, sociodemográficas e de saúde explicativas do modelo foram: diagnóstico de depressão; a presença de diabetes; a quantidade de salários mínimos da renda familiar *per capita*; com parceiro; atividade remunerada; epilepsia; cardiopatia materna; aborto habitual; colagenoses; doenças infecciosas e risco de prematuridade (Tabela 16).

Tabela 16: Modelo de regressão linear para o peso ao nascimento ajustado para a presença de depressão e covariáveis – HC-FMUSP – 2002 a 2018

	Coeficiente	(IC95%)	P
Depressão	-180,87	(-309,128 – -52,622)	0,006
Quantidade de salários mínimos familiar per capita	16,16	(-31,498 – 63,823)	0,506
Estado civil (com parceiro)	58,24	(-118,821 – 235,301)	0,519
Diabetes	264,16	(147,598 – 380,731)	<0,001
Cardiopatia	-294,74	(-495,814 – -93,659)	0,004
Colagenose	-283,96	(-573,146 – 5,226)	0,054
Atividade remunerada	-20,28	(-130,871 – 90,300)	0,719
Epilepsia	115,08	(-394,339 – 624,504)	0,658
Aborto Habitual	-489,74	(-821,642 – -157,847)	0,004
Doenças Infecciosas	155,93	(-113,432 – 425,287)	0,257
Risco de prematuridade	-511,33	(-846,157 – -176,497)	0,003

O diagnóstico de depressão durante gravidez manteve-se associado ao menor peso do RN, mesmo após ajuste das covariáveis.

Assim, tem-se que o RN de uma gestante com diagnóstico de depressão apresentou peso aproximadamente 180 gramas menor que um RN de uma gestante sem depressão (IC95% -309,128 – -52,622; $p=0,006$).

Além disso, outros três fatores mantiveram-se significativamente associados com a diminuição do peso do RN sendo eles: cardiopatia materna (diminuição de 294,74 gramas, IC95% -495,814g – -93,659g; $p=0,004$), aborto habitual (diminuição de 489,74 gramas, IC95% -821,642g – -157,847g; $p=0,004$) e risco de prematuridade (diminuição de 511,33g, IC95% -846,157g – -176,497g; $p=0,003$), sendo que diabetes provoca aumento do peso do RN de 264,16g (IC95% 147,598g – 380,731g; $p<0,001$).

Foi construído modelo de regressão logística para verificar a associação com Apgar < 7 no 1º minuto com a presença do diagnóstico de depressão, ajustado para as covariáveis associadas a tal desfecho, a saber: quantidade de salários mínimos familiar *per capita*; com atividade remunerada; estado civil (com parceiro); nulípara; primigesta; diabetes; epilepsia e aborto habitual. Os resultados estão dispostos na Tabela 17.

Tabela 17: Modelo de regressão logística para a associação entre depressão e Índice de Apgar < 7 no 1º minuto ajustado para covariáveis – HC-FMUSP – 2002 a 2018

	Coeficiente	(IC95%)	P	OR	(IC95%)
Depressão	1,088	(0,516-1,660)	<0,001	2,967	(1,675-5,257)
Quantidade de salários mínimos familiar <i>per capita</i>	0,083	(-0,143-0,309)	0,470	1,087	(0,867-1,362)
Com atividade remunerada	-0,052	(-0,629 – 0,525)	0,861	0,950	(0,533-1,691)
Estado civil (com parceiro)	0,943	(-0,148-2,035)	0,090	2,569	(0,862-7,654)
Nulípara	0,448	(-0,421-1,318)	0,312	1,565	(0,656-3,734)
Primigesta	0,467	(-0,397-1,331)	0,290	1,595	(0,672-3,785)
Diabetes	-0,185	(-0,785-0,415)	0,546	0,831	(0,456-1,515)
Epilepsia	1,030	(-0,784-2,844)	0,266	2,801	(0,456-17,186)
Aborto Habitual	1,701	(0,535-2,867)	0,004	5,480	(1,708-17,582)

A depressão se mostrou associada significativamente com Apgar < 7 no 1º minuto. A chance de Apgar < 7 no 1º minuto para uma gestante com diagnóstico de depressão é 2,96 vezes maior (IC95% 1,675-5,257; $p<0,001$) quando comparado a uma gestante sem o diagnóstico. Além disso, aborto habitual também se mostrou estatisticamente associado (OR 5,48, IC95% 1,708-17,582; $p=0,004$) ao Índice de Apgar < 7 no 1º minuto.

6. Discussão

Este estudo foi realizado entre gestantes de baixo e alto risco. Considerando o total de participantes, independentemente do risco atribuído ao período gestacional, 20,66% das mulheres apresentaram episódio depressivo maior no momento da avaliação.

A literatura científica apresenta dados amplamente variados sobre a prevalência de depressão entre gestantes (9%⁸ a 61,4%⁹) com variações relacionadas a renda dos países onde os de baixa e média renda apresentaram índices maiores em comparação com os de alta renda.⁴³

Neste estudo, a prevalência de depressão em gestantes de baixo risco foi de 21,1%, resultados comparáveis com outros estudos internacionais^{8,49,57} desenvolvidos com instrumentos de avaliação construídos com os mesmos pressupostos teóricos e que, portanto, são similares (SCID; PRIME).

O estudo realizado por Fellmeth *et al.*,⁴⁹ utilizando o instrumento SCID avaliou o diagnóstico de depressão maior de acordo com os critérios propostos pelo DSM, encontrando prevalência de depressão maior em aproximadamente 25,8% das gestantes, com resultados semelhantes aos obtidos neste estudo.

No entanto, o estudo de Lara *et al.*,⁸ que também utilizou a SCID encontrou prevalência de 9% de depressão em gestantes, distanciando-se dos resultados verificados por Fellmeth *et al.*,⁴⁹ e dos resultados obtidos no presente estudo. No entanto, Lara *et al.*,⁸ realizaram avaliação da prevalência de depressão em gestantes em três momentos distintos: no 3º trimestre gestacional,

seis semanas após o parto e seis meses após o parto. As participantes que não foram avaliadas nestes três momentos foram excluídas do estudo, representando 25% das participantes avaliadas durante a gravidez. Este critério de exclusão pode ter subestimado a real prevalência de depressão durante a gestação.

Pode-se dizer que diferentes metodologias, critérios de inclusão ou exclusão na avaliação de depressão podem alterar os dados obtidos nos estudos e, conseqüentemente, as diferentes taxas de prevalências de depressão durante a gestação encontradas na literatura.

Também se pode observar divergências nas prevalências de depressão em gestantes de alto risco em comparação com outros estudos.

No estudo de Dagklis *et al.*,⁵⁸ utilizou-se a escala EPDS, que tem como finalidade o rastreio de sintomatologia depressiva, e encontrou-se 24,3% de prevalência de sintomas de depressão entre as gestantes de alto risco. Já o presente estudo que utilizou uma escala diagnóstica identificou que 20,5% das gestantes estava em um episódio depressivo maior, no momento da avaliação.

Outro estudo, no entanto, realizado por Ricardo-Ramires *et al.*,⁹ investigou igualmente a presença de sintomas depressivos na gestação de alto risco, por meio de escala sintomatológica, de mulheres hospitalizadas e em acompanhamento ambulatorial e identificou prevalência 3 vezes maior quando comparada aos achados do presente estudo.

Ao comparar o presente estudo com estudo anterior realizado em 2010 por Benute *et al.*,¹³ com gestantes de alto risco e com o mesmo instrumento de

avaliação de depressão, é possível identificar que a prevalência de depressão no estudo atual é superior àquele.

Os maiores índices de depressão identificados no presente estudo, em comparação com o realizado anteriormente na mesma instituição de saúde, podem indicar, como afirma a OMS²⁸, que a prevalência de depressão entre a população mundial vem crescendo nos últimos anos e tende a aumentar.

Além disso, a maior visibilidade e repercussão atual que transtornos mentais, e em particular a depressão, têm recebido dos profissionais da área da saúde e das próprias gestantes pode ter refletido na maior frequência de identificação dos sintomas depressivos. A menor preocupação com relação ao estigma de que a gestação não tenha sido desejada ou que há uma rejeição direcionada ao feto também favorecem positivamente na identificação dos sintomas e procura de tratamento psicológico.

Ainda não estão claros os fatores responsáveis pela variação da prevalência de depressão na gravidez apresentados nos estudos anteriores e no presente estudo. Uma das hipóteses a ser considerada está relacionada à metodologia proposta pelo estudo e a escolha do instrumento de avaliação dos sintomas depressivos, que pode objetivar a identificação de sintomas (escalas sintomatológicas) ou o diagnóstico do transtorno depressivo (escalas diagnósticas).

Os estudos que mostraram maiores índices de prevalência de depressão entre gestantes utilizaram como instrumento de medida escalas

sintomatológicas que têm por objetivo rastrear a presença de sintomas de depressão sem, no entanto, obter como resultado o diagnóstico da doença.

Em contrapartida, os estudos que identificaram menor prevalência de depressão em gestantes utilizaram as escalas diagnósticas que possibilitam ao aplicador realizar o diagnóstico de um episódio depressivo por conter, em seus itens, os critérios diagnósticos estabelecidos pelos manuais DSM⁷ e/ou CID²⁶.

Além disso, outros possíveis fatores que contribuíram para a grande variação na prevalência de depressão em gestantes, identificada nos diversos estudos publicados na literatura atual incluem aspectos relacionados aos diferentes contextos de desenvolvimento econômico, social, cultural e de cuidados de saúde de cada população estudada.

No que diz respeito às gestantes de baixo e alto risco, não houve diferença significativa entre os grupos quanto a prevalência de depressão. Resultados que diferem de estudos como os de Podvornik *et al.*,³² e de King *et al.*,⁷¹ que mostram que as gestantes de alto risco apresentaram maiores índices de sintomas de depressão do que as grávidas sem complicações associadas.

No presente estudo, as gestantes de alto risco atendidas em hospital público terciário chegam ao serviço de saúde por encaminhamento da rede assistencial, e as participantes de baixo risco são, em sua maioria, são funcionárias ou estudantes do hospital. Este aspecto deve ser considerado ao analisar a divergência entre os resultados de prevalência de depressão, já que as gestantes de baixo risco compõem um grupo específico de mulheres, podendo não ser representativo da população em geral.

Cada trimestre gestacional está relacionado com alterações físicas, hormonais e emocionais diferentes.

A literatura aponta para expectativa de que existem diferenças emocionais no decorrer de cada trimestre de gestação^{32,48,50,54,55,61,63,71}. No primeiro trimestre estas diferenças emocionais estão mais relacionadas com a ambivalência na aceitação da gestação e quanto a sua viabilidade. No segundo trimestre, as diferenças emocionais se relacionam com a maior proximidade com o feto associada aos movimentos fetais e no 3º trimestre as diferenças emocionais se relacionam com as preocupações decorrentes da aproximação do parto e as alterações na vida a partir do nascimento do bebê.

No entanto, neste estudo, estas diferenças emocionais ou a expectativa delas ocorrerem não se mostraram associadas com a taxa de depressão. Estes dados estão em concordância com estudos anteriores^{32,72,73}, que não encontraram diferença na prevalência de depressão entre os diferentes trimestres gestacionais. Tais achados indicam que o rastreio e avaliação dos sintomas de depressão em todos os trimestres gestacionais é igualmente importante.

Ainda que os achados sobre prevalência de depressão na gravidez não sejam coincidentes, todos os estudos, e em particular o presente estudo, apontam para elevados índices de depressão durante a gestação em comparação com a prevalência de 10,3% de depressão nas mulheres não gestantes na população brasileira, apresentados na PNS 2013.³⁸

Estes resultados demonstram a importância da recomendação do *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*⁵² e da ACOG⁵¹ quanto ao rastreamento dos sintomas de depressão na gestação, independente dos riscos associados a gravidez atual e em todos os momentos do acompanhamento pré-natal.

Quanto aos dados de caracterização da população que compôs o estudo, observou-se que o estado civil foi um fator com diferença significativa entre os grupos em relação à depressão.

No grupo de pacientes com depressão, uma porcentagem significativamente menor de mulheres relatou ter parceiro no momento da avaliação (83%), do que entre as mulheres sem depressão (90%), ($p=0,034$). O estudo de Quezada *et al.*,⁷⁴ identificou de forma similar, diferença nos índices de depressão no grupo das participantes que referiram não possuir parceiro em relação as que possuíam, com risco aumentado dos sintomas depressivos nas mulheres solteiras. Diferentemente, Rodriguez-Baeza *et al.*,⁷⁵ identificaram que gestantes com relacionamento estável (não casadas) apresentam maior risco de depressão que o grupo de mulheres solteiras e casadas.

Além disso, no estudo de Rendiger *et al.*,⁵⁵ as mulheres que relataram que seu parceiro tornava a vida mais difícil, apresentaram prevalência de sintomas depressivos três vezes maior do que entre as demais mulheres avaliadas.

Estes dados indicam que são necessários estudos posteriores que avaliem, além da presença ou ausência de parceiro íntimo, a relação que se

estabelece entre o casal e como esta relação pode dificultar ou facilitar a vivência gestacional.

A condição socioeconômica (renda familiar *per capita* em quantidade de salários mínimos) foi outro fator que amostrou diferença estatística significativa entre os grupos. As pacientes com depressão têm renda média menor do que o grupo das mulheres sem o diagnóstico da doença e menor parcela em atividade remunerada. Esse resultado está de acordo com outros estudos^{14,32} que relacionam o impacto da renda da gestante e familiar com presença de sintomas depressivos.

No estudo de Choi *et al.*,¹⁴ os resultados indicaram que a condição socioeconômica desfavorável estava associada a maior prevalência de depressão entre as gestantes. De forma análoga, o estudo de Podvornik *et al.*,³² mostrou associação entre a baixa condição socioeconômica e a depressão na gravidez.

Ainda nesse sentido, possuir atividade remunerada foi um fator de diferença entre os grupos de gestantes com e sem depressão. Mais da metade das participantes do grupo com depressão afirmaram não trabalhar no momento da avaliação.

Tais achados são comparáveis àqueles do estudo de Alqahtani⁵⁴, onde foi possível verificar que estar desempregada aumentava a chance de sintomas depressivos nas gestantes, em comparação com as que trabalhavam.

A condição de recessão econômica em que o nosso país está envolvido, com expressiva queda do PIB⁷⁶, desemprego atingindo 12,2 milhões de pessoas

e níveis de desocupação de 11,6% da população no último trimestre de 2018 (índice duas vezes maior do que antes do início da crise econômica em 2014), podem ser fatores importantes nos achados relacionados aos dados de caracterização da amostra neste estudo.

Os achados socioeconômicos até aqui descritos podem indicar que a mulher e/ou a família que possui dificuldades com relação a renda ou sem atividade remunerada durante o período gestacional podem vivenciar sofrimento emocional significativo, considerando que o nascimento de um bebê adiciona aumento das despesas financeiras e necessidade de maior previsibilidade de meios financeiros para a subsistência familiar, levando a maiores índices de sintomas depressivos.⁶⁷

Outro aspecto a ser considerado é a importância de se compreender a presença da depressão como transtorno multifatorial e que, desta forma, se deva sugerir a necessidade de uma abordagem e tratamento que considerem também os aspectos sociais e econômicos da paciente.

Em relação à associação entre o diagnóstico de depressão na gestação e as doenças maternas, foi observada associação significativa entre os diagnósticos de diabetes e epilepsia.

Estudos como o de Rondón *et al.*,⁷⁷ indicam que ainda não é clara a relação entre depressão e diabetes na população geral. Segundo estes autores, há uma dupla relação causal entre os fatores depressão e diabetes. Uma primeira relação causal implicaria que o diagnóstico da diabetes pode levar a quadros depressivos; uma segunda relação causal implica que quadros

depressivos mostram uma incapacidade do paciente de autocuidado, o que leva ao menor controle dos índices glicêmicos.

A associação entre diabetes gestacional e a presença de sintomas depressivos foi avaliada por Lau *et al.*,⁷⁸ que identificaram esta associação, indicando de que esta relação causal seja dupla, como citado no trabalho de Rondón *et al.*,⁷⁷ e que são necessários outros estudos com o intuito de elucidar esta associação.

Ainda nesse sentido, divergindo dos achados do presente estudo, Kozhimannil *et al.*,⁷⁹ identificaram associação entre a depressão e o diagnóstico de diabetes com duas vezes maior chance para depressão nas mulheres com diabetes (*OR* 1,85; *IC*95% 1,45 - 2,36; $p < 0,05$). Hinkle *et al.*,⁸⁰ igualmente, encontraram associação entre a depressão na gravidez e o risco aumentado para a presença de diabetes gestacional (*RR* 1,72 *IC*95% 0,92 – 3.23; $p < 0,05$).

Em consonância com os resultados do presente estudo, o trabalho de Katon *et al.*,⁸¹ não identificou associação entre a depressão durante a gravidez e o diagnóstico de diabetes. Nesse sentido, seriam necessários outros estudos que busquem compreender a associação entre o diagnóstico de depressão na gravidez em pacientes com diagnóstico de diabetes.

Houve igualmente diferença entre os grupos de pacientes com e sem depressão, em relação ao diagnóstico de epilepsia.

A literatura a respeito da epilepsia^{82,83} mostra que crises epiléticas e a sua imprevisibilidade causam elevado impacto em todos os aspectos da vida do paciente, na qualidade de vida e nos relacionamentos sociais, o que pode, em

algum nível, favorecer o aparecimento de transtornos de humor como a depressão.

Uma revisão de literatura⁸⁴ sobre a depressão em gestantes com epilepsia indicou prevalência entre 16% a 35%, e como fatores de risco associados o diagnóstico prévio de doença psiquiátrica, alta frequência de crises e uso de politerapia com drogas antiepilépticas.

Em estudo realizado com gestantes com objetivo de investigar a associação entre o diagnóstico de epilepsia e os sintomas de depressão na gestação e logo após o parto Bjok *et al.*,⁸⁵ identificaram que mulheres com epilepsia apresentaram maior prevalência de depressão do que as mulheres sem epilepsia ($p < 0,001$).

No entanto, novas pesquisas seriam necessárias no intuito de compreender tal associação, considerando variáveis importantes como, por exemplo, o tempo de diagnóstico da epilepsia, a frequência das crises e o tratamento medicamentoso em curso.

Os achados do presente estudo estabelecem associação da presença de depressão com dois resultados de parto e nascimento: o peso do RN e Apgar < 7 no primeiro minuto.

A associação do peso do RN com a presença de depressão corrobora os dados do estudo de Kim *et al.*,¹². Em ambos os estudos, investigou-se a presença de depressão em gestantes de baixo e alto risco e em diferentes idades gestacionais; no entanto, o instrumento utilizado para avaliação da depressão no estudo norte-americano foi o EPDS. O trabalho de Neggers⁶⁵ identificou

associação entre o diagnóstico de depressão, avaliado por meio da escala sintomatológica de avaliação do estado psicossocial de 28 itens, e o peso do RN em uma amostra de gestantes de alto risco.

Igualmente, o estudo brasileiro realizado por Thiengo *et al.*,¹¹ investigou a associação entre a depressão na gravidez e resultados perinatais. Os autores indicaram que estavam estatisticamente associados à presença de sintomas depressivos o uso abusivo de álcool na gestação, a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Outros estudos^{18,86} no entanto, não identificaram associação entre a depressão na gravidez e o peso do RN. Gawlik *et al.*,⁶⁷ não encontraram associação entre a depressão na gravidez com o parto prematuro e com o baixo peso ao nascer. Neste caso, o estudo apresenta como particularidade a quantidade de participantes, as características sociodemográficas específicas (altos índices de escolaridade) e que se tratou de um estudo somente com gestantes saudáveis de baixo risco.

Utilizando o mesmo instrumento para identificação dos sintomas depressivos que o do presente estudo, Andersson *et al.*,⁵⁰ não observaram associação entre depressão, peso ao nascer, RN PIG e prematuridade. No entanto, os autores indicam que os resultados se referem a pacientes suecas que contam com serviço de saúde bem estabelecido e saudáveis e, por isso, os resultados devem ser analisados com cautela, quando comparados com outras realidades sociais e de contextos em saúde.

Uma revisão sistemática com meta-análise⁸⁷ analisou 29 artigos que avaliaram a presença de depressão na gestação e a associação com resultados adversos de nascimento. Foram identificados 11 estudos que avaliaram a associação entre a depressão e o peso do RN, entre os quais cinco confirmaram tal associação. Foi possível verificar que a depressão é significativamente associada ao baixo peso no nascimento.

No presente estudo, as mulheres que foram diagnosticadas com depressão durante a gravidez tiveram 2,96 vezes maior chance de ter um recém-nascido com Apgar < 7 no primeiro minuto do que mulheres sem depressão.

Räisänen *et al.*,¹⁵ identificaram dados semelhantes, com associação entre o índice de Apgar<7 e depressão maior no período gestacional (OR 2,13, IC95% 1,79 – 2,54). No entanto, diferentemente do presente estudo, os autores apresentaram tal associação com relação ao 5º minuto após o nascimento o que não possibilita comparação direta entre os resultados.

Da mesma forma, Smorti, *et al.*,⁶⁴ indicaram associação da depressão materna durante a gestação e os impactos no bem-estar do recém-nascido com menores valores no índice de Apgar, sem no entanto, especificar se no 1º, 5º ou 10º minuto.

Foram localizados estudos que analisaram ambos os resultados de parto e nascimento: peso do RN e Apgar <7 no primeiro minuto.

Choi *et al.*,¹⁴ avaliaram as possíveis associações entre os sintomas de depressão na gestação e variáveis de parto e nascimento, incluindo o peso do

RN e o Apgar < 7 no primeiro minuto e não encontraram diferença entre os grupos de pacientes com e sem sintomas de depressão.

No entanto, um aspecto que merece atenção é que foi utilizada uma escala sintomatológica e de autorrelato para detecção da depressão, e os autores referem que, por esse motivo, os dados de prevalência podem estar subestimados, justificando a não associação com os dados de parto e nascimento.

Flynn *et al.*,⁸⁸ analisaram o efeito da presença de psicopatologias como a depressão e a ansiedade sobre os desfechos de parto e nascimento e identificaram associação entre a presença de sintomas depressivos com o peso do RN, no entanto, não houve associação estatística significativa da depressão com o Apgar < 7 no primeiro minuto. Entre os resultados, é relevante ressaltar que o estudo também encontrou associação entre as variáveis de psicopatologia e de saúde materna e piores resultados perinatais quando foram analisadas de forma conjunta indicando que, uma das possíveis explicações para as divergências entre os resultados sobre a associação da depressão com desfechos de parto e nascimento está na complexidade do fenômeno e como as variáveis podem estar associadas entre si.

O estudo de Benute *et al.*,¹³ analisou igualmente a associação entre a depressão em gestantes com o peso do RN e Apgar < 7 no primeiro minuto sem identificar associação estatística significativa entre eles. O que pode estar relacionado com os dados de frequência consideravelmente baixos contribuindo com a não associação.

O tamanho da amostra avaliada e a sua heterogeneidade podem influenciar nos resultados de prevalência de depressão entre os estudos. No presente estudo e no de Benute *et al.*,¹³ embora tenham sido avaliadas gestantes de baixo e alto risco, o grupo de mulheres com doenças associadas a gestação não foi controlado quanto ao tipo de doença e a representatividade de cada uma delas, tendo como base o percentual de pacientes atendidas no serviço do Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, o que pode ser um fator importante ao considerar a diferença entre os resultados.

Foram propostas algumas hipóteses que fundamentam a associação entre a depressão no período gestacional e os resultados de parto e nascimento.

Entre as hipóteses neurofisiológicas da associação entre a depressão e os desfechos menos favoráveis de parto e nascimento, a diminuição do peso do RN ocorreria devido a liberação de hormônios do estresse como o cortisol, mediado pelo eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenocortical, que age diretamente na quebra de proteínas, gorduras e promove aumento nos níveis de glicose no sangue.

As hipóteses comportamentais relacionadas com a depressão procuram investigar a associação entre mulheres deprimidas com a maior propensão para o abuso de substâncias psicoativas como álcool e tabaco.

Além disso, alguns sintomas da depressão como a alteração do apetite, podem influenciar a ingestão de macro e micronutrientes impactando tanto o peso materno como o desenvolvimento fetal.⁸⁹

Como contribuição psicológica para o campo da assistência às mulheres durante o período gestacional, os resultados do presente estudo sugerem que são elevados os índices de depressão entre as gestantes e que a presença de depressão na gravidez pode estar associada a desfechos desfavoráveis de parto e nascimento.

Estes resultados indicam a importância da avaliação psicológica e do rastreio dos sintomas depressivos durante o acompanhamento pré-natal como possibilidade de detecção e intervenção precoce que diminuam tais riscos e favoreçam a vivência gestacional.

Algumas das limitações deste estudo envolveram a impossibilidade de investigação de outros fatores de risco apontados pela literatura como associados com a presença de depressão na gestação como, por exemplo eventos de vida estressante, conflitos familiares ou violência doméstica causada por parceiro íntimo e uso abusivo de substâncias psicoativas. Outra limitação é não ter sido considerado o peso das participantes antes da gestação, no início do estudo e o ganho de peso no período gestacional, que são covariáveis importantes ao se analisar o peso do RN.

Além disso, neste estudo, a entrevista para a avaliação da depressão entre as gestantes ocorreu em um único momento da gravidez, não sendo possível identificar se houve melhora ou piora da doença e quantas delas passaram por algum tipo de intervenção psicoterapêutica e/ou com medicamentos antidepressivos antes do parto.

7. Conclusão

A prevalência geral de depressão durante o período gestacional neste estudo foi de 20,66% das pacientes. No grupo de pacientes de baixo risco a prevalência de depressão foi de 21,1% e nas gestantes de alto risco de 20,5%.

A depressão está associada com a diminuição de aproximadamente 180 gramas no peso ao nascer (IC95% -309,128 – -52,622; ($p=0,006$), com o aumento de 2,96 vezes (IC95% 1,675-5,257; $p<0,001$) no risco de Apgar < 7 no 1º minuto.

Os dados de caracterização e de saúde associados a presença de depressão na gestação foram: baixa renda familiar *per capita*, não possuir parceiro; não exercer atividade remunerada; presença de diabetes e presença de epilepsia.

8. Anexos

Anexo A. Comitê de ética HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de depressão e associação com parâmetros obstétricos e resultados perinatais em gestantes

Pesquisador: Gláucia Rosana Guerra Benute

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68144317.2.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.071.209

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo retrospectivo e prospectivo que será desenvolvido na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar a prevalência de depressão entre gestantes;
- Identificar os fatores de risco para depressão no período gestacional;
- Verificar a prevalência de sintomatologia depressiva entre as diferentes doenças associadas à gestação como: Hipertensão arterial crônica, Diabetes Mellitus (pré-gestacional), Cardiopatia, Hipotireoidismo e Hipertireoidismo, Lúpus, Asma;
- Avaliar a associação entre depressão e: parâmetros obstétricos, resultados perinatais, gestação com e sem intercorrências clínicas;
- Verificar a associação entre os resultados perinatais em pacientes com ou sem depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco baixo. Informações coletadas via questionários e análise de prontuários médicos.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

**USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE**

Continuação do Parecer: 2.071.209

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem delineado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos em conformidade. O TCLE está redigido de forma clara e adequada, conforme as Resolução vigente.

Recomendações:

Sugestão: inserir, no TCLE, email da pesquisadora responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821242.pdf	09/05/2017 15:34:45		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_09_05_17.pdf	09/05/2017 15:34:09	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	APROVA_CIAPP_19_04_17.pdf	25/04/2017 16:38:53	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	APROVA_CEP_DOG_19_04_17.pdf	25/04/2017 16:38:24	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Outros	CAPPESQ_19_04_17.pdf	25/04/2017 16:37:35	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/04/2017 16:36:57	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_22_03.doc	25/04/2017 16:36:32	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 2.071.209

Investigador	Projeto_22_03.doc	25/04/2017 16:36:32	Gláucia Rosana Guerra Benute	Aceito
--------------	-------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa - Prevalência de depressão e associação com parâmetros obstétricos e resultados perinatais em gestantes: uma comparação entre gestantes com e sem intercorrências clínicas.

Pesquisador principal - GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE

Departamento/Instituto - Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, pois todas as gestantes que estão realizando o pré-natal na Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP serão convidadas a participar deste estudo. Este estudo tem como objetivo avaliar se você apresenta sintomas de depressão. Se você concordar em participar deste estudo ocorrerá o seguinte: você será entrevistada enquanto aguarda a consulta de pré-natal no Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica. A entrevista será realizada por um psicólogo e será solicitado que você responda algumas questões. Você poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento se assim desejar. Esse estudo tem como benefício direto a possibilidade, de você ser encaminhada, se assim desejar, ao atendimento específico, caso seja constatado depressão. Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dr^a Gláucia Rosana Guerra Benute que pode ser encontrado na Divisão de Psicologia do ICHC_FMUSP, no telefone(s) 2661-6188. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) — Rua Ovídio Pires de Campos, 225 — 5º andar — tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 E-mail: cappelq@hcnnet.uspAg.

Você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu atendimento de saúde de boa qualidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Todos os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa. O único risco deste estudo é que você se sinta cansada em responder os questionários. Caso isso aconteça, será dada uma pausa para o seu descanso.

O presente termo de consentimento é feito em duas vias, uma ficará com a você e o outro com o pesquisador.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “**Prevalência de depressão e associação com parâmetros obstétricos e resultados perinatais em gestantes: uma comparação entre gestantes com e sem intercorrências clínicas.**” Eu discuti as informações com o Pesquisador Responsável Gláucia Rosana Guerra Benute ou com alguém de sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

(Somente para uso do responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:.....
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NOME:
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

Anexo C. Dados sociodemográficos

Protocolo nº. _____

Data: ____/____/____

Identificação:

Nome _____

RGHC _____

Idade: _____

Naturalidade _____

Data de nascimento.: _____

Telefone contato: _____

Escolaridade:

☐ Fundamental Incompleto

☐ Fundamental Completo

☐ Médio Incompleto

☐ Médio Completo

☐ Superior Incompleto

☐ Superior Completo

Estado civil:

☐ casada / amasiada

☐ solteira sem namorado

☐ solteira com namorado

☐ viúva

☐ desquitada / separada divorciada

Tempo de relacionamento com parceiro atual: _____

Ocupação/ Profissão: _____

Renda pessoal: _____

Renda familiar: _____

Quantas pessoas vivem com essa renda? _____

Paciente:

Semanas gestacionais (gestação atual) _____

Número de gestações _____ Número de partos _____ Filhos vivos _____

Quantos partos vaginais? _____ Quantas cesáreas? _____ Fórceps? _____

Complicações nas gestações anteriores? ☐ sim ☐ não

Qual(is)? _____

Abortamentos espontâneos? ☐ sim ☐ não Quantos _____

Abortamentos provocados? ☐ sim ☐ não Quantos _____

Doença materna associada a gestação atual? ☐ sim ☐ não

Qual? _____

Crença de fé? ☐ sim

☐ não

Religião: ☐ católica

☐ espírita/kardecista ☐ não tem religião

☐ evangélica/ crente/ protestante ☐ não respondeu

☐ outras _____

Anexo D. PRIME – MD Módulo de Humor

Depressão Maior		
Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?	Sim	Não
2. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia?	Sim	Não
3. Pouco apetite ou comendo demais?	Sim	Não
4. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentindo-se “para baixo”, deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo -- ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família “para baixo”?	Sim	Não
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar o mais inquieto ou irrequieto do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto - movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se sim, (anote abaixo): Fale-me à respeito.	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	Sim	Não
10A. Quando esses sintomas começaram?	Dia/mês/ano	
10B. Classifique o episódio atual em: - Leve: poucos sintomas (se existem) a mais que os necessários para o diagnóstico e os sintomas resultam, apenas, em pequeno comprometimento no funcionamento ocupacional ou com atividades habituais ou relacionamentos com outros. - Moderado: sintomas de comprometimento funcional entre “leves e severos” - Severo: diversos sintomas excedendo aqueles necessários para o diagnóstico e os sintomas interferem acentuadamente com o funcionamento ocupacional ou com atividades habituais ou relacionamentos com outros.	Leve Moderado Severo	

Anexo E. Banco de Dados de Resultados Perinatais

Nome: _____

Registro do Hospital: _____ Tel.: () _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Data do parto: ____/____/____

1) Índice de Apgar no nascimento:

1' _____ 5' _____ 10' _____

2) Peso ao nascer: _____

3) Sexo do bebê: () Masculino () Feminino

4) Gravidez: () Única () Múltipla

5) Idade gestacional: _____ (semanas)

6) Adequação do peso ao nascer:

() Pequeno para a Idade Gestacional (PIG)

() Adequado para a Idade Gestacional (AIG)

() Grande para a Idade Gestacional (GIG)

7) Parto: () HC () Fora do HC Local: _____

8) Tipo de parto: () Cesárea () Vaginal () Fórcepe () Outro _____

9) Presença de acompanhante no momento do parto: () Sim () Não

Quem? _____

10) Intercorrência obstétrica na ocasião da internação para o parto:

() Pré-eclâmpsia () Hipertensão arterial () Diabetes gestacional () Não

() Outra _____

9. Referências Bibliográficas

1. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB de, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015;20:2091–103.
2. Rennó Jr. J, Ribeiro HL. Depressão na gestação e no pós-parto. In: *Tratado de saúde mental da mulher*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 432.
3. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol em Estud*. 2008;13:63–72.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. Brasília; 2012.
5. Rennó Jr. J, Demarque R, Lobo HR, Cavalsan JP, Silva AG. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. *Debates em Psiquiatr*. 2012;2:6–11.
6. Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. *Depression: A Global Public Health Concern*. 2012.
7. Psychiatric Association A. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição*.
8. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord*. 2015;175:18–24.
9. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga MV, Tirado-Otálvaro AF. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol*.

2015;66:94.

10. Pacheco APL. Depressão materna na gravidez: efeitos no desenvolvimento fetal e neonatal [Tese de doutoramento em Psicologia, Área de especialização - Psicologia Clínica]. Braga, Portugal - Universidade do Minho; 2012.
11. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JF de C, Cavalcanti MT, Lovisi GM. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. *J Bras Psiquiatr.* 2012;61:214–20.
12. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16:475–82.
13. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Fraguas Junior R, Lucia MCS de, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65:1127–31.
14. Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC. Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women. *J Res Med Sci.* 2014;19:807–12.
15. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open.* 2014;4:e004883.
16. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, *et al.*, Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:826.
17. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, *et al.*, Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;76:433–46.

18. Liu Y, Zhuo L, Zhu B, He M-Y, Xu Y, Wang T-T, *et al.*, [Association between depression during pregnancy and low birth weight in neonates: a Meta analysis]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2017;19:994–8.
19. Lima LB V. Depressão infantil, compreensão de leitura e escrita: um estudo com criança do ensino fundamental. (Dissertação de Mestrado). Universidade São Francisco; 2012.
20. Teixeira MAR. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Rev Psicol da UNESP*. 2005;4:41–56.
21. Teixeira MAR. Melancolia e depressão'. *Rev Psicol da Unesp*; v 4 n 1. 2018;
22. Messias CR. Sintomatologia depressiva e associações com dor crônica, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. Universidade São Francisco; 2014.
23. Delouya D. Depressão. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. 102 p.
24. Lima NRS. Suporte social e ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão [Dissertação - Área de concentração - Avaliação Psicológica]. Itatiba, Brasil - Universidade São Francisco; 2016.
25. Cremasco G da S. Escala Baptista de depressão versão Hospital-Ambulatório (EBADEP-HOSP-AMB): estudos psicométricos com pacientes renais crônicos [Dissertação - Área de concentração - Avaliação Psicológica]. Campinas, Brasil - Universidade São Francisco; 2017.
26. World Health Organization. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
27. Leite C de A. Estudos preliminares da escala de depressão infanto-juvenil [Dissertação]. Itatiba, Brasil - Universidade São Francisco; 2011.
28. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders

- Global Health Estimates [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
29. Lafer B, Vallada Filho HP. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:12–7.
 30. Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª. São Paulo: Artmed; 2008. 307-313 p.
 31. Fonseca-Machado M de O, Alves LC, Haas VJ, Mnteiro JC dos S, Gomes-Sponhoz F. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37:258–64.
 32. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia / Depresija In Anksioznost Pri Ženskah Med Nosečnostjo V Sloveniji. *Slov J Public Heal.* 2015;54:45–50.
 33. WHO | World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. WHO. World Health Organization; 2017.
 34. Andrade LHS de, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2006;33:43–54.
 35. Rennó Jr. J, Ribeiro HL. Aspectos gerais da saúde mental da mulher. In: *Tratado de saúde mental da mulher.* 1ª. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 432.
 36. Rennó Jr. J, Demarque R, Ribeiro HL, Cavalsan JP. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. *Debates em Psiquiatr.* 2012;2:6–11.
 37. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília; 2006.

38. PNS-Pesquisa Nacional de Saúde 2013 Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, grandes regiões e unidades da federação- Volume 1. Brasília; 2013.
39. Razzouk D, Alvarez CE, Mari JJ. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: de Lacerda ALT, Quarantini L de C, editors. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. 1ª. Artmed; 2008. p. 27–37.
40. Lima M de OP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta Paul Enferm. 2017;30:39–46.
41. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I, *et al.*, Prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:5.
42. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, *et al.*, Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA psychiatry. 2013;70:490–8.
43. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86–92.
44. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2008;35:144–53.
45. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal Depression Strongly Predicts Postnatal Depression in Primary Health Care. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:446–50.
46. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I, *et al.*, A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:5.
47. Zhao Y, Munro-Kramer ML, Shi S, Wang J, Zhu X. A longitudinal study of perinatal

- depression among Chinese high-risk pregnant women. *Women and Birth*. 2018;
48. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:629–34.
 49. Fellmeth G, Plugge EH, Carrara V, Fazel M, Oo MM, Phichitphadungtham Y, *et al.*, Migrant perinatal depression study: a prospective cohort study of perinatal depression on the Thai-Myanmar border. *BMJ Open*. 2018;8:e017129.
 50. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*. 2004;159:872–81.
 51. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 757: Committee on Obstetric Practice: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2018;132:208–12.
 52. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman Clinical Guideline Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. 2008.
 53. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, *et al.*, Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018;18:49.
 54. Alqahtani A, Al-Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki H, Al Qahtani N. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *Int J Womens Health*. 2018;Volume 10:101–8.
 55. Redinger S, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis*. 2018;9:30–40.

56. Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, Underwood L, Pryor JE, Carr PA, *et al.*, Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. *J Affect Disord.* 2015;186:66–73.
57. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:148–54.
58. Dagklis T, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D, Athanasiadis A, *et al.*, Antenatal depression among women hospitalized due to threatened preterm labor in a high-risk pregnancy unit in Greece. *J Matern Neonatal Med.* 2018;31:919–25.
59. Molina KM, Kiely M. Understanding Depressive Symptoms among High-Risk, Pregnant, African-American Women. *Women's Heal Issues.* 2011;21:293–303.
60. Juhas TR, Benute GRG, De Lucia MCS, Francisco RPV. Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *Med Express.* 2014;1:87–90.
61. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:25–35.
62. Lefkovich E, Baji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Ment Health J.* 2014;35:354–65.
63. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, *et al.*, Prenatal Depression, Prenatal Anxiety, and Spontaneous Preterm Birth: A Prospective Cohort Study Among Women With Early and Regular Care. *Psychosom Med.* 2006;68:938–46.
64. Smorti M, Ponti L, Tani F. Maternal depressive symptomatology during pregnancy is a risk factor affecting newborn's health: a longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol.* 2019;1–9.

65. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:277–85.
66. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis C-L, Koren G, *et al.*, The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:e321–41.
67. Gawlik S, Waldeier L, Müller M, Szabo A, Sohn C, Reck C. Subclinical depressive symptoms during pregnancy and birth outcome—a pilot study in a healthy German sample. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16:93–100.
68. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy F V, Hahn SR, *et al.*, Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA.* 1994;272:1749–56.
69. Fraguas Jr R, Henriques Jr SG, De Lucia MS, Isifescu D V., Schwartz FH, Menezes PR, *et al.*, The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *J Affect Disord.* 2006;91:11–7.
70. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr.* 2013;13:59.
71. King NMA, Chambers J, O'Donnell K, Jayaweera SR, Williamson C, Glover VA. Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13:339–45.
72. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:698–709.
73. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Women's Heal.* 2003;12:373–80.

74. Lucía del Carmen Quezada Berumen MTGRR. Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. *Summa Psicológica UST*, ISSN 0718-0446, Vol 8, Nº 2, 2011, págs 31-38. 2011;8:31–8.
75. Karen Rodríguez-Baeza A, De Jesús May-Novelo L, Carrillo-Basulto MB, Rosado-Alcocer LM. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25:181–9.
76. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD Contínua. 2018.
77. Rondón JE, Cardozo I, Lacasella R. The influence of depression, communication styles and treatment adherence on glucose levels in diabetics.
78. Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. Reed P, editor. *PLoS One*. 2018;13:e0188365.
79. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association Between Diabetes and Perinatal Depression Among Low-Income Mothers. *JAMA*. 2009;301:842.
80. Hinkle SN, Buck Louis GM, Rawal S, Zhu Y, Albert PS, Zhang C. A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*. 2016;59:2594–602.
81. Katon JG, Russo J, Gavin AR, Melville JL, Katon WJ. Diabetes and Depression in Pregnancy: Is There an Association? *J Women's Heal*. 2011;20:983–9.
82. Keikelame MJ, Suliaman T, Hendriksz M, Swartz L. Psychosocial challenges affecting the quality of life in adults with epilepsy and their carers in Africa: A review of published evidence between 1994 and 2014. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2017;9:5.
83. Quintas R, Raggi A, Giovannetti AM, Pagani M, Sabariego C, Cieza A, *et al.*, Psychosocial difficulties in people with epilepsy: a systematic review of literature

- from 2005 until 2010. *Epilepsy Behav.* 2012;25:60–7.
84. H. Bjørk M, Veiby G, A. Engelsen B, Gilhus NE. Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy: A review of frequency, risks and recommendations for treatment. *Seizure.* 2015;28:39–45.
 85. Bjørk MH, Veiby G, Reiter SC, Berle JØ, Daltveit AK, Spigset O, *et al.*, Depression and anxiety in women with epilepsy during pregnancy and after delivery: A prospective population-based cohort study on frequency, risk factors, medication, and prognosis. *Epilepsia.* 2015;56:28–39.
 86. Yang S, Yang R, Liang S, Wang J, Weaver NL, Hu K, *et al.*, Symptoms of anxiety and depression during pregnancy and their association with low birth weight in Chinese women: a nested case control study. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20:283–90.
 87. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:1012.
 88. Flynn HA, McBride N, Cely A, Wang Y, DeCesare J. Relationship of prenatal depression and comorbidities to infant outcomes. *CNS Spectr.* 2015;20:20–8.
 89. Saeed A, Raana T, Saeed AM, Humayun A. Effect of antenatal depression on maternal dietary intake and neonatal outcome: a prospective cohort. *Nutr J.* 2015;15:64.