MARIANA GONÇALVES REBELLO

**Avaliação de depressão, estresse, apoio social e
autoestima em gestantes com suspeita de restrição do
crescimento fetal**

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Dr^a Gláucia Rosana Guerra
Benute

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Bernardino** e **Fernanda**,
pelo apoio à minha jornada.

À minha irmã **Beatriz**, pelo incentivo
em todos os momentos.

Ao meu namorado **Thiago**, pelo
incentivo para continuar.

AGRADECIMENTOS

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

À **Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute**, minha orientadora, pela oportunidade e aprendizado.

Ao **Prof. Dr. Silvio Martinelli** pela oportunidade, apoio e aprendizado.

À **Solimar Ferrari** pela oportunidade de iniciar um trabalho acadêmico nesta casa.

À **Profa. Dra. Rossana Pulcineli Vieira Francisco** pelo incentivo à pesquisa e pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **Profa. Dra. Lisandra Stein Bernardes**, pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

Ao **Prof. Dr. Rodrigo Fernando Pereira** pelo apoio e pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À amiga **Fabiana Chaves Maia** pelo apoio, companheirismo e amizade muito além do ambiente acadêmico.

À **Ágatha Rodrigues** pelo auxílio em estatística.

A todos os colegas da Clínica Obstétrica da FMUSP que contribuíram para a minha formação científica.

Aos meus pais, **Bernardino e Fernanda**, minha irmã, **Beatriz**, e meu namorado, **Thiago**, por me apoiarem na minha jornada, me acolherem nos momentos de angústia e me incentivarem a continuar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – **FAPESP**, pelo auxílio financeiro para a execução deste trabalho e pelo aval científico que esse apoio representa.

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

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

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

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas, símbolos e siglas

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Summary

DEDICATÓRIA.....	2
AGRADECIMENTOS	3
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
3 REVISÃO DE LITERATURA	4
3.1 DEPRESSÃO	4
3.1.1 Definição	4
3.1.2 Depressão e Gestação	6
3.2.4 Depressão e Diagnóstico de RCF	9
3.3 ESTRESSE	11
3.3.1 Definição	11
3.3.3 Estresse e Gestação.....	12
3.3.4 Estresse e Diagnóstico de RCF	14
3.4 APOIO SOCIAL.....	16
3.4.1 Definição	16
3.4.2 Apoio social e Gestação.....	17
3.5 AUTOESTIMA	19
3.5.1 Definição	19
3.5.2 Autoestima e Gestação	21
4 MÉTODO.....	23
4.1 Casuística	23
4.2 Critérios de inclusão	23
4.4 Cálculo do tamanho amostral	24
4.5 Instrumentos	25
4.6 Procedimentos	27
4.7 Análise dos dados	27

5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÃO.....	53
8 ANEXOS	54
8.1 Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
8.2 Anexo B - Dados Sociodemográficos.....	56
8.3 Anexo C - PRIME-MD Módulo de Humor	57
8.4 Anexo D - Prenatal Psychosocial Profile.....	58
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª ed.
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª ed.
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
EUA	Estados Unidos da América
EVE(s)	Evento(s) de vida estressante(s)
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
MPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PPP	<i>Prenatal Psychosocial Profile</i>
PRAMS	<i>Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i>
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
RCF	Restrição do crescimento fetal
RN	Recém-nascido
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva ou diagnóstico de depressão maior em gestantes sem intercorrências clínicas de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada.....	8
Tabela 2 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva ou diagnóstico de depressão maior em gestantes de alto risco de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada.....	9
Tabela 3 – Descrição dos estudos que investigaram a associação entre depressão e suspeita de restrição do crescimento fetal de acordo com país, n, o que foi investigado e conclusão	10
Tabela 4 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de estresse entre gestantes de alto risco de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada.....	13
Tabela 5 – Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mínimo e máximo dos dados sociodemográficos e a associação entre suspeita de restrição do crescimento fetal e ausência de intercorrências clínicas	29
Tabela 6 – Distribuição dos dados de acordo com aspectos sociodemográficos e associação com suspeita de restrição do crescimento fetal e ausência de intercorrências clínicas.....	31
Tabela 7 – Distribuição dos dados de acordo com complicações em gestações anteriores e presença de abortamento e associação com suspeita de restrição do crescimento fetal e ausência de intercorrências clínicas.....	32
Tabela 8 – Distribuição dos dados de acordo com o diagnóstico de depressão e a suspeita de restrição do crescimento fetal e ausência de intercorrências clínicas	32
Tabela 9 – Distribuição dos dados de acordo com estresse, apoio do companheiro, apoio de outras pessoas e autoestima e associação com suspeita de restrição do crescimento fetal e ausência de intercorrências clínicas	33
Tabela 10 – Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mínimo e máximo dos dados sociodemográficos e a associação entre gestantes com suspeita de RCF e depressão, gestantes com suspeita de RCF e sem depressão, gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão e gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão	34
Tabela 11 – Distribuição dos dados de acordo com aspectos sociodemográficos e associação entre gestantes com suspeita de RCF e depressão, gestantes com suspeita de RCF e sem depressão, gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão e gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão	35

Tabela 12 – Distribuição dos dados de acordo com complicações em gestações anteriores e presença de abortamento e associação com gestantes com suspeita de RCF e depressão, gestantes com suspeita de RCF e sem depressão, gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão e gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão 36

Tabela 13 – Comparação dos escores da escala Prenatal Psychosocial Profile de acordo com os grupos gestantes com suspeita de RCF e depressão, gestantes com suspeita de RCF e sem depressão, gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão e gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão 37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de estresse para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D	38
Figura 2 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de apoio do companheiro para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D	39
Figura 3 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de autoestima para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D	40

Resumo

Rebello MG. Avaliação de depressão, estresse, apoio social e autoestima em gestantes com suspeita de restrição do crescimento fetal [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Introdução: A restrição de crescimento fetal (RCF) é a condição na qual o peso fetal encontra-se abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Essa condição caracteriza a gestação como de alto risco e constitui causa de morbidade e mortalidade perinatal. Além de fatores biológicos fetais, maternos e placentários, a RCF é influenciada por fatores psicossociais como depressão e estresse. Esse estudo tem como objetivo comparar gestantes com suspeita de RCF e gestantes sem intercorrências clínicas em relação à depressão, estresse, apoio social e autoestima. **Método:** Estudo transversal realizado com 79 gestantes com suspeita de RCF, atendidas no Ambulatório de Baixo Peso Fetal da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP e 92 gestantes do Pré-Natal de baixo risco, com fetos de crescimento normal. O PRIME-MD foi utilizado para avaliar depressão e a PPP para avaliação de estresse, apoio social e autoestima. Análise quantitativa foi realizada por meio do teste t ou teste não paramétrico de Mann-Whitney e para comparação de mais de dois grupos foi considerado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O teste de Dunn com correção dos valores p foi utilizado para comparações 2 a 2. Os testes qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher foram utilizados para análise das variáveis qualitativas. **Resultados:** Neste estudo, as gestantes com suspeita de RCF apresentaram média de idade de 25,89(DP=6,11), média de idade gestacional de 33,33(DP=3,36) e média de números de gestação de 1,92(DP=1,22). As gestantes sem intercorrências clínicas apresentaram médias 27,27(DP=5,90), 32,55(DP=4,01) e 1,83(DP=0,93), respectivamente. Constatou-se diagnóstico de depressão entre 17,7% das gestantes com suspeita de RCF e 16,3% das gestantes sem intercorrências clínicas. Quanto ao estresse, apoio do companheiro, apoio de outras pessoas e autoestima, entre as gestantes com suspeita de RCF, foram constatados os escores médios de 18,27(DP=5,50), 55,15(DP=13,76), 53,77(DP=13,27) e 32,70(DP=4,60). Já entre as gestantes sem intercorrências clínicas, os escores médios foram 19,72(DP=5,16), 55,70(DP=11,37), 51,33(DP=13,26) e 34,22(DP=4,85), respectivamente. Na associação entre os grupos com suspeita de RCF e depressão(RCF+D) e com suspeita RCF sem depressão(RCF-D) foi verificada significância estatística entre estresse ($p<0,01$) e autoestima ($p<0,01$). Entre os grupos sem intercorrências e com depressão(BR+D) e sem intercorrências e sem depressão(BR-D) foi verificada significância estatística entre estresse ($p=0,04$) e autoestima ($p<0,01$). Entre os grupos RCF+D e BR-D foi constatada significância estatística entre autoestima ($p<0,01$). Entre os grupos BR+D e RCF-D foi encontrada significância estatística entre autoestima ($p=0,03$). Não foram verificadas diferenças estatísticas quanto ao estresse entre os grupos RCF+D e BR+D, RCF-D e BR-D, e BR-D e RCF+D e quanto à autoestima entre os grupos RCF+D e BR+D, e RCF-D e BR-D. Nenhum dos grupos estudados apresentou diferença estatística quanto aos escores de apoio do companheiro e de outras pessoas.

Conclusão: Neste estudo, a presença de depressão durante a gestação mostrou-se associada à maior escore de estresse e menor escore de autoestima, tanto entre gestantes com suspeita de RCF como entre aquelas sem intercorrências clínicas.

Descritores: restrição do crescimento fetal; gestação; depressão; estresse psicológico; apoio social; autoestima.

Summary

Rebello MG. Evaluation of depression, stress, social support and self-esteem in pregnant woman with suspected fetal growth restriction [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introduction: Fetal Growth Restriction (FGR) is the condition in which fetal weight is below the 10th percentile for gestational age. This condition characterizes a high-risk pregnancy and is an important cause of perinatal morbidity and mortality. In addition to biological fetal, maternal and placental factors, the FGR is influenced by psychosocial factors such as depression and stress. This study aims to compare pregnant woman with suspected FGR and pregnant woman without clinical intercurrents in relation to depression, stress, social support and self-esteem. **Methods:** Cross-sectional study with 79 pregnant women with suspected FGR, met at the Low Fetal Weight Clinic of the Obstetric Clinic of HC-FMUSP and 92 pregnant women with low-risk prenatal with fetuses with normal growth. PRIME-MD was used to evaluate depression and PPP for stress assessment, social support and self-esteem. Quantitative analysis was performed using the t-test or non-parametric Mann-Whitney test and for comparison of more than two groups was considered the nonparametric Kruskal-Wallis test. The Dunn test, with corrected p values, was used for 2 on 2 comparisons. The Pearson's chi-square tests or Fisher's exact tests were used for qualitative data analysis. **Results:** In the present study, pregnant women with a suspicion of FGR had a mean age of 25.89 (SD=6.11), mean gestational age of 33.33 weeks (SD=3.36 weeks) and average gestation numbers of 1.92 (SD=1.22). The pregnant woman without clinical intercurrents presented averages 27,27 (SD=5.90), 32.55 (SD=4.01) and 1.83 (SD=0.93), respectively. A diagnosis of depression was found among 17.7% of pregnant women with suspected FGR and 16.3% of pregnant women without clinical intercurrents. As for stress, peer support, support from other people and self-esteem was found among pregnant women with suspected FGR mean scores of 18.27 (SD=5.50), 55.15 (SD=13.76), 53.77 (SD=13.27) and 32.70 (SD=4.60). Among the pregnant women without clinical intercurrents, the mean scores were 19.72 (SD=5.16), 55.70 (SD=11.37), 51.33 (SD = 13.26) and 34.22 (SD = 4.85), respectively. The statistical significance of stress ($p < 0.01$) and self-esteem ($p < 0.01$) were found in the association between the groups with suspected FGR and depression (RCF+D) and with suspected FGR without depression (RCF-D). Among the groups without intercurrents and with depression (BR+D) and without intercurrents and without depression (BR-D), statistical significance was observed between stress ($p=0.04$) and self-esteem ($p<0.01$). Among the RCF+D and BR-D groups, statistical significance was found between self-esteem ($p<0.01$). Among the BR + D and RCF-D groups, statistical significance was found between self-esteem ($p=0.03$). Statistical differences were not found for stress among the RCF+D and BR+D, RCF-D and BR-D, and BR-D and RCF+D groups, and for self-esteem between the RCF+D and BR+D groups, And RCF-D and BR-D. None of the groups studied presented statistical difference regarding the support scores of the companion and the support of other people. **Conclusions:** In this study, the presence of depression during pregnancy was associated with a higher stress score and lower self-esteem

score both among pregnant women with FGR suspicion and among pregnant women without clinical intercurrents.

Keywords: fetal growth restriction; gestation; depression; stress, psychological; social support; self concept.

1 INTRODUÇÃO

A Restrição de crescimento fetal (RCF) é caracterizada pela redução do crescimento fetal ao longo da gestação sendo importante causa de morbidade e mortalidade perinatal¹.

A suspeita do diagnóstico acomete entre 12 e 20,15% das gestantes^{2,3} e ocorre quando o peso fetal, medido pela ultrassonografia, for inferior ao percentil 10 para a idade gestacional¹. A confirmação do diagnóstico é feita após o nascimento. Dos fetos pequenos, entre 40% e 75% dos casos, são constitucionais, ou seja, embora encontrem-se abaixo do limite de referência não irão apresentar complicações¹.

A presença de RCF é influenciada por fatores fetais e maternos. Entre os fatores fetais, estão condições como alterações genéticas e infecções congênitas¹. Já entre os fatores maternos, encontram-se doenças, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, vícios como tabagismo e uso de drogas¹. A RCF também pode estar associada a fatores psicossociais.

Na literatura, são encontrados alguns estudos que avaliaram a relação entre o diagnóstico de RCF e a presença de depressão^{4,5} e estresse^{6,7}. Os resultados encontrados, entretanto, foram divergentes não havendo consenso quanto à associação desses fatores.

Entre as gestações sem intercorrências clínicas, alguns estudos^{8,9} apontam para uma possível relação entre depressão, estresse, apoio social e autoestima; e maior depressão e maior estresse caminhariam juntos com menor apoio social e menor autoestima.

A Análise do Comportamento, a abordagem teórica da psicologia que busca explicar o comportamento dos indivíduos por meio das relações entre o organismo e o ambiente¹⁰, foi utilizada neste estudo para a compreensão das variáveis estudadas.

A RCF é uma importante causa de morbidade e mortalidade perinatal, merecendo, assim, estudos que investiguem melhor essa condição e sua relação com as vivências da gestante. Deste modo, este estudo tem a finalidade de verificar a associação da RCF com variáveis psíquicas, visando a promover intervenções que possibilitem melhor assistência às gestantes com essa condição. Assim, o presente estudo assume importância dada à complexidade da relação entre a suspeita de RCF e depressão, estresse, apoio social e autoestima. Além disso, a conduta clínica da RCF pode ser refinada com novas evidências sobre a associação entre esse diagnóstico e as variáveis estudadas.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivos:

- Identificar a presença de depressão, estresse, apoio social e autoestima entre gestantes sem intercorrências clínicas;
- Avaliar a presença de depressão, estresse, apoio social e autoestima entre gestantes com suspeita de RCF;
- Verificar a associação entre depressão, estresse, apoio social e autoestima entre gestantes sem intercorrências clínicas e gestantes com suspeita de RCF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPRESSÃO

3.1.1 Definição

A depressão é um transtorno multifatorial que afeta cerca de 350 milhões de pessoas ao redor do mundo¹¹, sendo a prevalência do quadro 50% maior entre mulheres que entre homens¹². No Brasil¹³, 11,2 milhões de pessoas referem diagnóstico de depressão, sendo a prevalência 10,9% entre mulheres e 3,9% entre homens.

Na classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (5ª edição)¹⁴ (DSM-5), a depressão é considerada um transtorno caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, como mudanças no pensamento e na forma como o indivíduo percebe o mundo e a si mesmo¹⁴. Estas características afetam significativamente a capacidade de funcionamento físico, cognitivo e emocional do indivíduo¹⁴.

Entre os tipos de depressão descritos pelo DSM-5¹⁴, encontra-se o episódio depressivo maior, foco do presente estudo. Conforme o Manual¹⁴, a principal característica do episódio depressivo maior é a presença de humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período de, pelo menos, 2 semanas. Além desse critério, para a confirmação do diagnóstico, é necessário que o indivíduo apresente, pelo menos, outros quatro sintomas, que incluem: alterações de

peso, sono ou concentração; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, ou planos e tentativas de suicídio¹⁴.

A origem e manutenção da sintomatologia depressiva tem como fatores de risco, tanto aspectos biológicos como comportamentais, sociais e familiares¹⁵. Na perspectiva comportamental, o quadro depressivo é caracterizado por baixa frequência de comportamentos em geral e aumento da frequência de comportamentos com função de fuga e esquiva¹⁶.

O estado depressivo pode ser desencadeado por três configurações ambientais, que podem ocorrer de forma concomitante.

Na primeira delas, o indivíduo perde uma fonte importante de reforçador - como o que ocorre, por exemplo, em uma perda gestacional, tal como abortamento ou óbito fetal. Sem essa fonte, o repertório comportamental do indivíduo passa a ser menos eficaz, recebendo menos reforços positivos, o que por consequência diminui a frequência geral de comportamentos emitidos¹⁶.

Na segunda configuração, o indivíduo encontra-se vivendo em um ambiente em que há muitas contingências de reforço negativo, com limitado acesso a reforços positivos, e todo seu repertório comportamental está voltado para esquiva ou fuga dos estímulos aversivos¹⁶. Um exemplo dessa situação é a preocupação financeira decorrente de novos gastos com a chegada do bebê ou uma gestação não desejada.

Na terceira configuração o indivíduo não pode controlar seu ambiente por meio de seu comportamento. Ele não consegue evitar os estímulos

aversivos e é punido, além de também não ter oportunidades de ser reforçado positivamente¹⁷. Esta configuração é chamada de desamparo aprendido e tem como exemplo a malformação fetal.

Quando a pessoa está nesse quadro depressivo, possivelmente, por questões biológicas não estabelecidas, as situações que antes eram fontes de reforço positivo perdem seu valor reforçador, e a pessoa não se sente mais motivada a agir¹⁷. Assim, ela é menos reforçada positivamente e a frequência de seus comportamentos diminui. Com isso, as situações vão ficando cada vez mais aversivas, aumentando a frequência de comportamentos com função de fuga e esquiva.

No contexto de fuga e esquiva, a reclamação, o choro e a irritabilidade são algumas das poucas respostas que o indivíduo ainda consegue emitir, seja por ganhos secundários de contato social, seja por estar reproduzindo um comportamento que, no passado, produziu a remoção de estímulos aversivos, mas, que nesse momento não está obtendo a mesma consequência¹⁶.

3.1.2 Depressão e Gestação

A investigação de possível quadro depressivo durante a gestação é recomendada pelas principais associações internacionais de obstetras e ginecologistas, como o American College of Obstetricians and Gynecologists¹⁸ (ACOG) e o Royal College of Obstetricians and Gynecologists¹⁹. O último recomenda ainda que a investigação de depressão seja feita desde a primeira consulta pré-natal.

Não há concordância entre os estudos quanto à prevalência da depressão durante a gestação, variando entre 9% e 26,34%^{20,21} entre as gestantes sem intercorrências clínicas e 9% e 44%^{22,23} entre as gestantes de alto-risco.

Os estudos que versam sobre depressão entre gestantes sem intercorrências clínicas, utilizaram instrumentos que permitem compreender a presença de sintomatologia depressiva, condição em que a gestante apresenta provável quadro de depressão. A avaliação do diagnóstico de depressão maior, conforme os critérios do DSM-5¹⁴ foi encontrada em dois estudos, sendo um realizado no México²¹ e outro no Brasil²⁴ que avaliaram a presença de diagnóstico de depressão maior. Os dados da Tabela 1 apresentam os estudos que investigaram a presença de depressão entre gestantes sem intercorrências clínicas.

Tabela 1 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva ou diagnóstico de depressão maior em gestantes sem intercorrências clínicas de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada

Estudo	País	n	Instrumento utilizado	O que foi avaliado	Prevalência verificada
Waldie et al. 2015 ²⁵	Nova Zelândia	5.664	EPDS	Sintomatologia depressiva	11,9%
Brittain et al. 2015 ²⁶	África do Sul	726	BDI-II	Sintomatologia depressiva	21%
Lara et al. 2015 ²¹	México	210	SCID-I	Diagnóstico de depressão maior	9%
Perlen et al. 2013 ²⁷	Austrália	1.507	EPDS	Sintomatologia depressiva	9%
Choi et al. 2014 ²⁰	Coréia do Sul	467	EPDS	Sintomatologia depressiva	26,34%
Straub et al. 2012 ²⁸	EUA	14.175	EPDS	Sintomatologia depressiva	9,1%
Melo et al. 2012 ²⁹	Brasil	600	EPDS	Sintomatologia depressiva	24,3%
Da Silva et al. 2010 ³⁰	Brasil	1264	EPDS	Sintomatologia depressiva	21,1%
Pereira et al. 2009 ²⁴	Brasil	331	CIDI	Diagnóstico de depressão maior	14,2%

* EPDS = *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; BDI-II = *Beck Depression Inventory*; SCID-I = *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*; CIDI = *Composite International Development Interview*; EUA = *Estados Unidos*

Nos dados da Tabela 2, encontram-se os estudos que investigaram a prevalência de depressão entre gestantes de alto risco. Observa-se que, dos quatro estudos encontrados, um²² avaliou a presença de sintomatologia depressiva e três^{31,23,32}, a presença de depressão maior, conforme o DSM-5¹⁴.

Tabela 2 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva ou diagnóstico de depressão maior em gestantes de alto risco de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada

Estudo	País	n	Instrumento utilizado	O que foi investigado	Prevalência verificada
Benute et al. 2010 ²³	Brasil	326	PRIME-MD	Diagnóstico de depressão maior	9%
Molina & Kiely 2011 ²²	EUA	1044	Hopkins Symptom Checklist	Sintomatologia depressiva	44%
Thiagayson et al. 2013 ³¹	Singapura	200	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	Diagnóstico de depressão maior	11%
Juhas et al. 2014 ³²	Brasil	278	PRIME-MD	Diagnóstico de depressão maior	9%

*PRIME-MD = *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

O diagnóstico de depressão no período gestacional está associado a prejuízos, tanto na saúde geral da gestante como em sua funcionalidade em atividades moderadas da vida diária³³. Não há consenso na literatura^{23,34}, quanto à associação entre presença de depressão durante a gestação e desfechos neonatais desfavoráveis. Nos Estados Unidos da América (EUA), a avaliação³⁴ de 261 gestantes por meio da EPDS que a encontrou que presença de sintomatologia depressiva está significativamente associada a risco aumentado para prematuridade e baixo peso ao nascer. Já um estudo realizado no Brasil²³ não encontrou associação entre a presença de depressão e desfechos neonatais desfavoráveis, como prematuridade e baixo peso ao nascer.

3.2.4 Depressão e Diagnóstico de RCF

A relação entre a depressão e a suspeita de RCF vem sendo investigada^{4,5}, porém, com resultados discordantes. Na literatura atual, foram encontrados um estudo⁴ sobre a associação entre diagnóstico de depressão maior e suspeita de RCF, um estudo³⁴ sobre a associação entre sintomatologia

depressiva e suspeita de RCF e dois estudos^{5,26} sobre associação entre presença de sintomatologia depressiva durante a gestação e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (RNs PIG). Os estudos encontrados estão descritos nos dados da Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição dos estudos que investigaram a associação entre depressão e suspeita de RCF de acordo com país, n, o que foi investigado e conclusão

Estudo	País	n	Instrumento utilizado	O que foi investigado	Conclusão
Uguz et al., 2011 ⁴	Turquia	56 (RCF) e 92 (sem intercorrências clínicas)	SCID-I e peso fetal < percentil 10 para IG	Diagnóstico de depressão maior	O diagnóstico de depressão materno está associado a RCF ($p < 0,01$). [Diagnóstico de depressão: 6,5% em gestantes sem intercorrências clínicas e 33,6% em gestantes RCF.
Kim et al. 2013 ³⁴	EUA	261	EPDS e peso fetal ao nascer < percentil 10 para IG	Sintomatologia depressiva	Não há associação entre sintomatologia depressiva no início da gestação e RN PIG.
Quispel et al. 2014 ⁵	Holanda	1013	EPDS e peso fetal ao nascer <10 ajustado para IG	Sintomatologia depressiva	Não há associação entre sintomatologia depressiva e RN PIG. A baixa escolaridade foi a variável que mais se relacionou com RN PIG e com risco para depressão.
Brittain et al. 2015 ²⁶	África do Sul	726	BDI-II, peso para idade ao nascer e circunferência da cabeça para idade ao nascer	Sintomatologia depressiva	Sintomatologia depressiva está significativamente associada ao nascimento de RN PIG (diminuição de 0.2 no z-score).

*IG = idade gestacional

Foi encontrada ainda revisão sistemática³⁵ que reuniu estudos prospectivos que investigaram depressão durante a gestação e sua associação com parto prematuro, baixo peso ao nascer e RCF medida ao nascimento (como peso fetal < percentil 10 para idade gestacional ao nascimento). Essa revisão³⁵ não encontrou associação entre depressão e presença de RCF ao nascimento.

A literatura^{15,36} também apresenta associação entre depressão e estresse, deste modo, a seção seguinte propõe-se a discutir a prevalência e os critérios diagnósticos do estresse, além da associação entre essa condição e a gestação.

3.3 ESTRESSE

3.3.1 Definição

O médico Hans Selye foi o criador do conceito de estresse e o definiu como o fenômeno desencadeado, quando o indivíduo percebe uma ameaça real ou imaginária, como capaz de afetá-lo em sua integridade física ou mental³⁷. Selye³⁷ afirma ainda que situações, geralmente vistas como positivas, por exemplo, o retorno de um filho que antes a mãe considerava perdido também podem ocasionar estresse, uma vez que implicam demanda sobre o organismo. A resposta de estresse poderá ser diferente para cada indivíduo, mesmo que o estímulo estressor seja o mesmo, pois tal resposta é mediada por fatores biológicos e ambientais, como predisposição genética, idade, sexo, uso de substâncias e influências sociais, entre outros³⁸.

Na perspectiva comportamental, o estresse pode ser verificado por meio das mudanças comportamentais duradouras observadas nos indivíduos que são expostos a uma série de eventos estressores imprevisíveis ao longo do tempo, tais eventos podem ser tanto biológicos como ambientais³⁹. Na configuração de estresse, observa-se que não ocorre ou ocorre apenas de forma limitada, o processo de habituação³⁹, definido como a diminuição esperada na magnitude da resposta quando o organismo é exposto ao mesmo

estímulo várias vezes em um curto período de tempo⁴⁰. Quando o indivíduo continua a ser exposto a estímulos estressores e não ocorre habituação, ele começa a apresentar alterações comportamentais¹⁶ típicas dos transtornos depressivos, sendo elas a baixa frequência geral de comportamentos e o aumento de comportamentos com função de fuga e esquiva.

Um estudo realizado no Brasil⁴¹ investigou 2.195 pessoas e observou que 34,26% delas relataram estar experienciando estresse extremo. Nos EUA, um estudo⁴² que também investigou o estresse encontrou que as mulheres relatam maior nível de estresse do que os homens. O estudo⁴² verificou ainda que aqueles que citaram presença de apoio emocional – especialmente, ter alguém para quem pedir ajuda emocional se necessário, como família ou amigos – descrevem menores níveis de estresse, quando comparados aos que afirmam não ter apoio emocional.

3.3.3 Estresse e Gestação

A avaliação de estresse durante a gestação é recomendada pelo ACOG como investigação a ser realizada em cada trimestre da gestação, além de no período pós-parto. Para a ACOG, o estresse vivenciado pela gestante está associado a problemas de saúde, ao uso dos serviços pré-natais e à saúde do bebê⁴³.

Não há consenso na literatura no que diz respeito a avaliação do estresse no período gestacional. A prevalência do fenômeno entre gestantes sem intercorrências clínicas varia entre 17,2% e 24,4%^{44,45}. Nos dados da

Tabela 4, estão descritos os estudos encontrados que investigaram tal prevalência.

Tabela 4 – Descrição dos estudos que investigaram a prevalência de estresse entre gestantes sem intercorrências clínicas de acordo com país, n, instrumento utilizado, o que foi avaliado e prevalência verificada

Estudo	País	n	Instrumento utilizado	O que foi avaliado	Prevalência verificada
Rieger & Heaman 2016 ⁴⁴	Canadá	603	PSS	Alto nível de estresse percebido	17,2%
McDonald et al. 2015 ⁴⁶	Canadá	3021	PSS	Presença de estresse	20,1%
Shishehgar et al. 2014 ⁴⁵	Irã	210	<i>Specific-Pregnancy Stress Questionnaire</i>	Estresse severo	24,4%

* PSS = Percieved Stress Scale.

Em um estudo brasileiro⁴⁷, foi encontrado que 227 gestantes residentes no interior de São Paulo foram avaliadas por meio da *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP) e foram verificados baixos níveis de estresse na amostra, sendo 18,7 a média do escore das gestantes no instrumento utilizado, dentro de uma variação possível de 11 a 44 pontos.

A relação entre o estresse e outras variáveis psicossociais também vem sendo investigada^{44,48,49}. Um aspecto de grande importância para o nível de estresse relatado pela gestante é a qualidade de apoio social^{44,48,49}. No Brasil⁴⁹, estudo que investigou a ocorrência de eventos de vida estressantes (EVEs) nos 12 meses anteriores à avaliação entre 449 gestantes, observou que entre os eventos mais percebidos como estressantes estão brigas familiares e brigas com o marido. No Irã⁴⁸, uma investigação de 450 gestantes por meio da PSS e da *Interpersonal Support Evaluation List*, verificou-se diferença significativa nos níveis de estresse quando foram comparadas as gestantes que relataram apoio

social favorável e aquelas que citaram apoio social desfavorável. Acrescentando ainda a avaliação da autoestima, estudo canadense⁴⁴ investigou 603 gestantes e encontrou associação importante entre menor autoestima e pouco apoio social com o relato de níveis mais altos de estresse pré-natal.

O estresse apresenta ainda associação com outras questões emocionais, como o transtorno depressivo^{8,36}. Nos EUA, estudo³⁶ investigou 101 gestantes, utilizando-se da PSS e da BDI-II e encontrou que entre as gestantes com presença de sintomatologia depressiva, 84,6% apresentavam também altos níveis de estresse, havendo correlação significativa entre os dois quadros avaliados. Em Taiwan⁸, 300 gestantes foram avaliadas por meio da *Pregnancy Stress Rating Scale* e da EPDS, verificando-se que a presença de sintomatologia depressiva aparece, como fator preditivo de nível aumentado de estresse durante a gestação. O mesmo estudo⁸ também observou correlação negativa entre estresse e apoio social, encontrando que pior apoio social é fator preditivo de maiores níveis percebidos de estresse.

3.3.4 Estresse e Diagnóstico de RCF

Não há consenso na literatura^{6,12} quanto à relação entre o estresse percebido pela gestante e o crescimento do feto.

Apenas um estudo⁶ foi encontrado que investigou a relação entre presença de estresse e feto com peso estimado abaixo do esperado para a IG. Em tal estudo⁶ foram avaliadas gestantes da Austrália, Nova Zelândia, Irlanda e Inglaterra, totalizando 5.606 participantes. Na 20ª semana gestacional, as

gestantes responderam a PSS e a EPDS para investigação de fatores psicossociais e realizaram ultrassonografia para verificar o peso fetal estimado, de acordo com os parâmetros de Chang et al.⁶¹. Constatou-se que o nível de estresse e de sintomatologia depressiva relatados pela gestante não apresentaram relação com o peso fetal estimado. Após o parto os pesquisadores verificaram ainda quantos RNs apresentaram peso ao nascer < percentil 10, totalizando 633 RNs. Em modelo de regressão logística, observou-se que as gestantes que apresentaram nível de estresse "muito alto" na 20ª semana gestacional tiveram aumento de mais de 50% no risco de RN PIG, sugerindo então que o estresse poderia ser um fator de risco para o posterior quadro de RCF.

Além desse estudo, foram encontrados mais dois estudos que investigaram a relação entre presença de estresse durante o período gestacional e RN PIG. No Brasil, estudo⁵⁰ avaliou 865 gestantes residentes na cidade de Jundiaí (SP), utilizando-se da escala PSS em três momentos durante a gestação - abaixo de 16 semanas, de 20 a 26 semanas e de 30 a 36 semanas. Posteriormente investigou-se a relação entre o estresse percebido e os desfechos neonatais desfavoráveis, entre eles RN PIG, definidos como o peso ao nascer < percentil 10 para IG, conforme a curva de Williams et al.⁵². A correlação entre o estresse e RN PIG não se mostrou estatisticamente significativa. Em 2010, uma metanálise⁷ reuniu 35 estudos que investigaram a relação entre estresse e desfechos neonatais negativos, entre eles, o nascimento de RN PIG. A análise verificou que não há correlação entre o nível de estresse durante a gestação e RN PIG.

A literatura^{15,53} também apresenta associação entre estresse e apoio social, deste modo, a seção seguinte propõe-se a discutir a prevalência e os tipos de apoio social, além da associação entre esse fator e a gestação.

3.4 APOIO SOCIAL

3.4.1 Definição

O apoio social é um conceito multidimensional que recebeu diversas definições ao longo dos anos, não havendo consenso na literatura quanto à definição ideal. Cada definição dá enfoque a um dos diversos aspectos do apoio social, sendo eles: a fonte do apoio (companheiro, família ou amigos), a satisfação com o apoio, o apoio realmente recebido e a disponibilidade de apoio percebida⁵⁴.

O apoio social é compreendido pela Análise do Comportamento dentro do contexto dos comportamentos sociais. O comportamento social é a situação em que as contingências tríplices de dois indivíduos se cruzam ou se sobrepõem, de forma que a ação de um indivíduo envolve a participação de outra pessoa como parte do ambiente relevante para a ação investigada⁵⁵. Assim, a consequência do comportamento de um indivíduo é produzida pelo comportamento de outro indivíduo. Esta consequência pode ser tanto a própria resposta do outro indivíduo como as consequências da resposta do outro indivíduo (reforço ou punição), incluindo-se aqui todo e qualquer comportamento verbal¹⁰.

A presença de apoio social pode então ser compreendida, como uma situação em que as consequências de reforço positivo e negativo são liberadas

para um indivíduo por meio do comportamento de outro indivíduo. Já a ausência de apoio social pode ser entendida, como uma situação em que as consequências liberadas pelo outro indivíduo são do tipo punição. Um exemplo de presença de apoio social seria quando a gestante precisa comparecer ao hospital para uma consulta (antecedente), pede para que uma amiga a acompanhe (resposta) e a amiga aceita acompanhá-la (consequência). A amiga está fornecendo à gestante uma consequência de reforço positivo, na qual a presença da amiga aumenta a probabilidade do comportamento da gestante de ir à consulta. Já uma situação de ausência de apoio social ocorreria caso no exemplo acima a amiga se recusasse a acompanhar a gestante. Esta consequência poderia funcionar como uma punição ou extinção e diminuir a probabilidade do comportamento da gestante de ir à consulta.

Estudos^{56,57} com diversos tipos de populações apontam para associação entre apoio social percebido e questões psicológicas, como depressão e estresse. Uma das hipóteses explicativas para a associação entre maior apoio social e menor prevalência de depressão é que os indivíduos que contam com esse apoio avaliam os fatores estressores, como menos graves, o que pode diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade de tal indivíduo em lidar com os eventos estressantes⁵⁶. Já a associação com o estresse vem sendo explicada pelos efeitos de apoio social a respostas neuroendócrinas, assim, diminuindo a ansiedade e a tensão muscular⁵⁸.

3.4.2 Apoio social e Gestação

Na população gestante, a literatura^{59,60,61} também aponta para uma correlação entre apoio social e depressão, de forma que a falta de apoio social

tem relação tanto com a presença de sintomatologia depressiva como com níveis elevados de estresse.

Em investigação⁵⁹ sobre a relação entre depressão e o apoio social recebido do marido, da mãe, da sogra e do sogro, 1.609 gestantes foram avaliadas utilizando-se a escala EPDS para depressão e a escala *Interpersonal Support Evaluation List*, instrumento que avalia a disponibilidade percebida de quatro aspectos do apoio social: emocional, pertencimento, tangível e autoestima. Foi observada associação estatisticamente significativa entre presença de sintomatologia depressiva e conflitos na relação com o marido, conflitos na relação com o sogro e a sogra e apoio social geral insatisfatório.

Levando em conta as diferenças entre apoio social recebido da família, dos amigos e do companheiro, estudo⁶⁰ com 237 gestantes investigou a associação entre depressão e essas três fontes de apoio social. Foi utilizado o *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* - um instrumento aplicado por entrevistador que busca avaliar, medir e classificar a psicopatologia e os comportamentos associados com os principais transtornos psiquiátricos na vida adulta - e a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MPSS), escala que mede a adequação do suporte percebido de três fontes: família, amigos e parceiro. Encontrou-se que a depressão está associada de forma significativa à falta de apoio social dos três grupos avaliados, além de estar também associada à insatisfação expressa pela gestante quanto ao apoio recebido. Outra investigação⁶¹ também utilizando a escala MPSS para mensuração de apoio social, corrobora tal achado: após avaliação de 583 gestantes, observou-

se relação estatisticamente significativa entre depressão e menor apoio social percebido.

O estresse também aparece na literatura^{15,53} como fator relacionado ao apoio social. Estudo italiano¹⁵ avaliou 404 gestantes para investigação sobre a relação entre sintomas depressivos, eventos de vida estressantes e apoio social. A escala de depressão EPDS, a escala de apoio social MSPSS e o *List of Life Threatening Experiences Questionnaire*, instrumento que investiga a presença de eventos de vida negativos nos últimos 12 meses, foram usados. Observou-se que as mulheres que apresentaram sintomas depressivos relataram uma frequência significativamente maior de eventos de vida ameaçadores (3.35 ± 2.42 vs. 2.12 ± 1.81) e níveis significativamente menores de apoio social percebido, tanto no escore total como separadamente para cada uma das três categorias analisadas (família, amigos e parceiro).

A literatura^{35,47} também apresenta associação entre apoio social e autoestima, deste modo, na seção seguinte propõe-se analisar a autoestima, além da associação entre esse fator e a gestação.

3.5 AUTOESTIMA

3.5.1 Definição

A autoestima é um conceito complexo, estudado por ciências como a psicologia, a sociologia e a enfermagem. Diversos autores deram suas contribuições para a compreensão da autoestima, sendo o ponto comum entre as variadas definições a noção de valor que o indivíduo atribui a si mesmo^{62,63}.

O termo autoestima é utilizado na Análise do Comportamento para descrever os comportamentos que fazem um indivíduo ser descrito pelos demais, como tendo ou não autoestima.

Ao longo da história do indivíduo, a autoestima é construída, e as relações sociais têm importante papel no desenvolvimento dos comportamentos a ela relacionados. Alguns comportamentos do indivíduo serão bem aceitos por um grupo e, assim, recompensados positivamente, ou seja, serão alvo de elogios, sorrisos, entre outros. Essa recompensa aumenta a probabilidade de que o comportamento ocorra novamente em situação semelhante. Outros comportamentos do indivíduo não serão seguidos por recompensas sociais, por exemplo, serão ignorados, ou serão punidos socialmente por meio de críticas, repreensões. Com isso, o indivíduo passa a emitir tais comportamentos com menor frequência. Além disso, quando encontra situações semelhantes, a pessoa passa a emitir respostas de fuga e esquiva, como forma de evitar que se repitam as consequências negativas experimentadas anteriormente⁶⁴.

As experiências sociais que o indivíduo tem ao longo da vida acabam modelando respostas de autoconhecimento, como por exemplo, sou capaz ou sou incapaz. Estas respostas podem funcionar como autorregras que tornam ainda mais provável a emissão do comportamento a ser reforçado. Ou seja, a autorregra é um estímulo verbal emitido pelo próprio indivíduo que especifica a situação e passa a controlar seu comportamento. Assim, o comportamento pode deixar de ser controlado pelos reforçadores sociais a que estava atrelado quando se estabeleceu e passar a ser controlado por regras criadas pelo próprio indivíduo a partir de sua experiência⁶⁴.

Um indivíduo com autoestima adequada seria então aquele que apresenta alta probabilidade de emitir comportamentos que são reforçados positivamente, sobretudo, por reforços sociais como sorriso ou elogio, além de apresentar autodescrição elogiosa. Já um indivíduo que tem autoestima pouco adequada seria aquele que apresenta menor probabilidade de emitir tais comportamentos e maior probabilidade de emitir comportamentos de fuga e esquiva, além de apresentar autodescrição depreciativa.

A emissão de comportamentos relacionados à autoestima adequada é acompanhada de sentimentos de bem-estar, relacionados às contingências de reforçamento positivo, sem a presença de sentimentos de culpa, e medo ou arrependimento, que são característicos das contingências punitivas. A pessoa que apresenta o repertório e os sentimentos de autoestima adequada descreve-se como tendo feito seu melhor e se sente bem consigo mesma, mesmo quando passa por situações difíceis, pois sabe que a dificuldade é passageira e deverá ser enfrentada quando aparecer⁶⁴.

3.5.2 Autoestima e Gestação

A autoestima pode afetar comportamentos pré-natais e, por consequência, os desfechos da gestação. Gestantes com autoestima satisfatória, por exemplo, podem apresentar maior frequência de comportamentos saudáveis e formar mais relações sociais⁵⁴.

Enquanto alguns estudos^{65,66} já investigaram a autoestima em mulheres não gestantes, poucos examinaram a autoestima em gestantes.

Estudo realizado nos EUA⁹ aponta para relação inversa entre autoestima satisfatória e depressão durante o período gestacional. Foram avaliadas 324

gestantes quanto à relação entre depressão, estresse, apoio social e autoestima. A depressão foi avaliada pelo inventário BDI-II e estresse, apoio social e autoestima foram avaliados pela escala PPP. Os autores encontraram prevalência de 33% de sintomatologia depressiva e observaram que as gestantes que relataram baixa autoestima eram quase três vezes mais propensas a vivenciar elevados sintomas de depressão durante o período gestacional que as demais participantes. Também observou-se que maior nível de estresse, pouco apoio social e baixa autoestima apresentaram-se, como fatores de risco para depressão.

No Brasil, um estudo⁴⁷ realizado no município de Catanduva (SP) investigou 227 gestantes com o objetivo de avaliar o perfil psicossocial dessas mulheres e identificar fatores de risco para a percepção de estresse, autoestima e apoio social. Foi utilizada a escala PPP. Encontrou-se na subescala de autoestima o escore médio de 29,2 com desvio-padrão de 3,2. Os autores concluem que as participantes do estudo tendem a apresentar autoestima positiva, uma vez que o ponto médio da escala situa-se em 27,5.

Dado os poucos estudos que investigam autoestima em gestantes, considera-se importante a realização de novos estudos na área.

4 MÉTODO

Trata-se de estudo transversal.

4.1 Casuística

Foi realizado estudo transversal, que avaliou 79 gestantes com suspeita de restrição de crescimento fetal, atendidas no Ambulatório de Baixo Peso Fetal da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP (Suspeita de RCF) e 92 gestantes sem intercorrências clínicas do pré-natal de baixo risco do mesmo serviço, com fetos de crescimento normal entre o período de abril de 2012 e novembro de 2016.

4.2 Critérios de inclusão

No momento da entrevista, foram utilizados como critério de inclusão:

- No Grupo com Suspeita de RCF:
 - Gestação única com feto vivo e idade gestacional a partir de 26 semanas;
 - Idade gestacional bem definida (data da última menstruação confirmada por ultrassonografia de primeiro trimestre ou duas ultrassonografias concordantes até 20 semanas);
 - Peso fetal estimado < percentil 10 para a idade gestacional (conforme a curva de Hadlock et al. 1991) na ultrassonografia próxima à entrevista;
 - Idade materna entre 18 e 40 anos;
 - Ausência de malformações estruturais ou cromossômicas fetais e

- Ausência de doenças maternas.
- No Grupo sem Intercorrências Clínicas:
 - Gestantes sem intercorrências clínicas provenientes do Ambulatório de Pré-Natal de baixo risco;
 - Gestação única com feto vivo e idade gestacional a partir de 26 semanas;
 - Idade gestacional bem definida (data da última menstruação, confirmada por ultrassonografia de primeiro trimestre ou duas ultrassonografias concordantes até 20 semanas);
 - Peso fetal estimado entre os percentis 10 e 90 para a idade gestacional na ultrassonografia próxima à entrevista;
 - Idade materna entre 18 e 40 anos;
 - Ausência de malformações estruturais ou cromossômicas fetais e
 - Ausência de doenças maternas.

4.3 Critérios de exclusão

- Não completar a entrevista.

4.4 Cálculo do tamanho amostral

O cálculo amostral foi realizado com base em uma amostra piloto com prevalência de diagnóstico de depressão de 9% no grupo sem intercorrências clínicas e 23% no grupo com suspeita de RCF e do total, 46% têm suspeita de

restrição de crescimento fetal. Ao considerar um poder de 80% e nível de significância de 5%, o tamanho amostral mínimo necessário foi 171 indivíduos total, sendo 79 com suspeita de restrição de crescimento fetal.

4.5 Instrumentos

- Dados sociodemográficos (Anexo A)

Foi solicitado que as gestantes respondessem sobre idade, escolaridade, estado civil, tempo de relacionamento com parceiro atual, ocupação, renda percapita, número de gestações, número de filhos vivos, complicações nas gestações anteriores, abortamento espontâneo, abortamento provocado, crença de fé e religião.

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

Para o diagnóstico de Depressão Maior, foi aplicada a versão validada para a língua portuguesa do instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Avaliação da Atenção Primária de Transtornos Mentais ou PRIME-MD).

O PRIME-MD proporciona reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais. É composto por 05 módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência). Podem ser utilizados todos os módulos ou aqueles de particular interesse. Para este estudo, foi utilizado o Guia de Avaliação Clínica, módulo para avaliar transtornos de humor, especificamente a Depressão Maior.

O instrumento foi traduzido para o português por Fráguas Junior e Henriques Junior, retraduzido para o inglês e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime – MD, Dr. Spitzer (1994). O PRIME-MD demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade) para os grupos diagnósticos maiores, quando aplicado por médicos de serviço de atenção primária.

- *Prenatal Psychosocial Profile (PPP) (Anexo C)*

O instrumento consta de três escalas separadas (anexo D) que medem estresse, autoestima e apoio social. Foi validada para o Brasil por Weissheimer (1998). É um instrumento padronizado para a população brasileira, que tem por finalidade avaliar o perfil psicossocial de gestantes, sendo composto por 44 itens, divididas em 4 subescalas: estresse, apoio social do companheiro, apoio social recebido de outras pessoas e autoestima.

A subescala “estresse” é composta por 11 frases. As respostas são divididas em quatro grupos de pontuação de 1 a 4; os escores podem variar de 11 a 44, sendo que maiores escores significam maior estresse.

A subescala “apoio social” – apoio do companheiro e apoio social de outras pessoas - é composta por 22 frases, sendo que as respostas são pontuadas de 1 a 6; os escores variam de 11 a 66, sendo que maiores valores indicam maior satisfação com o apoio social recebido do companheiro e/ou de outras pessoas.

A subescala de “autoestima” é composta por 11 frases, as respostas são divididas em quatro grupos de pontuação de 1 a 4; os escores podem variar de 11 a 44, sendo que maiores escores significam maior autoestima.

4.6 Procedimentos

A partir da aprovação do estudo pela CAPPesq, foram incluídas no estudo gestantes com suspeita de Restrição do Crescimento Fetal atendidas no setor de Baixo Peso Fetal da Clínica Obstétrica da FMUSP e gestantes provenientes do Ambulatório de Baixo Risco, do mesmo serviço. As gestantes foram abordadas pela pesquisadora enquanto aguardavam por consulta na sala de espera do ambulatório e as que concordaram em participar do estudo foram direcionadas a uma sala de atendimento, onde assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A partir de então, foram colhidos dados sociodemográficos. Posteriormente, os instrumentos PRIME-MD e a *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP) foram aplicados pela entrevistadora. O tempo despendido na aplicação do protocolo foi de, aproximadamente, trinta minutos. Foi realizada apenas uma entrevista com cada participante do estudo.

4.7 Análise dos dados

As variáveis quantitativas são resumidas através de média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. As variáveis qualitativas são apresentadas por frequências absolutas (n) e porcentagens (%).

Para a comparação de dois grupos em relação a variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando apropriado, e para comparação de mais de dois grupos foi considerado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Em situações que o teste de Kruskal-Wallis apresentou resultado significativo, ou seja, com indícios de que pelo menos um grupo é diferente dos demais em relação a variável quantitativa em questão, o

teste de Dunn para comparações 2 a 2 foi considerado com a devida correção dos valores p ao considerar múltiplas comparações. Com o intuito de avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando apropriado.

O nível de significância adotado é 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

A associação entre os dados sociodemográficos e suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas encontra-se apresentada na Tabela 5. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos.

Tabela 5 – Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mínimo e máximo dos dados sociodemográficos e a associação entre suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas

Variáveis	Suspeita de RCF n=79	Ausência de Intercorrências Clínicas n=92	p
Idade			
Média (DP)	25,89 (6,11)	27,27 (5,90)	0,13 ^a
Mediana (Min-Max)	25 (18-40)	27 (18-40)	
Idade gestacional			
Média (DP)	33,33 (3,36)	32,55 (4,01)	0,17 ^a
Mediana (Min-Max)	33 (26-40)	32,5 (26-40)	
Renda percapita			
Média (DP)	974 (802,53)	1172,86 (1005,82)	0,19 ^a
Mediana (Min-Max)	750 (114-4000)	857,17 (125-5350)	
Nº de gestações			
Média (DP)	1,92 (1,22)	1,83 (0,93)	0,90 ^b
Mediana (Min-Max)	1 (1-6)	2 (1-5)	
Nº de filhos vivos			
Média (DP)	0,52 (0,83)	0,58 (0,73)	0,31 ^b
Mediana (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-3)	
Tempo de relacionamento (meses)			
	n=69	n=86	
Média (DP)	60,62 (52,02)	71,23 (56,86)	0,23 ^a
Mediana (Min-Max)	48 (7-240)	48 (12-264)	

RCF = Restrição de crescimento fetal

^a Teste t

^b Teste de Mann-Whitney

A comparação dos dados sociodemográficos categóricos de acordo com suspeita de RCF e ausência de RCF encontra-se apresentada na Tabela 6.

O grau de escolaridade entre os dois grupos apresenta diferença estatística significativa ($p < 0,01$). O grupo das gestantes sem intercorrências clínicas apresenta mais do que o dobro de participantes que cursaram ou estão cursando o ensino superior quando comparado ao grupo de gestantes com suspeita de RCF. O grupo de gestantes com suspeita de RCF também apresenta mais do que o dobro de participantes sem companheiro quando comparados ao grupo de gestantes sem intercorrências clínicas, porém tal diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,09$). Na categoria ocupação também é observada diferença significativa entre os grupos ($p < 0,03$), havendo maior prevalência de ocupação entre as gestantes sem intercorrências clínicas quando comparadas às gestantes com suspeita de RCF.

Tabela 6 – Distribuição dos dados de acordo com aspectos sociodemográficos e associação com suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas

	Suspeita de RCF n (%) n=79	Ausência de Intercorrências Clínicas n (%) n=92	p
Escolaridade			
Ensino fundamental	11 (13,9)	4 (4,3)	< 0,01 ^a
Ensino médio	53 (67,1)	50 (54,3)	
Ensino Superior	15 (19)	31 (41,3)	
Estado civil			
Com companheiro	69 (87,3)	87 (94,6)	0,09 ^b
Sem companheiro	10 (12,7)	5 (5,4)	
Ocupação			
Sim	38 (48,1)	59 (64,1)	0,03 ^a
Não	41 (51,9)	33 (35,9)	
Crença de fé			
Sim	72 (91,1)	78 (84,8)	0,20 ^b
Não	7 (8,9)	14 (15,2)	
Religião			
Católica	27 (34,2)	32 (34,8)	0,77 ^a
Evangélica	27 (34,2)	28 (30,4)	
Outras	5 (6,3)	5 (5,4)	
Não tem religião	13 (16,5)	13 (14,1)	
Não tem crença nem religião	7 (8,9)	14 (15,2)	
Parto anterior			
Sim	34 (43)	40 (43,5)	0,95 ^a
Não	45 (57)	52 (56,5)	
Gestação anterior			
Sim	37 (46,8)	50 (54,3)	0,32 ^a
Não	42 (53,2)	42 (45,7)	

^a Teste de Qui Quadrado

^b Teste exato de Fisher

A comparação de aspectos das gestações anteriores de acordo com a suspeita de RCF ou ausência de RCF encontra-se apresentada na Tabela 7. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos.

O grupo de gestantes com suspeita de RCF apresenta maior número de participantes com complicações nas gestações anteriores. Por volta de metade das gestantes com suspeita de RCF apresentaram complicações nas gestações anteriores enquanto por volta de 1/3 das gestantes sem

intercorrências clínicas apresentaram tais complicações. Apesar disso, não foi encontrada diferença estatística significativa ($p=0,21$).

Tabela 7 – Distribuição dos dados de acordo com complicações em gestações anteriores e presença de abortamento e associação com suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas

	Suspeita de RCF n (%) n=37	Ausência de Intercorrências Clínicas n (%) n=50	p
Complicações nas gestações anteriores			
Sim	19 (51,4)	19 (38)	0,21 ^a
Não	18 (48,6)	31 (62)	
Abortamento espontâneo			
Sim	17 (45,9)	18 (36)	0,35 ^a
Não	20 (54,1)	32 (64)	
Abortamento provocado			
Sim	0 (0)	3 (6)	0,25 ^b
Não	37 (100)	47 (94)	

^a Teste de Qui Quadrado

^b Teste exato de Fisher

A distribuição dos dados de acordo com o diagnóstico de depressão e a suspeita de RCF ou ausência de RCF encontra-se apresentada na Tabela 8. Não foi encontrada associação significativa entre grupo e diagnóstico de depressão.

Tabela 8 – Distribuição dos dados de acordo com o diagnóstico de depressão e a suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas

		Suspeita de RCF n(%) n=79	Ausência de Intercorrências Clínicas n(%) n=92	p
Diagnóstico de depressão	Sim	14 (17,7)	15 (16,3)	0,80 ^a
	Não	65 (82,3)	77 (83,7)	

^a Teste de Qui-quadrado

Os escores da avaliação de estresse, apoio do companheiro, apoio de outras pessoas e autoestima e associação com a presença ou ausência de RCF encontra-se apresentada na Tabela 9.

Os grupos comparados apresentaram distribuições estatisticamente semelhantes nas escalas de apoio do companheiro e apoio de outras pessoas. Tanto na escala de estresse quanto na escala de autoestima observou-se média de escore maior no grupo de gestantes sem intercorrências clínicas quando comparado ao grupo de gestantes com suspeita de RCF, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$).

Tabela 9 – Distribuição dos dados de acordo com estresse, apoio do companheiro, apoio de outras pessoas e autoestima e associação com suspeita de RCF e ausência de intercorrências clínicas

Subescalas da PPP	Suspeita de RCF n=79	Ausência de Intercorrências Clínicas n=92	p ^a
Estresse			
Média (DP)	18,27 (5,50)	19,72 (5,16)	0,04
Mediana (Min-Max)	17 (11-36)	19 (11-33)	
Apoio do companheiro			
Média (DP)	55,15 (13,76)	55,70 (11,37)	0,79
Mediana (Min-Max)	61 (12-66)	59 (14-66)	
Apoio de outras pessoas			
Média (DP)	53,77 (13,27)	51,33 (13,26)	0,17
Mediana (Min-Max)	58 (13-66)	55 (21-66)	
Autoestima			
Média (DP)	32,70 (4,60)	34,22 (4,85)	0,04
Mediana (Min-Max)	33 (19-44)	34 (22-44)	

PPP = Prenatal Psychosocial Profile

^a Teste de Mann-Whitney

A intersecção entre a suspeita de RCF e o diagnóstico de depressão dá origem a 4 grupos: gestantes com suspeita de RCF e depressão (RCF+D), gestantes com suspeita de RCF e sem depressão (RCF-D), gestantes sem

suspeita de RCF e com depressão (BR+D) e gestantes sem suspeita de RCF e sem depressão (BR-D).

A associação entre os dados sociodemográficos e os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D está apresentada na Tabela 10. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos.

Tabela 10 - Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mínimo e máximo dos dados sociodemográficos e a associação entre RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

Variáveis	RCF+D n=14	RCF-D n=65	BR+D n=15	BR-D n=77	p ^a
Idade					
Média (DP)	26,93 (6,05)	25,66 (6,15)	25,80 (6,27)	27,56 (5,83)	0,21
Mediana (Min-Max)	26 (18-37)	24 (18-40)	26 (18-37)	27 (18-40)	
Idade gestacional					
Média (DP)	32,93 (3,54)	33,42 (3,34)	33,67 (3,92)	32,34 (4,02)	0,37
Mediana (Min-Max)	34 (27-39)	33 (26-40)	35 (26-38)	32 (26-40)	
Renda percapita					
Média (DP)	735,42 (412,09)	1028,02 (860,61)	1452,98 (1377,09)	1122,26 (917,15)	0,31
Mediana (Min-Max)	500 (350-1500)	766,67 (114-4000)	1000 (375-5350)	1000 (125-4500)	
Nº de gestações					
Média (DP)	2,21 (1,67)	1,86 (1,11)	1,93 (0,96)	1,81 (0,97)	0,91
Mediana (Min-Max)	1,50 (1-6)	1 (1-5)	2 (1-4)	2 (1-5)	
Nº de filhos vivos					
Média (DP)	0,64 (0,92)	0,49 (0,81)	0,73 (0,70)	0,55 (0,73)	0,42
Mediana (Min-Max)	0 (0-3)	0 (0-3)	1 (0-2)	0 (0-3)	
Tempo de relacionamento (meses)					
	n=11	n=58	n=14	n=72	
Média (DP)	43,18 (46,36)	63,93 (52,74)	60,42 (48,14)	73,33 (58,47)	0,13
Mediana (Min-Max)	24 (9-132)	48 (7-240)	42 (12-144)	54 (12-264)	

RCF+D = gestantes com RCF e depressão.

RCF-D = gestantes com RCF e sem depressão.

BR+D = gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão.

BR-D = gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão.

^a Teste de Kruskal-Wallis

As associações entre os dados sociodemográficos categóricos e os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D estão apresentadas na Tabela 11. O

grau de escolaridade entre os dois grupos apresenta diferença estatística significativa ($p < 0,01$).

Tabela 11 – Distribuição dos dados de acordo com aspectos sociodemográficos e associação entre RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

	RCF+D n (%) n=14	RCF-D n (%) n=65	BR+D n (%) n=15	BR-D n (%) n=77	p ^a
Escolaridade					
Ensino fundamental	3 (21,4)	8 (12,3)	0 (0)	4 (5,2)	< 0,01
Ensino médio	7 (50)	46 (70,8)	11 (73,3)	39 (50,6)	
Ensino Superior	4 (28,6)	11 (16,9)	4 (26,7)	34 (44,2)	
Estado civil					
Com companheiro	11 (78,6)	58 (89,2)	14 (93,3)	73 (94,8)	0,18
Sem companheiro	3 (21,4)	7 (10,8)	1 (6,7)	4 (5,2)	
Ocupação					
Sim	5 (35,7)	33 (50,8)	11 (73,3)	48 (62,3)	0,11
Não	9 (64,3)	32 (49,2)	4 (26,7)	29 (37,7)	
Crença de fé					
Sim	13 (92,9)	59 (90,8)	14 (93,3)	64 (83,1)	0,54
Não	1 (7,1)	6 (9,2)	1 (6,7)	13 (16,9)	
Religião					
Católica	2 (14,3)	25 (38,5)	4 (26,7)	28 (36,4)	0,44
Evangélica	5 (35,7)	22 (33,8)	8 (53,3)	20 (26)	
Outras	2 (14,3)	0 (0)	0 (0)	5 (6,5)	
Não tem religião	4 (28,6)	2 (13,3)	2 (13,3)	11 (14,3)	
Não tem crença nem religião	1 (7,1)	1 (6,7)	1 (6,7)	13 (16,9)	
Parto anterior					
Sim	8 (57,1)	37 (56,9)	6 (40)	46 (59,7)	0,58
Não	6 (42,9)	28 (43,1)	9 (60)	31 (40,3)	
Gestação anterior					
Sim	7 (50)	35 (53,8)	6 (40)	36 (46,8)	0,75
Não	7 (50)	30 (46,2)	9 (60)	41 (53,2)	

RCF+D = gestantes com RCF e depressão.

RCF-D = gestantes com RCF e sem depressão.

BR+D = gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão.

BR-D = gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão.

^a Teste exato de Fisher

A associação entre os aspectos das gestações anteriores e os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D está apresentada na Tabela 12. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 12 - Distribuição dos dados de acordo com complicações em gestações anteriores e presença de abortamento e associação com RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

		RCF+D n (%) n=7	RCF-D n (%) n=30	BR+D n (%) n=9	BR-D n (%) n=41	p ^a
Complicações nas gestações anteriores						
	Sim	3 (42,9)	16 (53,3)	4 (44,4)	15 (36,6)	0,59
	Não	4 (57,1)	14 (46,7)	5 (55,6)	26 (63,4)	
Abortamento espontâneo						
	Sim	5 (71,4)	12 (40)	2 (22,2)	16 (39)	0,28
	Não	2 (28,6)	18 (60)	7 (77,8)	25 (61)	
Abortamento provocado						
	Sim	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (7,3)	0,49
	Não	7 (100)	30 (100)	9 (100)	38 (92,7)	

RCF+D = gestantes com RCF e depressão.

RCF-D = gestantes com RCF e sem depressão.

BR+D = gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão.

BR-D = gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão.

^a Teste exato de Fisher

A distribuição dos escores da escala PPP de acordo com os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D encontra-se apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 – Comparação dos escores da escala PPP de acordo com os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

Subescalas da PPP	RCF+D n=14	RCF-D n=65	BR+D n=15	BR-D n=77	p ^a
Estresse					
Média (DP)	23 (4,96)	17,25 (5,09)	23,4 (4,85)	19 (4,94)	< 0,01
Mediana (Min-Max)	23 (16-36)	16 (11-31)	24 (15-33)	19 (11-30)	
Apoio do companheiro					
Média (DP)	46,45 (17,86)	56,81 (12,36)	50,78 (11,04)	56,64 (11,26)	0,01
Mediana (Min-Max)	53 (16-66)	61,5 (12-66)	54,5 (31-63)	60 (14-66)	
Apoio de outras pessoas					
Média (DP)	52,14 (11,50)	54,12 (13,68)	52,53 (13,12)	51,09 (13,36)	0,39
Mediana (Min-Max)	54 (24-66)	60 (13-66)	59 (24-66)	55 (21-66)	
Autoestima					
Média (DP)	28,71 (5,45)	33,55 (3,94)	29,8 (4,31)	35,08 (4,48)	< 0,01
Mediana (Min-Max)	28.5 (19-42)	33 (25-44)	30 (22-40)	35 (23-44)	

RCF+D = gestantes com RCF e depressão.

RCF-D = gestantes com RCF e sem depressão.

BR+D = gestantes sem intercorrências clínicas e com depressão.

BR-D = gestante sem intercorrências clínicas e sem depressão.

^a Teste de Kruskal-Wallis

Há indícios de que pelo menos um grupo apresenta distribuição estatisticamente diferente dos demais nas escalas de estresse ($p < 0,01$), apoio companheiro ($p = 0,01$) e autoestima ($p < 0,01$). Após a análise apresentada na tabela 13, foram realizadas as comparações 2 a 2 dos quatro grupos (resultando em seis comparações) quanto aos escores de estresse, apoio do companheiro e autoestima.

Nas comparações 2 a 2 dos quatro grupos para a escala de estresse, a mediana de escore do grupo RCF-D é significativamente menor do que a mediana apresentada pelo grupo RCF+D (p ajustado $< 0,01$) e pelo grupo BR+D (p ajustado $< 0,01$). O grupo BR-D também apresenta diferença estatística significativa quando comparado ao grupo BR+D, sendo que a mediana do primeiro é menor do que a mediana do segundo (p ajustado $= 0,04$).

Não foi encontrada diferença estatística nas comparações entre os seguintes grupos: RCF+D e BR+D, RCF-D e BR-D, e BR-D e RCF+D. A representação gráfica da comparação dos escores da escala de estresse entre os grupos citados encontra-se apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de estresse para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

Nos dados apresentados na Tabela 13, embora haja indícios de que pelo menos um grupo é estatisticamente diferente dos demais em relação ao apoio do companheiro, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas comparações 2 a 2 quando o valor p é ajustado por comparações múltiplas.

A representação gráfica da comparação dos escores da escala de apoio do companheiro entre os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D encontra-se apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de apoio do companheiro para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

Nas comparações 2 a 2 dos quatro grupos para a escala de autoestima, a mediana de escore do grupo RCF+D é significativamente menor do que a mediana apresentada pelo grupo RCF-D (p ajustado $<0,01$) e pelo grupo BR-D (p ajustado $<0,01$). O grupo BR+D também apresenta diferença estatística quando comparado aos grupos BR-D (p ajustado $<0,01$) e RCF-D (p

ajustado=0,03), sendo em ambas as comparações a mediana do primeiro menor do que a mediana do segundo. Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos RCF+D e BR+D, e entre os grupos RCF-D e BR-D.

A representação gráfica da comparação dos escores da escala de autoestima entre os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D encontra-se apresentada na Figura 3.

Figura 3 – Gráfico das medianas (símbolo) e respectivos intervalos com 95% de confiança para mediana (barras) dos escores da escala de autoestima para os grupos RCF+D, RCF-D, BR+D e BR-D

6 DISCUSSÃO

A suspeita de Restrição do Crescimento Fetal é uma condição que afeta até um quinto das gestantes e pode representar risco de morbidade e mortalidade aumentados, caso o diagnóstico confirme-se. Dentre essas gestações, entre 40% e 75%, a suspeita de RCF não é confirmada, caracterizando fetos pequenos constitucionais, que não apresentam riscos aumentados.

O diagnóstico da RCF só se confirma ao nascimento. Dessa forma, tanto os fetos com provável RCF como os fetos prováveis pequenos constitucionais são acompanhados em pré-natal de alto risco com consultas médicas e exames periódicos.

Quanto à caracterização da amostra, as gestantes sem intercorrências clínicas apresentaram maior nível de escolaridade e maior prevalência de ocupação quando comparadas às gestantes com suspeita de RCF. O primeiro grupo apresentou mais que o dobro de participantes que estão cursando ou cursaram o ensino superior e por volta de 50% menos mulheres sem ocupação quando comparado ao segundo grupo com suspeita de RCF. Tais diferenças estão relacionadas a características próprias da amostra estudada. Uma vez que o estudo foi realizado em hospital terciário, as gestantes de alto risco – como aquelas com suspeita de RCF – são encaminhadas ao hospital pela rede básica de saúde. Assim, tais gestantes retratam a população geral.

Já a população de gestantes sem intercorrências clínicas atendidas no mesmo local é, em parte, composta por funcionárias e estudantes do próprio hospital. Dessa forma, a amostra de gestantes sem intercorrências clínicas tem maior probabilidade de apresentar maior nível de escolaridade e ocupação do que aquele mostrado pela população geral.

Quando os dados sociodemográficos foram investigados à luz da presença ou ausência de diagnóstico de depressão, observou-se que a escolaridade também foi fator de diferença entre os grupos. Nos grupos com diagnóstico de depressão, tanto associados à suspeita de RCF como entre gestantes sem intercorrências clínicas (RCF+D e BR+D), a prevalência de gestantes que estão cursando ou cursaram o ensino superior foi semelhante: 28,6% e 26,7%, respectivamente. Já entre os grupos sem diagnóstico de depressão (RCF-D e BR-D), as prevalências foram distintas: 16,9% e 44,2%, respectivamente. Quando comparamos esses dados àqueles obtidos por Benute et al.²³ no mesmo hospital, que observaram prevalência de 9,2% de gestantes de alto risco sem depressão nesse extrato de escolaridade, verificamos que mesmo a escolaridade das gestantes com suspeita de RCF e sem depressão está acima daquela observada anteriormente em população semelhante.

No que diz respeito ao diagnóstico de depressão, tanto o grupo com suspeita de RCF com o grupo sem intercorrências clínicas apresentaram prevalência de depressão maior que aquela observada pelo IBGE¹³ entre mulheres da população geral. Conforme os dados de 2013¹³, a prevalência de depressão entre as mulheres brasileiras foi 10,9%. Na amostra do presente

estudo, foi encontrada 17,7% de prevalência de depressão entre as gestantes com suspeita de RCF e 16,3% entre as gestantes sem intercorrências clínicas. Essa diferença pode estar relacionada ao critério utilizado pelo IBGE para inclusão no grupo com depressão: a referência pelo participante de ter recebido diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. Assim, diversas mulheres que apresentavam depressão podem não ter sido diagnosticadas. Uma metanálise⁷² que investigou 118 estudos sobre a acurácia do diagnóstico de depressão encontrou que apenas 47% dos pacientes do sistema básico de saúde são diagnosticados corretamente.

Benute et al.²³ (n=326) investigaram gestantes de alto risco no mesmo hospital terciário onde foi desenvolvido o presente estudo, utilizando-se do mesmo instrumento (PRIME-MD). Foram investigadas gestantes com pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica (n=142), doença cardíaca (n=66), diabetes mellitus (n=84), anemia (n=16), colagenose (n=24) e suspeita de RCF (n=16). Encontrou-se prevalência de depressão de 9% entre as gestantes de alto risco e de 12,1%, especificamente, entre as gestantes com suspeita de RCF. Em outro estudo realizado no Brasil, Pereira et al.²⁴ avaliaram gestantes sem intercorrências clínicas e encontraram prevalência de 14,2% de diagnóstico de depressão. Outro trabalho²¹, realizado no México, investigou gestantes sem intercorrências clínicas e encontrou prevalência de 9% de diagnóstico de depressão.

Constatou-se que, comparadas aos trabalhos citados anteriormente, as gestantes de ambos os grupos investigados no presente estudo apresentam prevalência de depressão superior à aquela observada por estudos nacionais e

internacionais. As taxas de depressão são variadas entre os estudos, pois dependem do método utilizado para investigação do quadro depressivo, podendo ser investigada a presença de diagnóstico por profissional de saúde, a presença de sintomatologia depressiva, a presença de critérios diagnósticos para depressão maior, entre outros. Independente das taxas encontradas nos estudos, todas indicam elevado índice de depressão entre as gestantes, ressaltando a importância da recomendação do ACOG¹⁸ e do Royal College of Obstetricians and Gynecologists¹⁹ para rastreamento de possível quadro depressivo entre as gestantes, desde a primeira consulta pré-natal.

Outra possibilidade para a prevalência aumentada de depressão no presente estudo é o momento histórico do Brasil no qual que ele foi realizado. Nos últimos 3 anos, o País vem enfrentando importante recessão. O crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) caiu de 3%⁶⁷ em 2013 para 0,1%⁶⁸ em 2014, passando para valores negativos em 2015 (-3,8%)⁶⁸ e 2016 (-3,6%)⁶⁹. Ao mesmo tempo, a taxa de desemprego vem aumentando, indo de 5,4%⁷⁰ em 2013 para 11,9%⁷¹ em 2016.

As mudanças na conjuntura econômica do País poderão favorecer alterações que se enquadrem nas três possíveis configurações ambientais que desencadeiem o estado depressivo. Na primeira delas, o indivíduo perde uma fonte importante de reforçador, que pode ser representada pela perda do emprego ou diminuição da qualidade de vida em razão da queda na renda familiar. Na segunda configuração, o indivíduo encontra-se vivendo em um ambiente onde há muitas contingências de reforço negativo, com limitado acesso a reforços positivos, e todo seu repertório comportamental, está voltado

para esquiva ou fuga dos estímulos aversivos. Na terceira configuração, o indivíduo não pode controlar seu ambiente por meio de seu comportamento.

Quanto ao apoio do companheiro, observou-se diferença entre os grupos quando este apoio foi analisado em associação com a presença ou ausência de diagnóstico de depressão. Os grupos sem diagnóstico de depressão, tanto com suspeita de RCF como sem intercorrências clínicas (RCF-D e BR-D), apresentaram maior média de escore, quando comparados aos grupos com depressão (RCF+D e BR+D). Assim, as gestantes sem diagnóstico de depressão apresentam maior apoio do companheiro do que aquelas com depressão. Estudos^{59,60} que investigaram a relação entre o apoio do companheiro e a depressão também verificaram que a insatisfação da gestante quanto ao apoio recebido do companheiro está associada de forma estatisticamente significativa à presença de depressão. Lau et al.⁵⁹ investigaram 1.069 gestantes na China e verificaram que as mulheres que relataram pior relacionamento marital e falta de apoio social tinham maiores chances de apresentar depressão de leve a severa, conforme a escala EPDS. Estudo⁶⁰ inglês realizado por Husain et al. investigou 237 gestantes e encontrou que as mulheres com sintomatologia depressiva, conforme a escala EPDS apresentavam menor apoio social e eram socialmente isoladas.

No que diz respeito ao estresse, as gestantes sem intercorrências clínicas apresentaram maior média de escore de estresse quando comparadas às gestantes com suspeita de RCF. É possível que essas gestantes com menor escore de estresse estejam conseguindo realizar melhor o processo de

habituação, que é a diminuição esperada da magnitude da resposta ao longo do tempo de exposição.

É possível que a diferença nos escores de estresse dos dois grupos estudados esteja relacionada à diferença na frequência de acompanhamento dessas gestantes no hospital. Embora a suspeita de RCF possa funcionar como fator estressor adicional ao grupo de gestantes com tal suspeita, a condição é também o que proporciona a essas gestantes maior frequência de consultas médicas e exames, propiciando mais oportunidades de sanar suas dúvidas e preocupações, além da segurança propiciada pelo contato médico constante. A maior frequência de acompanhamento poderá ser um fator que favoreça a habituação das gestantes com suspeita de RCF aos eventos estressores que vivenciam. Já as gestantes sem intercorrências clínicas são acompanhadas com menor frequência, tendo menor contato com a equipe de saúde e menos ocasiões em que podem ter informações sobre o desenvolvimento do feto. Assim, os eventos estressores durante o período gestacional podem ter maior impacto sobre essas mulheres, ocorrendo em menor escala o processo de habituação.

Quando o estresse foi investigado em associação com a presença ou ausência de diagnóstico de depressão, os grupos que apresentavam diagnóstico de depressão, tanto associado à suspeita de RCF como à ausência dessa suspeita (RCF+D e BR+D), apresentaram maior média de escore de estresse que os grupos sem diagnóstico de depressão, seja associado à suspeita de RCF, seja sem tal suspeita. Tais resultados apontam que gestantes com diagnóstico de depressão apresentam maior nível de estresse do que

aquelas sem o diagnóstico. Um estudo³⁶ nos EUA, realizado por Jackson et al., investigou 101 gestantes e encontrou que a presença de estresse, conforme a escala PSS, era fator preditivo da presença de depressão, conforme a escala BDI-II. Em Taiwan, Chang et al.⁸ investigaram 300 gestantes e observaram correlação positiva ($p < 0,1$) entre presença de estresse, conforme a escala Pregnancy Stress Rating Scale e a presença de sintomatologia depressiva, conforme a escala EPDS.

Nos grupos com diagnóstico de depressão as médias de estresse obtidas foram 23 e 23,4, respectivamente, enquanto os grupos sem esse diagnóstico apresentaram como médias 17,25 e 19, respectivamente. Outro estudo brasileiro⁴⁷ que utilizou a escala PPP encontrou escore médio de estresse de 18,7. Estes dados corroboram a literatura internacional.^{8,36}

Quanto à autoestima, as gestantes sem intercorrências clínicas apresentaram maior média de escore de autoestima quando comparadas às gestantes com suspeita de RCF, sendo 34,22 e 32,7, respectivamente. Na literatura, foram encontrados dois estudos^{14,47} que também se utilizaram da escala PPP para investigação da autoestima e ambos compararam a média de escore encontrada com o ponto médio da escala. Jesse et al.⁹ encontraram 35,40 como escore médio de autoestima, enquanto Morandin⁴⁷ observou escore médio de 29,2.

A diferença estatisticamente significativa entre os grupos aqui estudados no que diz respeito à autoestima pode se dever às diferentes experiências sociais que as gestantes de cada grupo têm, tanto ao longo da vida como durante a gestação. A gestação sem intercorrências clínicas é aquela

esperada, tanto pela própria gestante como por seu círculo social e pela sociedade como um todo. Assim, essas gestantes podem ter maior probabilidade de emitir os comportamentos aceitos pelo grupo e que recebam reforçamentos positivos, como mostrar-se entusiasmada com a gestação e alimentar-se bem. Os episódios de reforçamento positivo junto à história da gestante podem dar origem a autorregras que se expressem, como autoestima satisfatória (por exemplo, sou uma boa mãe para meu bebê).

Já as mulheres com suspeita de RCF vivenciam uma gestação fora do esperado, além de sofrerem de uma condição ainda pouco compreendida pela população. Considerando as questões culturais instituídas de que toda mulher deve ser suficientemente boa para seu filho, essa gestante poderá sentir-se culpada por não estar oferecendo o melhor possível a seu bebê, além de poder ser considerada “doente”, ou mesmo, como não sendo suficientemente boa pelas pessoas de seu círculo social. Assim, essa gestante poderá ter maior probabilidade de emitir comportamentos que ela vai acreditar que não serão reforçados ou que serão punidos pelas outras pessoas, como lamentar sobre sua condição ou falar com frequência sobre não estar conseguindo suprir seu bebê. Toda essa situação poderá acabar ativando autorregras que façam a gestante agir com base em comportamentos de fuga e esquiva e que se expressem como autoestima pouco satisfatória (por exemplo, não sou boa o bastante para meu bebê).

Quando a autoestima foi investigada em associação a presença ou ausência de diagnóstico de depressão, os grupos sem diagnóstico de depressão, tanto com suspeita de RCF como sem intercorrências clínicas

(RCF-D e BR-D) apresentaram maior média de escore de autoestima quando comparados aos grupos com depressão (RCF+D e BR+D). Tais resultados sugerem que gestantes sem diagnóstico de depressão apresentam maior autoestima que gestantes com depressão. Estudo americano⁹ que também utilizou a escala PPP encontrou associação semelhante, com relação inversa entre autoestima satisfatória e depressão durante o período gestacional.

Na perspectiva da análise do comportamento, é compreensível que a depressão apareça associada à menor autoestima. Uma das possíveis configurações que desencadeiam o quadro depressivo é aquela em que as situações de reforçamento negativo são mais comuns que as de reforçamento positivo. Estas situações de reforçamento negativo podem ativar autorregras relacionadas a comportamentos de autoestima pouco satisfatória, como “não sou boa o bastante para meu bebê” ou “estou prejudicando meu bebê” que, por sua vez, alimentam um ciclo de menor número de situações para reforçamento positivo, conseqüentemente, agravando o quadro depressivo.

Assim, as gestantes com diagnóstico depressão apresentam maiores níveis de estresse, menor apoio do companheiro e menor autoestima quando comparadas àquelas sem diagnóstico de depressão. A presença ou ausência de suspeita de RCF parece não ter relação significativa com o comportamento das variáveis estresse, apoio do companheiro e autoestima.

Por fim, a análise dos dados mostra que o pertencimento da gestante ao grupo com suspeita de RCF ou ao grupo sem intercorrências clínicas só se mostra significativo em relação ao estresse, situação em que o grupo sem intercorrências clínicas aparece mais prejudicado, possivelmente, em razão do

acompanhamento mensal da gestação. Independente do grupo em que as gestantes iniciaram a pesquisa, as últimas análises apontam que entre as estudadas, aquelas que foram diagnosticadas com depressão maior apresentaram maior escore de estresse e menor escore de autoestima quando comparadas às gestantes sem tal diagnóstico. Assim, faz-se necessária investigação de quadro depressivo, uma vez que tal quadro está relacionado à piora em outros fatores psicossociais e intervenção psicológica adequada.

A psicoterapia individual é uma das intervenções mais comumente associadas à psicologia, porém, o contexto da saúde pública nos apresenta um volume de demanda que pode ser melhor trabalhado na modalidade de psicoterapia de grupo. Além de ser uma ferramenta adequada à realidade da saúde pública, por envolver um contingente maior de pessoas nas intervenções propostas, o trabalho em grupo também demonstra diversos benefícios a seus participantes, entre eles, a oportunidade de aprendizagem, tanto por meio da participação ativa durante os encontros como pela observação dos comportamentos dos outros integrantes. Uma vez que o grupo seja composto por clientes que estejam vivenciando uma situação em comum, por exemplo, o quadro depressivo durante a gestação, os integrantes do grupo podem aprender e serem reforçados tanto pelo psicólogo como pelos demais integrantes do grupo, aumentando as fontes de reforço social positivo e possibilitando a aliança entre os clientes. Além disso, os comportamentos de cada integrante do grupo podem servir como modelo aos demais integrantes, o que facilita a aquisição e manutenção de comportamentos socialmente aprovados⁷³. No entanto, para a participação nos grupos propostos é

necessária uma triagem anterior a inclusão, pois a presença de sintomas psicóticos não transitórios representa uma contraindicação⁷⁵.

A intervenção analítico-comportamental em grupo baseia, sobretudo, nas técnicas de modelação e de ensaio comportamental. A modelação é a aprendizagem por meio da observação. Nesse tipo de aprendizagem, o comportamento do psicólogo serve como modelo aos integrantes do grupo, assim como os comportamentos de cada integrante também poderão servir como modelo uns para os outros. Por meio desses modelos, os integrantes do grupo poderão adquirir novos padrões de comportamento e fortalecer ou inibir respostas já existentes em seu repertório comportamental⁷⁴. Os primeiros modelos oferecidos pelo psicólogo no trabalho em grupo são comportamentos de autorrelato com conteúdo de empatia e aceitação social. Dessa forma, o psicólogo procura servir de modelo de como os integrantes do grupo podem liberar reforço social uns para os outros.

O ensaio comportamental é a simulação de situações reais da vida de um integrante do grupo, situações nas quais ele apresenta alguma dificuldade. Esses ensaios auxiliam o psicólogo a observar comportamentos que são difíceis de serem identificados pelo relato verbal, como a postura, o tom de voz, gestos e entonação. Por meio dessa observação o psicólogo poderá apontar para o integrante quais comportamentos precisam ou não ser modificados para que seu comportamento receba reforço positivo com maior frequência.

O trabalho com grupo deve iniciar-se com a avaliação dos comportamentos emitidos por cada integrante. Geralmente, cada pessoa chega ao grupo relatando suas dificuldades de forma genérica como “fico nervosa” ou

“não tenho vontade de fazer nada”. O psicólogo, então, ajuda cada integrante a descrever suas dificuldades em termos de comportamentos específicos, de forma que fiquem claros quais são os comportamentos emitidos e quais são as consequências de tais comportamentos, tanto ao integrante do grupo como à pessoa com quem ele interage. Esta técnica tem por objetivo tornar o comportamento observável e também possível de ser modificado.

Após a avaliação inicial, o psicólogo poderá auxiliar cada integrante do grupo a identificar as situações de sua história de vida que o levaram a emitir o comportamento que ele relata lhe trazer sofrimento. O psicólogo auxiliará também na identificação das situações do cotidiano de cada um que mantém os comportamentos relatados como problemas.

Uma vez identificados os comportamentos que estão relacionados com as queixas das gestantes e as circunstâncias que mantêm tais comportamentos, o psicólogo poderá auxiliá-las a escolher uma intervenção apropriada e avaliar a eficácia dessa intervenção. As intervenções ocorrem por instruções ou regras formuladas em conjunto pelo psicólogo e a gestante, visando comportamentos que tenham grande probabilidade de serem reforçados no contexto social.

Por meio dessas intervenções, o psicólogo poderá auxiliar as gestantes a modificar os comportamentos que vêm mantendo as situações descritas, como de sofrimento, podendo assim reverter quadros de depressão e estresse ainda durante o período gestacional e, possivelmente, diminuindo riscos perinatais associados à depressão, estresse e baixa autoestima.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se a presença de depressão 16,3% entre as gestantes sem intercorrências clínicas e 17,7% entre as gestantes com suspeita de RCF.

A associação entre presença ou ausência de intercorrências clínicas e presença de depressão não foi significativa. Assim, a gestação com suspeita de RCF não está relacionada de maneira significativa a ocorrência de depressão.

A presença de depressão tanto entre gestantes com suspeita de RCF quanto entre gestantes sem intercorrências clínicas apareceu associada a maiores escores de estresse e menores escores de autoestima.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A - 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 DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:

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

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP**

Essa pesquisa será realizada com 50 gestantes que estão realizando o pré-natal no setor de Restrição de Crescimento fetal. Este estudo tem como objetivo Avaliar se você apresenta estresse, ansiedade e depressão; ver como está o seu relacionamento com o bebê e identificar se as pessoas que a cercam tem lhe apoiado neste momento da vida. Se você concordar em participar deste estudo ocorrerá o seguinte: você será entrevistada enquanto aguarda a consulta de pré-natal no Ambulatório de 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 encaminhado, se assim desejar, ao atendimento psicológico, caso seja constatado depressão, estresse, ansiedade ou alterações psicológicas significativas. 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 como 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: cappel@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 paciente. 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. Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **"Suspeita de restrição de crescimento fetal: avaliação de depressão, estresse, apoio social e autoestima"**.

Eu discuti com a Dr^a Gláucia Rosana Guerra Benute ou com algum profissional 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, seus 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 ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

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

8.2 Anexo B - Dados Sociodemográficos

Data da entrevista: ____/____/____

Protocolo no. ____

Identificação:

Nome _____ RGHC _____

Telefone contato: _____ Data de nasc.: ____/____/____ Idade: _____

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? ____

Número de gestações _____ Filhos vivos _____

Complicações nas gestações anteriores? () sim () não

Qual(is)? _____

Abortamentos espontâneo? () sim () não Quantos _____

Abortamentos provocado? () sim () não Quantos _____

Crença de fé? () sim () não

Religião: () católica () espírita/kardecista () não tem
religião

() evangélica/ crente/ protestante () não respondeu

() outras _____

8.3 Anexo C - 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 cansada 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”, deprimida ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesma -- 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 inquieta ou irrequieta 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

8.4 Anexo D - Prenatal Psychosocial Profile

Versão final em português do *Prenatal Psychosocial Profile*

PPP-VP

Número: _____

PERFIL PSICOSOCIAL NO PRÉ-NATAL (PPP)

O PPP consiste de três escalas separadas que medem o estresse, o apoio social e a auto-estima.

Avaliação do Estresse

Vários fatores podem causar estresse e preocupação. Por favor, marque o número correspondente à resposta apropriada, para cada uma das frases abaixo:

(1) nenhum estresse

(2) algum estresse

(3) estresse moderado

(4) estresse intenso

"O quanto (*cada frase*) causa estresse ou preocupação no momento para você?"

	nenhum	algum	moderado	intenso		
A. Preocupações financeiras (por exemplo: alimentação, moradia, saúde, transporte).	1	2	3	4	PREOCFIN	†
B. Outras preocupações com dinheiro (por exemplo: contas, etc).	1	2	3	4	OUTPREOC	†
C. Problemas relacionados à família (companheiro, filhos, etc).	1	2	3	4	PROBFAMI	†
D. Ter de mudar de endereço, mesmo que tenha sido recentemente ou que acontecerá no futuro.	1	2	3	4	MUDAREND	†
E. Perda recente de alguém especial.	1	2	3	4	PERDRECE	†
F. Gestação atual.	1	2	3	4	GESTATUA	†
G. Estar sofrendo violência/abuso: sexual, emocional, ou física.	1	2	3	4	SOFRVIAB	†
H. Problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	ALCODROG	†
I. Problemas no trabalho (por exemplo: ter sido despedida, etc).	1	2	3	4	PROBTRAB	†
J. Problemas relacionados aos amigos.	1	2	3	4	PROBAMIG	†

K. Sentir-se geralmente sobrecarregada. 1 2 3 4 SOBRECAR †

Avaliação do apoio

A próxima série de perguntas é sobre o quanto você está satisfeita com o apoio que você recebe de seu companheiro e/ou de outras pessoas. Em primeiro lugar, você tem um companheiro?

1. Não (*não responda essa parte, passe para o item Apoio de outras pessoas*)
2. Sim

As frases abaixo descrevem vários tipos de apoio. Em uma escala de 1 a 6, com o número 1 correspondendo a '**muito insatisfeita**' e o número 6 correspondendo a '**muito satisfeita**', solicito que você marque na tabela o número que corresponde a quanto você se sente satisfeita com o apoio que recebe do seu **companheiro**.

Apoio do companheiro:

A. Compartilha vivências comigo.	1	2	3	4	5	6	COMP VIVC	
B. Ajuda a manter meu ânimo.	1	2	3	4	5	6	AJUDA NIC	†
C. Me ajuda a sair de situações difíceis.	1	2	3	4	5	6	SITUAD IC	†
D. Mostra interesse em minhas atividades diárias e problemas.	1	2	3	4	5	6	INTATI DC	†
E. Sai de sua rotina para fazer coisas especiais e importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	ROTIE SPC	†
F. Me permite falar de coisas que são bastante pessoais e particulares.	1	2	3	4	5	6	FALAP ESC	†
G. Demonstra para mim que valoriza o que eu faço para ele.	1	2	3	4	5	6	DEMQ VALC	†
H. Tolera meus "altos e baixos" e meus comportamentos inesperados.	1	2	3	4	5	6	TOLAL TBC	†
I. Me leva a sério quando eu tenho preocupações.	1	2	3	4	5	6	SERPR EOC	†
J. Me diz coisas que tornam minha situação mais clara e fácil de ser compreendida.	1	2	3	4	5	6	SITUCL FC	†

K. Deixa claro que ele estará por perto se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	PERTS PRC	†
---	---	---	---	---	---	---	--------------	---

Por favor, agora leia as mesmas frases e responda o quanto você se sente satisfeita em relação ao apoio que recebe de **outras pessoas**:

Apoio de outras pessoas:

A. Compartilha vivências comigo.	1	2	3	4	5	6	COMPVIVO	†
B. Ajuda a manter meu ânimo.	1	2	3	4	5	6	AJUDANIO	†
C. Me ajuda a sair de situações difíceis.	1	2	3	4	5	6	SITUADIO	†
D. Mostra interesse em minhas atividades diárias e problemas.	1	2	3	4	5	6	INTATIDO	†
E. Sai de sua rotina para fazer coisas especiais e importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	ROTIESPO	†
F. Me permite falar de coisas que são bastante pessoais e particulares.	1	2	3	4	5	6	FALAPESO	†
G. Demonstra para mim que valoriza o que eu faço para ele/ela.	1	2	3	4	5	6	DEMQVALO	†
H. Tolerar meus "altos e baixos" e meus comportamentos inesperados.	1	2	3	4	5	6	TOLALTBO	†
I. Me leva a sério quando eu tenho preocupações.	1	2	3	4	5	6	SERPREOO	†
J. Me diz coisas que tornam minha situação mais clara e fácil de ser compreendida.	1	2	3	4	5	6	SITUCLFO	†
K. Deixa claro que ele/ela estará por perto se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	PERTSPRO	†

Avaliação da autoestima

Todos nós carregamos conosco algum tipo de imagem de nós mesmos. As frases abaixo são frases que geralmente as pessoas usam para se descreverem. Por favor, leia cada uma e marque abaixo o número que indica o quanto você concorda ou não se a frase descreve você, conforme os números abaixo:

(1) Concordo completamente (2) Concordo (3) Discordo (4) Discordo completamente

	Concordo completa- mente	Concordo	Discordo	Discordo comple- tamente		
A. Você sente que é uma pessoa de valor, ou pelo menos que é igual aos outros.	1	2	3	4	VALORIGU	†
B. Você sente que tem um grande número de qualidades.	1	2	3	4	NUMQUALI	†
C. No final das contas, você sente que é um fracasso.	1	2	3	4	SENTFRAC	†
D. Você se sente capaz de fazer as coisas pelo menos tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3	4	TBEQMAIO	†
E. Você sente que não tem muito do que se orgulhar.	1	2	3	4	NAOTEORG	†
F. Você tem uma atitude positiva consigo mesma.	1	2	3	4	ATITUPOS	†
G. De modo geral, você se sente satisfeita consigo mesma.	1	2	3	4	SATICONs	†
H. Você queria ter mais respeito por si mesma.	1	2	3	4	MARESPCM	†
I. Às vezes, você se sente inútil.	1	2	3	4	SENTEINU	†
J. Às vezes, você acha que não é suficientemente boa.	1	2	3	4	NAOBOAQC	†
K. Você acha que controla a sua vida.	1	2	3	4	CONTSUVI	†

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV. *Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP*. 5a edição. São Paulo: Atheneu; 2015.
2. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, Barros AJ. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:s390-s398.
3. Verdugo-Muñoz LM, Alvarado-Llano JJ, Bastidas-Sánchez BE, Ortiz-Martínez RA. Prevalencia de restricción del crecimiento intrauterino en el Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;66(1):61-66.
4. Uguz F, Gezginc K, Yazici F. Are major depression and generalized anxiety disorder associated with intrauterine growth restriction in pregnant women? A case-control study. *General Hospital Psychiatry*. 2011;33:640.e7-640.e9.
5. Quispel C, Bangma M, Kazemier BM, Steegers EAP, Hoogendijk WJG, Papatsonis DNM, Paarlberg KM, Berg MPLD, Bonsel GJ. The role of depressive symptoms in the pathway of demographic and psychosocial risks to preterm birth and small for gestational age. *Midwifery*. 2014;30:919-25.
6. Khashan, AS, Everard, C., McCowan, L. M. E., Dekker, G., Moss-Morris, R., Baker, P. N., ... & Kenny, L. C. (2014). Second-trimester maternal

- distress increases the risk of small for gestational age. *Psychological medicine*. 2014;44(13):2799-2810.
7. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(4):219-228.
 8. Chang HC, Chen SY, Chen CH. Predictors of Antenatal Psychosocial Stress in Taiwanese Women. *Journal of Nursing Research*. 2016;24(3):193-200.
 9. Jesse, DE, Swanson, MS. Risks and resources associated with antepartum risk for depression among rural southern women. *Nursing research*. 2007;56(6):378-386.
 10. Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. 11a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
 11. Depression Fact Sheet [on-line]. Organização Mundial da Saúde; 2016 [citado 23 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> .
 12. Organização Mundial da Saúde. *The global burden of disease: 2004 Update*. Suíça: WHO Press; 2008.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
 14. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.
 15. Agostini F, Neri E, Salvatori P, Dellabartola S, Bozicevic L, Monti F. Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events

- and Sources of Social Support Among Italian Women. *Maternal and child health journal*. 2015;19:1131-41.
16. Fester CB. A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*. 1973;28(10):857-70.
 17. Hunziker MHL. (2001). O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. 2001;3:143-151.
 18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for depression during and after pregnancy. Committee Opinion No. 453. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;115(2 Pt 1):394-5.
 19. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press, 2008.
 20. Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC. Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2014;19:807-12.
 21. Lara AM, Navarrete L, Nieto L, Martín JPB, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*. 2015;175:18-24.
 22. Molina KM, Kiely M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Women's Health Issues*. 2011;21(4):293-303.

23. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Junior RF, de Lucia MCS, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*. 2010;65(11):1127-31.
24. Pereira, PK, Lovisi, GM, Pilowsky, DL, Lima, LA, Legay, LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(12):2725-36.
25. Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, Underwood L, Pryor JE, Carr PA, Grant C, Morton SMB. Depression symptoms during pregnancy: Evidence from *Growing Up in New Zealand*. *Journal of Affective Disorders*. 2015;186:66-73.
26. Brittain K, Myer L, Koen N, Koopowitz S, Donald KA, Barnett W, Zar HJ, Stein DJ. Risk Factors for Antenatal Depression and Associations with Infant Birth Outcomes: Results From a South African Birth Cohort Study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2015;29(6):505-514.
27. Perlen S, Woolhouse H, Gartland D, Brown SJ. Maternal depression and physical health problems in early pregnancy: Findings of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*. 2013;29:233-9.
28. Straub H, Adams M, Kim JJ, Silver RK. Antenatal depressive symptoms increase the likelihood of preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012;207:329.e1-4.
29. Melo Jr. EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136:1204-1208.

30. Silva, RAD, Jansen, K, Souza, LDDM, Moraes, IGDS, Tomasi, E, Silva, GDGD, Dias, MS, Pinheiro, RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(2):139-44.
31. Thiagayson P, Krishnaswamy G, Lim ML, Sung SC, Haley CL, Fung DSS, Allen Jr JC, Chen H. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies – prevalence and screening. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):112-6.
32. Juhas TR, Benute GRG, de Lucia MCS, Francisco RPV. Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *MedicalExpress*. 2014;1(2):87-90.
33. Orr, ST, Blazer, DG, James, SA, Reiter, JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of women's health*. 2007;16(4):535-42.
34. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Archives of women's mental health*. 2013;16:475-82.
35. 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 *Archives of general psychiatry*. 2010;67(10):1012-24.
36. Jackson FM, Rowley DL, Owens TC. Contextualized stress, global stress, and depression in well-educated, pregnant, African-American women. *Women's Health Issues*. 2012;22(3):e329-e336.

37. Selye H. The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American scientist*. 1973;61(6):692-699.
38. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*. 1976;115(1):53-56.
39. Willner P. Validity, reliability and utility of the chronic mild stress model of depression: a 10-year review and evaluation. *Psychopharmacology*. 1997;134(4):319-329.
40. Rankin CH, Abrams T, Barry RJ, Bhatnagar S, Clayton D, Colombo J, Coppola G, Geyer MA, Glanzman DL, Marsland S, McSweeney F, Wilson DA, Wu C, Thompson RF. Habituation revisited: an updated and revised description of the behavioral characteristics of habituation. *Neurobiology of learning and memory*. 2009;92(2):135-138.
41. Stress no Brasil [on-line]. Instituto de Psicologia e Controle do Stress; 2013 [citado 23 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.estresse.com.br/pesquisa/stress-brasil/> .
42. *Stress in America™ Paying With Our Health* [on-line]. American Psychological Association;2015 [citado 23 ago. 2016]. Disponível em: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2014/stress-report.pdf>
43. American College of Obstetricians and Gynecologists. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Committee Opinion No. 343. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;108(2):469-77.
44. Rieger KL, Heaman ML. Factors associated with high levels of perceived prenatal stress among inner-city women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2016;45(2):180-195.

45. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Perceived Pregnancy Stress and Quality of Life amongst Iranian Women. *Global journal of health science*. 2014;6(4):270-7.
46. McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H, Dolan SM, Tough SC. Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Archives of women's mental health*. 2015;17(6):559-568.
47. Morandin KMM. *Avaliação do perfil psicossocial das gestantes atendidas na rede básica de saúde do município de Catanduva – SP* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
48. Iranzad I, Bani S, Hasanpour S, Mohammadalizadeh S, Mirghafourvand M. Perceived Social Support and Stress among Pregnant Women at Health Centers of Iran-Tabriz. *Journal of caring sciences*. 2014;3(4):287-95.
49. Esper, L. H., Furtado, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 2010;6(spe):368-386.
50. Rondo PHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European journal of clinical nutrition*. 2003;57(2):266-272.
51. Chang TC, Robson SC, Boys RJ, Spencer JA. Prediction of the small for gestational age infant: which ultrasonic measurement is best? *Obstetrics and Gynecology*. 1992;80:1030–8.

52. Williams RL, Creasy RK, Cunningham MD, Hawes WE, Norris FD, Tashiro M. Fetal growth and perinatal viability in California. *Obstetrics and Gynecology*. 1982;59:624 – 632.
53. Abujilban SK, Abuidhail J, Al-Modallal H, Hamaideh S, Mosemli O. Predictors of antenatal depression among jordanian pregnant women in their third trimester. *Health care for women international*. 2014;35(2):200-215.
54. Curry MA, Campbell RA, & Christian M. Validity and reliability testing of the prenatal psychosocial profile. *Research in nursing & health*. 1994;17(2):127-135.
55. Sampaio AAS, Andery MAPA. Comportamento social, produção agregada e prática cultural: uma análise comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(1):183-192.
56. Wu SV, Young L, Yeh F, Jian Y, Cheng K, Lee M. Correlations Among Social Support, Depression, and Anxiety in Patients With Type-2 Diabetes. *Journal of Nursing Research*. 2013;21(2):129-138.
57. Compare A, Zarbo C, Mazoni GM, Castelnuovo G, Baldassari E, Bonardi A, Callus E, Romagnoni C. Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in Psychology*. 2013;4:384.
58. Wills TA. Social Support and health. In: Baum A, Newman S, Weinman J, West R, McManus C. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press;1997: 168-70.

59. Lau Y, Yin L, Wang Y. Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Maternal and child health journal*.2011;15(8): 1416-1426.
60. Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson B, Rahman A. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of affective disorders*. 2012;140(3):268-276.
61. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Archives of women's mental health*. 2014;17(2):145-154.
62. Rosenberg, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
63. Coopersmith, S. *The antecedents of self-esteem*. São Francisco: W.H.Freeman, 1967.
64. Guilhardi, HJ. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: Brandão MZS, Conte FCS, Mezzaroba SMB, org. *Comportamento Humano - Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor*. Santo André: ESETec Editores Associados; 2002. p.63-98.
65. Orth, U, Robins, RW, Widaman, KF, Conger, RD. Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental psychology*. 2014;50(2):622.
66. Lee, JS, Joo, EJ, Choi, KS. Perceived Stress and Self-esteem Mediate the Effects of Work-related Stress on Depression. *Stress and Health*. 2013;29(1):75-81.

67. IBGE. Sistema de contas nacionais : Brasil : 2010-2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
68. IBGE, I. Contas nacionais trimestrais: indicadores de volume e valores correntes julho/setembro 2016. *Rio de Janeiro: IBGE;2016.*
69. IBGE, I. Contas nacionais trimestrais: indicadores de volume e valores correntes outubro/dezembro 2016. *Rio de Janeiro: IBGE;2017.*
70. INDICADORES, I. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Dezembro de 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
71. INDICADORES, I. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Dezembro de 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
72. Mitchell, AJ, Vaze, A, Rao. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet.* 2009;374(9690):609-19.
73. Borges NB, Cassas FA. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos.* Porto Alegre: Artmed Editora; 2012.
74. Bandura, A. *Principles of behavior modification.* New York: Holt, Rinehart and Winston; 1969.
75. Oliveira, ITD. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. *Psicologia: teoria e prática* 202;4(1):39-48.