**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARCELLA MURATA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES DE
BAIXO RISCO**

**São Paulo
2012**

MARCELLA MURATA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES DE
BAIXO RISCO**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Murata, Marcella
Sintomas depressivos em gestantes de baixo risco /
Marcella Murata . -- São Paulo, 2012.
94 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Alice Tsunehiro
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Depressão 2. Diagnóstico pré-natal
3. Gravidez 4. Enfermagem obstétrica I. Título.

Nome: Marcella Murata

Título: Sintomas depressivos em gestantes de baixo risco

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em
Saúde

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo amor e carinho:

A meus pais Mauro e Shirley, pelo incentivo e oportunidade sempre ofertada mesmo nas dificuldades na busca de meus sonhos; meus exemplos a serem seguidos, meus maiores tesouros da vida!

A minha irmã Anna Paula, pelo ombro amigo, por sempre cuidar de mim e estar a meu lado!

A meu namorado Edgar, pelo companheirismo, apoio e incentivo sempre me ofertado ao longo desta jornada. Meu porto seguro, você foi simplesmente essencial para esta nova conquista!

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro, minha orientadora querida, tenho imensa gratidão por toda oportunidade e conhecimento ofertados, pelo apoio em todos os momentos e meu ingresso no aprendizado em pesquisa, além da disponibilidade ofertada.

À Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Bonadio, pelas valiosas contribuições, sempre presente com minha orientação acadêmica e aprendizado.

À Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura, pelo aprendizado sobre pesquisa e sugestões ofertadas.

À Prof.^a Dr.^a Marlise de Oliveira Pimentel Lima, sempre me auxiliando e presente no desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Ivone Borelli, pela revisão do texto em língua portuguesa.

Ao Luis Carlos Ferreira de Almeida e Lucas Petri Damian, pela paciência e compreensão durante análises estatísticas dos dados e disponibilidade.

A Cíntia Hitomi Yamashita, pela amizade conquistada e companheirismo ao longo desta jornada.

A Elisiany Mello Costa, pela amizade conquistada, por sempre se preocupar comigo e juntas atingirmos mais esta conquista.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação e da Secretaria do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo apoio.

Aos funcionários do Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal, em especial, a enfermeira Eneida de Fátima Pereira Araújo, pelos ensinamentos práticos que levarei para toda a vida.

Às gestantes que aceitaram participar deste estudo, sem as quais este trabalho não seria possível.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, mas, que na emoção do momento deixei de citar...

Murata M. **Sintomas depressivos em gestantes de baixo risco** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução: A gravidez é um período de importantes alterações emocionais para a mulher, levando a um maior risco para ocorrência de transtornos depressivos na gestação, sobretudo no pós-parto e desfechos obstétricos adversos que podem influenciar o desenvolvimento da criança. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de sintomas depressivos ao longo da gestação. **Método:** Estudo longitudinal, com amostra composta por 272 gestantes de baixo risco obstétrico, matriculadas em serviços públicos de pré-natal da zona sul do Município de São Paulo no período entre 2008 a 2010. Foram utilizados dois instrumentos: um formulário para obtenção de dados de caracterização da gestante e a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para avaliação de sintomas depressivos. A EPDS foi aplicada em três momentos, nas 20^a, 28^a e 36^a semanas de gestação; o escore ≥ 13 foi considerado como presença de sintomas depressivos. O estudo fez parte do Projeto “Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional”, financiado pelo CNPq (Processo nº 479016/2007-0) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 154/08). **Resultados:** Os dados da gestante indicaram idade média 25,3 ($\pm 5,46$) anos, 52,1% de etnia caucasiana, escolaridade média 9,5 ($\pm 2,52$) anos, 91,0% com companheiro fixo, 37,5% primigestas, 90,1% referiram queixas, 11,8% afirmaram ter sofrido violência física e 29,8% violência emocional, 19,8% fumantes, 28,7% consumiam bebida alcoólica e 4,8% eram usuárias de drogas ilícitas. Os níveis de consistência interna verificados pelo Alpha de Cronbach 0,83, 0,84 e 0,84 mostraram-se satisfatórios nos três momentos. A proporção de mulheres que apresentou sintomas depressivos variou nos três momentos, sendo 27,2% nas 20^a, 21,7% nas 28^a e 25,4% nas 36^a semanas de gestação. Conforme o Teste de Friedman, não houve diferença significativa entre os escores da EPDS e EPDS ≥ 13 dos três momentos. Ao longo da gestação 54,5% das mulheres foram consideradas sem sintomas depressivos, 7,0% delas com sintomas em todos os momentos e 14,4% apenas no primeiro. No modelo multivariado, observou-se que as variáveis associadas maior escolaridade, religião evangélica, maior renda familiar, ter planejado e aceito a gravidez foram fatores de proteção para a presença de sintomas depressivos e que a violência emocional e ter mais queixas relacionadas à gestação foram fatores de risco. **Conclusão:** As mulheres grávidas acompanhadas nos serviços públicos apresentaram prevalências de sintomas depressivos relativamente altas, evidenciando a necessidade de constante avaliação das variáveis que podem afetar a saúde mental, como parte do cuidado pré-natal.

Palavras-chave: Depressão, Pré-natal, Gestantes, Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Murata M. Depressive symptoms in pregnant women at low risk [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of important emotional changes for women, leading to a higher risk for occurrence of depressive disorders in pregnancy, postpartum and obstetric outcomes in particular adverse events that can influence the child's development. **Objective:** To evaluate the occurrence of depressive symptoms during pregnancy. **Methods:** Longitudinal study, with a sample composed of 272 pregnant women with low obstetrics risk, enrolled in antenatal services in the southern area the city of São Paulo in the period from 2008 to 2010. We used two instruments: a form for obtaining maternal characterization data and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for assessment of depressive symptoms. The EPDS was applied in three moments in the 20th, 28th and 36th weeks of gestation, the score ≥ 13 was considered as the presence of depressive symptoms. The study was a part of the project "Quality of life of women with depressive symptoms during pregnancy", and approved by the Ethics in Research Committee nº 154/08/CEP/SMS. **Results:** Data from pregnant women indicated mean age 25.3 (± 5.46) years, 52.1% caucasians, mean education 9.5 (± 2.52) years, 91.0% with steady partner, 37.5% first pregnancy, 90.1% reported complaints, 11.8% reported having experienced physical and emotional violence 29.8%, 19.8% were smokers, 28.7% consumed alcohol and 4.8% were users of illicit drugs. The levels of internal consistency checked by Cronbach's Alpha 0.83, 0.84 and 0.84 proved satisfactory in the three moments. The proportion of women who had depressive symptoms varied in the three moments, being 27.2% in the 20th, 21.7% in the 28th and 25.4% in the 36th. According to the Friedman test, there was no significant difference between the scores of the EPDS and EPDS ≥ 13 . Throughout pregnancy 54.6% of women were considered without depressive symptoms, 7.0% had symptoms at all moments and only 14.4% in the first. In the multivariate model showed that the variables associated with higher education, evangelical religion, higher family income, have planned and accepted pregnancy were protective factors for depressive symptoms and emotional violence and have more complaints were related to pregnancy risk factors. **Conclusion:** Pregnant women monitored in the public services showed relatively high prevalence of depressive symptoms, suggesting the need for constant evaluation of variables that can affect mental health as part of prenatal care.

Keywords: depression, prenatal care, pregnant women, obstetric nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2008-2010.	40
Tabela 2 -	Distribuição das gestantes, conforme renda familiar, co-habitantes e salário mínimo. São Paulo, 2008-2010.....	42
Tabela 3 -	Distribuição das gestantes, conforme as variáveis obstétricas. São Paulo, 2008-2010.....	43
Tabela 4 -	Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas apresentadas. São Paulo, 2008-2010.	44
Tabela 5 -	Distribuição do tipo de queixa referida pelas 245 gestantes. São Paulo, 2008-2010.....	45
Tabela 6 -	Distribuição das gestantes, conforme as variáveis comportamentais. São Paulo, 2008-2010.....	45
Tabela 7 -	Distribuição das gestantes, conforme a experiência de violência. São Paulo, 2008-2010.	46
Tabela 8 -	Distribuição das gestantes, conforme as idades gestacionais nos três momentos. São Paulo, 2008-2010.	47
Tabela 9 -	Distribuição das gestantes, conforme os valores da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> , de acordo com a idade gestacional e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.	48
Tabela 10 -	Distribuição das variáveis da EPDS, conforme média, desvio-padrão, número mínimo e máximo, de acordo com as respostas das gestantes nos três momentos. São Paulo, 2008-2010.....	50
Tabela 11 -	Distribuição das pontuações da EPDS obtidas ao longo da gestação. São Paulo, 2008-2010.....	51

Tabela 12 - Comparação dos escores do EPDS dos três momentos. São Paulo, 2008-2010.....	52
Tabela 13 - Distribuição das gestantes, conforme a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação. São Paulo, 2008-2010.	52
Tabela 14 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.....	53
Tabela 15 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis obstétricas e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.....	55
Tabela 16 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis comportamentais e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.....	56
Tabela 17 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme experiência de violência física, emocional, problema psicológico/psiquiátrico e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.	57
Tabela 18 - Razão de chance (RC) estimada pela regressão logística das variáveis associadas a EPDS na primeira etapa. São Paulo, 2008-2010.	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	31
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
3.2 LOCAL DE ESTUDO	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	35
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS	40
4.1 CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES.....	40
4.2 OCORRÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS	47
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS MATERNAS E A EPDS	53
4.4 REGRESSÃO LOGÍSTICA	57
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÕES.....	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	86
ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período marcado por alterações significativas que envolvem aspectos sociais, profissionais, familiares, conjugais e pessoais, com uma relação entre as questões físicas e emocionais (Bortoletti, 2007). São momentos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção por englobarem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental. Em geral, a gravidez está associada a um estado de felicidade e, até há pouco tempo, acreditava-se que teria um efeito protetor sobre a saúde mental da mulher (Camacho et al., 2006).

A gestação exerce um enorme efeito psicobiológico e fisiológico sobre o corpo e a mente da mulher pelas mudanças nos níveis de estrógeno e progesterona, bem como pela significativa supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano (Suppaseemanont, 2006).

A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial, buscando manter ou recuperar o bem-estar (Falcone et al., 2005). Estima-se que, aproximadamente, 20% das mulheres irão apresentar depressão em alguma fase de suas vidas, o que torna este agravo um significativo problema de saúde pública, com impactos não apenas na vida da mulher, mas, de toda sua família (Seyfried, Marcus, 2003).

Algumas estimativas vêm mostrando que uma entre cinco mulheres irá apresentar, pelo menos, um episódio depressivo ao longo da vida, geralmente, no período reprodutivo, entre 20 e 40 anos de idade (Orr et al., 2007).

Conforme Bortoletti (2007), a gestante não tem certeza de nada, ou seja, não sabe como será sua gestação, se conseguirá ou não manter suas atividades, se necessitará de repouso ou não, como se tornará sua vida com seu parceiro, como está o feto dentro de si, se o parto será prematuro ou a

termo, a via do parto, ou até mesmo, como será o bebê; e tais sentimentos poderão desencadear um transtorno psíquico.

O termo depressão pode significar tanto um estado afetivo normal como um sintoma, uma síndrome ou doença; pode ser associado a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda (Felix, Gomes, Franca, 2008). Como síndrome ou doença inclui alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (Motta, Lucion, Manfro, 2005).

A depressão é uma condição psicopatológica que, mesmo em níveis subclínicos, afeta o desenvolvimento da gravidez, tanto a mãe como o feto, no curto e longo prazo (Campagne, 2004).

A presença de sintomas depressivos na gestação afeta a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelas mulheres (Lima, 2011). Se o estado depressivo gestacional não for detectado e tratado precocemente poderá haver uma repercussão negativa sobre a saúde materna e infantil que permanecerá mesmo após o nascimento (Ryan, Milis, Misri, 2005).

Zukerman et al. (1998) consideram que a mulher grávida com sintomas depressivos é mais susceptível a apresentar um comportamento prejudicial durante o período antenatal, quando comparada àquela sem sintomas, algumas buscam alívio dos sintomas pela automedicação, ou até mesmo pelo uso de substâncias como cigarro, bebida alcoólica ou drogas ilícitas. Alguns estudos epidemiológicos sugerem que o uso do tabaco durante o período gestacional está associado com a maior incidência de complicações durante a gestação, como o aborto, gestação ectópica, prematuridade, descolamento placentário, ruptura prematura de membranas, até mesmo morte fetal; pode ocorrer também após o nascimento um risco elevado para desenvolvimento de asma e bronquite, além dos riscos de afetarem o desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança (Hofhuis, de Jongste, Merkus, 2003; Button, Thapar, McGuffin, 2005; Goodwin, Keyes, Simuro, 2007).

Dessa forma, a triagem de sintomas depressivos na gestação é um importante fator para a melhoria da assistência perinatal, reduzindo os efeitos adversos à qualidade de vida relacionada à saúde da gestante, bem como outros resultados nocivos à saúde materna e do conceito como baixo

peso ao nascer, diminuição no escore do Apgar, prematuridade e diminuição na circunferência cefálica (Steer et al., 1992; Sandman et al., 1994).

Atualmente, vem-se dando maior importância ao tema, e estudos recentes têm visado delinear os fatores de risco para os transtornos psiquiátricos nessas fases da vida, a fim da realização de diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível (Camacho et al., 2006). Para Fonseca, Silva e Otta (2010), as condições físicas e psicológicas da mãe nos períodos que antecedem e sucedem o parto, revestem-se de grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento da díade.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), um episódio depressivo pode ser leve, moderado ou grave, dependendo do número e da severidade dos sintomas. O transtorno depressivo grave é um problema de saúde pública em atendimento médico primário, por sua prevalência e impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (Fleck et al., 2002).

Dentre os variados sintomas, podem ocorrer o rebaixamento do humor, a redução da energia e diminuição da atividade, além de uma redução na capacidade de concentração, interesse e alegria, sendo comum demonstrar um cansaço extremo, após um esforço mínimo. Também podem apresentar distúrbios do sono e diminuição do apetite. A autoestima e a autoconfiança diminuem e, mesmo na depressão leve, ideias de culpa ou de desvalorização estão frequentemente presentes. O rebaixamento do humor varia pouco, dia após dia, não correspondendo às circunstâncias reais, e pode ser acompanhado por sintomas somáticos, como perda de interesse e de sentimentos prazíveis, acordar mais cedo que a hora habitual, podendo apresentar sentimento depressivo pior pela manhã, com retardo psicomotor, agitação, perda do apetite, perda de peso e da libido (WHO, 2007).

No primeiro trimestre da gravidez, muitas mulheres apresentam sintomas como cansaço, letargia, labilidade emocional, irritabilidade, mudanças de apetite, diminuição da libido e distúrbios do sono. Na maior parte dos casos, esta condição melhora em torno da metade da gravidez, mas, em aproximadamente, 10% dos casos, estes sintomas podem tornar-

se severos e persistentes, sendo uma minoria que procura ajuda ou é identificada, como portadora de sintomas depressivos (Rocha, 1991).

Conforme revisão realizada por Lancaster et al. (2010), os potenciais fatores de risco encontrados para a ocorrência dos sintomas depressivos na gestação foram ansiedade, estresse, história pessoal de depressão, suporte social, violência doméstica, planejamento da gestação, relacionamento, características sociodemográficas (renda familiar, escolaridade, idade), uso de tabaco, álcool ou outras drogas ilícitas.

A prevalência da depressão na gravidez varia dependendo da forma da triagem e diagnóstico das mulheres. Estudos apontam prevalência de depressão na gestação de 7,4% no primeiro trimestre a 17,0% no último (Camacho et al., 2006) e até 20,0% (Ryan, Milis, Misri, 2005). Existem pesquisas indicando que os índices de sintomas depressivos no terceiro trimestre da gestação são mais elevados se comparados a 6 meses, após o parto (Evans et al., 2001).

Pesquisas que empregaram entrevistas diagnósticas padronizadas, seguindo os critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) ou DSM-IV (APA, 1994), encontraram frequências abaixo de 15% (Mitsuhiro et al., 2006; Ferri et al., 2007); e os estudos que usaram escalas e inventários para o rastreamento de sintomas depressivos encontraram prevalências maiores, em torno de 25% a 30% (Villanueva, Pérez-Fajardo, Iglesias, 2000; Freitas, Botega, 2002; Figueiredo et al., 2006; Caputo, Bordin, 2007; Freitas et al., 2008). Para Pereira et al. (2010), essa diferença pode ser explicada pelo fato de que os sintomas depressivos são mais frequentes na população que a depressão propriamente dita.

Embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-parto, a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo da saúde pública, visto que a depressão pós-natal constitui um forte fator de risco, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, além das novas evidências de que a depressão gestacional possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afetar o desenvolvimento da criança (Rahman et al., 2004; Patel, Prince, 2006).

Almeida et al. (2012) referem que, historicamente, a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, talvez pela influência de dois fatores. Um deles, é a crença popular de a gravidez ser um período de bem-estar às mulheres. Outro, é a maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde (Kendell et al., 1976). No entanto, os dados epidemiológicos apontam que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gravidez e no puerpério (Gavin et al., 2005; van Bussel, Spitz, Demyttenaere, 2006; Grant, MacMahon, Austin, 2008).

A depressão pós-parto é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe como o desenvolvimento de seu filho. A depressão maior ocorre por período mínimo de 2 semanas, com a presença de humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda de interesse nas atividades anteriormente agradáveis) associada a, pelo menos, quatro dos sintomas: alteração de peso ou apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio (Cruz, Simões, Faisal-Cury, 2005).

A depressão pós-parto pode ocasionar pensamentos obsessivos, envolvendo violência contra a criança e possibilidade de negligência nos cuidados infantis, inclusive diminuição do período de amamentação (Medeiros, Furtado, 2004). Provoca sentimentos negativos, culpa e desinteresse pela criança e influencia insatisfatoriamente a interação mãe-filho, podendo ocasionar impacto negativo no desenvolvimento do recém-nascido, tanto imediato como a longo prazo (Mattar et al., 2007). Existem evidências de associação com distúrbios de comportamento nesses filhos aos 3 anos e defeito cognitivo aos 4 anos de idade (Da-Silva et al., 1998).

Além disso, no período pós-natal, a depressão pode determinar negligência e mesmo maus-tratos ao recém-nascido, considerando seu completo estado de dependência quanto às necessidades nutricionais, afetivas e de cuidados gerais (Felix, Gomes, Franca, 2008). Nesse período, o comprometimento do vínculo materno tem sido associado a repercussões

a longo prazo na criança, incluindo insegurança, comprometimento do desenvolvimento emocional, da linguagem, atenção e de outras habilidades cognitivas (Payne, 2007).

Dentre os possíveis transtornos emocionais que podem ocorrer no período pós-parto, três podem ser enfatizados: melancolia da maternidade “*baby blues*”, psicose puerperal e depressão (Alt, Benetti, 2008). Para os autores citados, algumas mulheres, em torno do 3º dia após o parto, apresentam depressão precoce ou “*baby blues*”, um estado de fragilidade e hiperemotividade, e o choro e a tristeza são acompanhados por sentimentos de falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê.

O “*baby blues*” corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre a mãe e o bebê, equivale ao período necessário para a mãe compreender que o bebê é um ser separado dela, marcando o fim da gravidez psíquica (Catão, 2002). A depressão pós-parto ocorre após o “*baby blues*”, e os sentimentos depressivos não cedem ao final de 2 semanas depois do parto, sendo uma manifestação psicopatológica importante, pois cerca de 10% a 15% das mulheres desencadeiam um quadro depressivo dentro dos 3 primeiros meses, após o parto (Alt, Benetti, 2008).

Uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos é apontada na determinação da depressão pós-parto; nesse contexto, é possível que exista uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento: o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do neonato, a dificuldade em amamentar e as dificuldades no parto (Felix, Gomes, Franca, 2008).

Na gestação, os níveis de estrógeno e progesterona são superiores àqueles fora do período gestacional, e esse fator pode estar envolvido nas alterações de humor que ocorrem nessa fase; a queda brusca desses hormônios no pós-parto estaria envolvida na etiologia da depressão puerperal (Camacho et al., 2006).

Durante o período gestacional ou puerpério, a presença de sintomas mentais graves é de grande importância, não só pela associação com indicadores de morbidade e mortalidade, mas também pelas consequências

e suas possíveis complicações. Atualmente, busca-se otimizar o diagnóstico e a disposição de tratamentos eficientes para prevenir e tratar esses transtornos (Lugo, Mondragón, 2006). De acordo com Hartley et al. (2011), a detecção da depressão ao longo da gestação é um preditor importante da depressão pós-parto, possibilitando tratamento e acompanhamento adequado de forma efetiva. Da mesma forma, o estudo de Silva et al. (2012) evidenciou que mulheres com depressão pré-natal foram as que tiveram alto risco para depressão pós-parto; os resultados mostraram que a quase metade (46,9%) das mulheres com sintomas depressivos na gestação apresentaram sintomas depressivos no pós-parto.

Em estudo realizado em Pelotas (RS), a ocorrência de episódio depressivo foi de 21,1% em uma população de gestantes assistidas no sistema público de saúde da cidade. As mulheres grávidas acompanhadas nesse serviço demonstraram alta prevalência de depressão; além disso, observou-se que a história psiquiátrica, baixo suporte e eventos estressores aumentam a probabilidade de depressão no período pré-parto (Silva et al., 2010).

A enfermagem é a parcela da equipe multidisciplinar que convive em contato direto com a mulher ao longo do período gestacional por mais tempo, o que viabiliza o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas depressivos e sua prevenção. As escalas de rastreamento de sintomas depressivos fazem parte da estratégia de busca ativa, sendo muito utilizadas em pesquisas, mas, não na prática. Diversas organizações já recomendam a rotina de rastreamento de depressão antenatal, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda o rastreamento durante cada semestre da gestação (ACOG, 2006).

Dessa forma, a atuação multiprofissional com gestantes deve envolver a interação de muitos fatores, entre eles, a história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e a qualidade da assistência. Assim, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente,

deve incluir o cuidar da mulher grávida considerando suas necessidades biopsicossociais e culturais (Falcone et al., 2005).

Para Matheus (2007), o pré-natal bem assistido torna a gestante mais hígida, mais segura, psicologicamente preparada, e essa assistência estende-se até o momento pós-parto; por meio dele é possível reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, inclusive a prematuridade e até mesmo o óbito fetal. O atendimento pré-natal adequado culmina no parto de um recém-nascido saudável sem prejuízo à saúde materna.

É de suma importância que o profissional saiba orientar a mulher quanto às alterações próprias da gestação, tanto físicas como psicológicas. Se ela compreender que haverá essas alterações que, na realidade, são adaptações de seu organismo ao momento vivido, terá uma gestação mais tranquila e sentirá mais segurança (Matheus, 2007).

Nesse contexto, é incontestável a necessidade de avaliar cuidadosamente a saúde mental das mulheres grávidas, pois ainda há escassez de estudos em nosso meio sobre os sintomas depressivos no período gestacional. Sendo assim, pretende-se que os resultados deste estudo auxiliem os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no acompanhamento pré-natal, atendendo as necessidades da gestante de forma integral e individualizada, contribuindo para a redução da morbidade materna e perinatal, bem como trazer uma contribuição ao conhecimento sobre sintomas depressivos em mulheres grávidas brasileiras.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de sintomas depressivos ao longo da gestação de baixo risco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a ocorrência de sintomas depressivos ao longo da gestação;
2. Associar a ocorrência de sintomas depressivos com a idade, etnia, situação conjugal, escolaridade, religião, trabalho, renda familiar, número de gestações, paridade, número de queixas, planejamento da gestação, aceitação da gestação, violência física e emocional, fumo, consumo de álcool e outras drogas.

CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta investigação consiste em uma análise de dados secundários procedentes da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional”, financiada pelo CNPq – Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 479.016/2007-0). Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, desenvolvido em serviços de pré-natal do Município de São Paulo que atendem gestantes de baixo risco obstétrico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa original foi desenvolvida em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito do Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo e no Ambulatório de Pré-natal do Amparo Maternal, maternidade filantrópica localizada na região sudeste da cidade de São Paulo. As UBS contam com equipes da Estratégia de Saúde da Família em parceria com a UNASP – Centro Universitário Adventista de Ensino: Jardim Macedônia, Jardim Germânia, Jardim Lídia, Jardim Luar do Sertão, Jardim Marcelo, Jardim Comercial, Jardim Magdalena, Jardim Maracá, Parque do Engenho, Parque Fernanda e Jardim São Bento.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi de conveniência, composta por mulheres grávidas, de baixo risco obstétrico que realizaram acompanhamento pré-natal em

serviços de saúde do Município de São Paulo, no período compreendido entre julho de 2008 e abril de 2010.

Participaram do estudo mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos, admitidas no pré-natal até a 22ª semana de gestação, acompanhamento pré-natal até o termo da gestação e aceitar participar do estudo.

Na amostra, não foram incluídas gestantes com comorbidades (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial sistêmica, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias), bem como as gestantes abrigadas no Alojamento Social do Amparo Maternal, dada sua condição social como situação de abandono familiar e privação de liberdade.

Para estimar a frequência de sintomas depressivos nas gestantes, foi estabelecido um cálculo da amostragem mínima com base na fórmula (Berquó, Souza, Gotlieb, 1981):

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Sendo:

n: tamanho amostral mínimo;

z: coeficiente de confiança – valor adotado de 1,96 para um alfa de 0,05;

p: prevalência do fenômeno estudado;

q: complementar de prevalência (1-p);

e: erro máximo em valor absoluto.

Tendo em vista que estudo recente indica prevalência de até 22% de sintomatologia depressiva durante o período gestacional (Silva et al., 2010), adotou-se um valor de 0,22 o que equivale a maior relação entre p e q, e precisão desejada de 5% (e). Assim, para a amostra obteve-se:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,22 \cdot 0,78}{0,05^2} = 264 \text{ (amostra mínima)}$$

Dada a disponibilidade de 272 gestantes da pesquisa original, sendo 112 do Ambulatório Pré-natal do Amparo Maternal e 160 das Unidades Básicas de Saúde, neste estudo, foram analisados os dados pertinentes de todas essas mulheres.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis sociodemográficas, obstétricas e os sintomas depressivos foram avaliados.

A. Dados sociodemográficos e história de saúde:

- Idade em anos completos;
- Etnia: branca, negra, amarela ou indígena, de acordo com o critério de autodenominação;
- Situação conjugal: com ou sem parceiro fixo;
- Escolaridade em anos de estudo;
- Religião: citada;
- Ocupação e tipo de trabalho remunerado: atividade do lar, trabalho remunerado, estudante, sem atividade laboriosa;
- Renda familiar;
- Violência física e/ou emocional antes ou durante a gestação; e
- Uso de tabaco, álcool e outras drogas.

B. Dados obstétricos e do parto:

- Gestação: número de gestações, incluindo a atual;
- Paridade: número de partos anteriores;
- Filhos vivos: número de filhos vivos e dependentes;
- Queixas na gravidez como vômitos, náuseas, dor em baixo ventre, entre outras;
- Planejamento da gestação; e
- Aceitação da gestação.

C. Sintomas depressivos de acordo com a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*:

- Humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações de dois instrumentos foram analisadas, conforme:

1. Um formulário composto de duas partes: a primeira, destinada à obtenção de dados sociodemográficos e, a segunda, dados obstétricos da gestante com base nas variáveis de interesse para o estudo (Apêndice 1);

2. Um questionário de avaliação dos sintomas depressivos *EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE – EPDS* (Murray, Cox, 1990), este instrumento tem sido utilizado também para a triagem de depressão na gestação (Anexo 1). Cox, Holden e Sagovsky (1987) desenvolveram a *EPDS*, para identificação da depressão pós-parto, uso clínico e pesquisas; baseado em escalas preexistentes (*Irritability, Depression, and Anxiety Scale – IDA; Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD; and Anxiety and Depression Scale*) e os itens elaborados pelos próprios autores (Santos et al., 2007). Neste estudo, foi usada a adaptação brasileira da escala realizada por Santos, Martins e Pasquali (1999). Trata-se de um instrumento de resposta simples e de pontuação, projetado para ser empregado por profissional não especializado em saúde mental. O instrumento é de autoavaliação e autoexplicativo, composto por dez enunciados cujas opções são pontuadas, de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas – humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa.

3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos em três momentos nas 20^a, 28^a e 36^a semanas gestacionais, variando 2 semanas para mais ou para menos. A idade gestacional foi calculada com base na data da última menstruação ou de acordo com a data estimada pela ultrassonografia.

Na pesquisa original, para seleção das gestantes das UBS, foi feita consulta ao SIS-Prénatal (Sistema Nacional de Cadastro de Gestantes) para localizar as mulheres elegíveis para o estudo e identificar a data da consulta pré-natal e/ou visita domiciliar a ser realizada pelo agente comunitário de saúde. Os dados foram coletados, mediante entrevista e questionário autoaplicado em uma das salas de atendimento da unidade de saúde, antes ou após a consulta pré-natal ou no domicílio das gestantes, após a visita domiciliar do agente de saúde, em um local reservado indicado pela grávida.

Na maternidade filantrópica, os dados foram coletados mediante entrevista e questionário autoaplicado no dia da consulta de pré-natal das gestantes, em uma das salas de atendimento disponível no Ambulatório de Pré-natal.

As entrevistas foram conduzidas da seguinte forma: no primeiro encontro, foram dadas as informações relacionadas à pesquisa (tema, objetivos, modo de aplicação do instrumento e destino dos dados), solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e dado espaço a dúvidas a serem sanadas e assinatura do mesmo.

A seguir, foi realizado o preenchimento dos dados sociodemográficos e obstétricos e aplicado o questionário EPDS e o MOS-SF36 de Qualidade de Vida (utilizado na pesquisa original), enfatizando a situação de saúde relacionada à gravidez. Após as instruções iniciais sobre o modo de responder, só havia a intervenção da pesquisadora em caso de dúvida da gestante quanto ao preenchimento. No caso de dúvida quanto às questões, apenas relia-se a questão pausadamente evitando o uso de sinônimos.

As entrevistas para obtenção dos dados demográficos e obstétricos duraram cerca de 5 minutos, e o tempo de preenchimento do questionário

EPDS pelas gestantes não excedeu a 10 minutos e o SF 36, cerca de 15 minutos.

Nos momentos seguintes, foram coletados de cada gestante os dados do questionário EPDS e SF36 no dia da consulta de pré-natal agendada e que correspondiam à idade gestacional, de acordo com a etapa do estudo - 28^a e 36^a semanas gestacionais, variando 2 semanas para mais ou para menos.

A equipe que participou do processo de coleta de dados foi treinada pela pesquisadora do projeto original, para que houvesse uniformidade do método de coleta das informações.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa original, das UBS e do Amparo Maternal, foram codificados e organizados em planilhas separadas após digitação dupla utilizando-se o programa *Excel Microsoft 2000*.

Dessa forma, para o presente estudo, após a exclusão dos dados do SF 36, as duas planilhas foram transformadas em uma única. As variáveis demográficas, de saúde e obstétricas foram avaliadas, conforme as frequências relativa e absoluta. A análise foi feita de forma descritiva com o cálculo de medidas de tendência central como a média, mediana e desvio-padrão.

Para a avaliação da EPDS, cada item do questionário tem pontuação de 0 a 3, sendo no conjunto total, o escore máximo de 30. Os valores dos itens 3, 5 a 10 são pontuados em ordem decrescente. Quanto maior a pontuação maior a presença de sintomas depressivos.

Na análise descritiva, o ponto de corte adotado foi de escore ≥ 13 indicando a presença de sintomas depressivos na gestante. No Brasil, um estudo encontrado sobre validação antenatal do EPDS utilizou o ponto de corte de ≥ 13 para detecção dos sintomas depressivos, com sensibilidade de 73,0% e especificidade de 90,5% (Da-Silva et al., 1998). Santos et al. (2007), em estudo de validação, fez uso do ponto de corte ≥ 13 para

diagnóstico dos sintomas depressivos no pós-parto, com sensibilidade de 59,5% e especificidade de 88,4%. O estudo original de validação do instrumento, em língua inglesa, para sintomas depressivos na gestação mostrou que as mulheres que pontuaram igual ou mais que 13 na escala, foram diagnosticadas com depressão maior. Esse ponto de corte ofereceu sensibilidade de 86,0% e especificidade de 78,0% (Murray, Cox, 1990; Evans et al., 2001, Matthey et al., 2006).

A confiabilidade da EPDS foi testada pela análise da consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade é definida como o grau de precisão ou de coerência com que o instrumento mede o atributo. O coeficiente Alfa mede a intercorrelação dos itens e proporciona uma estimativa de erro da medida. Varia de zero a um, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da medida, para uma determinada amostra do estudo (Pereira, 1999).

Os itens da EPDS cobrem sintomas, como o humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa (Murray, Cox, 1990). Dessa forma, buscou-se realizar uma categorização desses sintomas, relacionando os itens:

- Humor deprimido ou disfórico – itens 1 (alteração da capacidade de rir e achar graça), 5 (sente-se assustada ou em pânico), 8 (sente-se triste ou arrasada) e 9 (sentimento de infelicidade e choro);
- Perda do prazer – item 2 (sente prazer nos acontecimentos do dia a dia);
- Diminuição do desempenho e culpa – itens 3 (sentimento de culpa quando algo sai errado), 4 (ansiosa ou preocupa-se sem razão), 6 (esmagada pelas tarefas do dia a dia).
- Distúrbio do sono – item 7 (dificuldade de dormir); e
- Ideação de morte e suicídio – item 10 (ideia de fazer mal a si mesma).

Esta categorização possibilitou analisar os sintomas depressivos ao longo do período gestacional relacionados ao bem-estar/estado de

felicidade, participação/responsabilidade diária, sentimentos de vulnerabilidade, como culpa, ansiedade e preocupação (momento de transição que pode levar ao estado depressivo) e ao estado depressivo em si.

A associação dos sintomas depressivos e as variáveis demográficas, de saúde e obstétricas foram analisadas, conforme o teste Qui-quadrado e regressão logística (Hosmer, Lemeshow, 1989; Venables, Ripley, 2002). O nível de significância foi fixado em 5%.

Para comparar os escores obtidos durante as três etapas de aplicação do instrumento EPDS foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman (Hollander, Wolfe, 1973; Siegel, Castellan, 1988).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto original “Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo - Parecer nº 154/08-CEP/SMS (Anexo 2). A coleta de dados foi feita após anuência formal das instituições envolvidas e concordância dos responsáveis pelos serviços, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. As gestantes foram esclarecidas a respeito do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe destacar que, após a aplicação da EPDS em cada etapa da coleta de dados, foi oferecido, se desejado, às gestantes que pontuaram ≥ 13 na escala, valor sugestivo de depressão clínica, encaminhamento a um serviço educacional filantrópico, com profissionais de saúde mental para avaliação, diagnóstico e tratamento, se necessário.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está descrita em quatro itens. O primeiro constituiu-se dos resultados da análise descritiva dos dados de caracterização das 272 gestantes que participaram dos três momentos do estudo. O segundo compôs-se da análise descritiva da ocorrência de sintomas depressivos obtida dos valores da EPDS. O terceiro constituiu-se da análise das associações entre os valores da EPDS e as variáveis de caracterização sociodemográfica, obstétrica, comportamental, experiência de violência e problemas mentais. E, por fim, o quarto item compôs-se dos resultados da análise de regressão logística.

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES

A caracterização das gestantes está apresentada, conforme os dados sociodemográficos, obstétricos, comportamentais, informações sobre violência física e emocional e problemas mentais representados nos dados das Tabelas 1 a 7.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	N	%
Idade (anos) (n=271)⁽¹⁾		
< 20	40	14,8
20 – 29	167	61,6
≥ 30	64	23,6
Média DP	25,32 ± 5,46	
Etnia (n=269)⁽²⁾		
Caucasiano	140	52,1
Negroide	101	37,5
Ameríndio	28	10,4

continua

continuação

Tabela 1 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2008-2010.**Escolaridade (anos) (n=270)⁽³⁾**

1 – 7	50	18,5
8 – 10	108	40,0
≥ 11	112	41,5
Média DP	9,51 ± 2,52	
Mediana	11	

Situação conjugal (n=268)⁽⁴⁾

Com companheiro	244	91,0
Sem companheiro	24	9,0

Religião (n=263)⁽⁵⁾

Católica	159	60,5
Evangélica	78	29,6
Espírita	4	1,5
Budista	1	0,4
Sem religião	21	8,0

Ocupação (n=271)⁽⁶⁾

Atividades do lar	158	58,3
Trabalho remunerado	109	40,2
Estudante	4	1,5

Tipo de moradia (n=268)⁽⁷⁾

Barraco	6	2,2
Cortiço	8	3,0
Casa	223	83,2
Apartamento	29	10,8
Pensão	2	0,8

Condição de moradia (n=271)⁽⁸⁾

Própria	147	54,2
Alugado	91	33,6
Emprestado	19	7,0
Parentes/Amigos	14	5,2

Renda familiar (n=269)⁽⁹⁾**(Salário-mínimo: valor R\$465,00)**

≤ 1 salário-mínimo	24	8,9
1 ---- 2	112	41,7
2 ---- 3	59	21,9
≥ 3 salários-mínimos	74	27,5

conclusão

⁽¹⁾ Não há registro de idade de uma gestante;⁽²⁾ Não há registro de etnia de três gestantes;⁽³⁾ Não há registro de escolaridade de duas gestantes;⁽⁴⁾ Não há registro de situação conjugal de quatro gestantes;⁽⁵⁾ Não há registro de religião de nove gestantes;⁽⁶⁾ Não há registro de ocupação de uma gestante;⁽⁷⁾ Não há registro de moradia de quatro gestantes;⁽⁸⁾ Não há registro de condição de moradia de uma gestante.⁽⁹⁾ Não há registro de renda familiar de três gestantes

Os dados da Tabela 1 indicam que a amostra foi composta por mulheres predominantemente jovens, na faixa etária entre 20 e 29 anos de idade (61,6%), 14,8% adolescentes, ou seja, entre 18 e 19 anos, e apenas 23,6% apresentavam 30 ou mais anos. A média da idade encontrada foi de 25,3 ($\pm 5,46$) anos, mediana de 25 anos, a mínima 18, conforme critério de inclusão e a máxima 42 anos.

Em relação à etnia, classificada por critério de autodenominação, mais da metade das gestantes declarou-se de etnia caucasiana (52,1%), seguida de 37,5% negras e 10,4% ameríndias.

Dentre os anos de estudo, 41,5% mulheres tinham ensino médio completo, entre 11 ou mais anos de estudo, 40,0% entre 8 e 10 anos, e apenas 18,5% menos 8 anos de estudo. A média de escolaridade encontrada foi de 9,51 ($\pm 2,52$) anos, e a mediana de 11 anos de estudo.

Com relação à situação conjugal, a grande maioria das gestantes (91,0%) referiu ter um companheiro fixo incluindo casadas ou em união estável, e apenas 9,0% estavam sem companheiro fixo.

Em se tratando da religião, a maior parte citou ser católica (60,4%), seguida das religiões evangélica (29,6%) e apenas 8,0% alegaram sem religião. Cabe esclarecer que, na religião evangélica, foram incluídas as protestantes e testemunhas de Jeová.

Com relação ao trabalho, 58,3% exerciam atividades do lar, e 40,2% tinham trabalho remunerado, apenas 1,5% eram estudantes. Mais da metade tinha moradia própria (54,2%), sendo a grande maioria casa (83,2%).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes, conforme renda familiar, co-habitantes e salário mínimo. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	Mediana	Média DP
Renda familiar	900,00	1.205,38 $\pm$ 989,84
Salário mínimo ⁽¹⁾	1	1,69 $\pm$ 0,97
Número de co-habitantes	3	3,57 $\pm$ 1,45

⁽¹⁾ Salário mínimo vigente no período da coleta de dados em 2009-2010 equivalente a R\$465,00.

Os dados da Tabela 2 indicam a variação da renda familiar dentro da amostra estudada, a média encontrada foi de 1.205,38 ($\pm 989,84$) reais, mediana de 900 reais; sendo o principal responsável pelo arrimo familiar o companheiro ou familiar, representando 72,3%, a gestante mostrou-se como provedora em 13,3% da amostra, e em 14,4% a mesma participava da renda com os demais moradores. Em relação ao salário-mínimo, a mediana encontrada foi de um salário mínimo apenas.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis obstétricas. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	N	%
Gestações		
Uma	102	37,5
Duas	91	33,5
Três ou mais	79	29,0
Mediana	2	
Média DP	2,16 $\pm$ 1,39	
Paridade		
Nenhuma	120	44,1
Uma	84	30,9
Duas	39	14,3
Três ou mais	29	10,7
Mediana	1	
Média DP	0,95 $\pm$ 1,12	
Filhos vivos		
Nenhum	120	44,1
Um	87	32,0
Dois ou mais	65	23,9
Mediana	1	
Média DP	0,91 $\pm$ 1,08	
Filhos dependentes		
Nenhum	133	49,1
Um	79	29,1
Dois ou mais	59	21,8
Mediana	1	
Média DP	0,90 $\pm$ 1,07	
Planejamento da gravidez⁽¹⁾		
Não	194	71,9
Sim	76	28,1

continua

continuação

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis obstétricas. São Paulo, 2008-2010.**Aceitação da gravidez⁽²⁾**

Não	1	0,3
Sim	246	90,8
Em processo de aceitação	24	8,9

conclusão⁽¹⁾ Duas gestantes optaram por não responderem à pergunta.⁽²⁾ Uma gestante optou por não responder à pergunta.

Os dados relativos ao número de gestações mostram que 37,5% das mulheres eram primigestas; 33,5% tiveram duas gestações e 29,0% engravidaram mais de três vezes; a média e mediana foram de 2,16 ($\pm 1,39$) e duas gestações, com mínimo um e máximo seis gestações.

Em relação ao número de partos, 44,1% das mulheres não tiveram nenhum filho, sendo 30,9% primíparas. A média foi de 0,95 ($\pm 1,12$), mediana 1, variando de zero a 5 partos.

No primeiro momento da coleta de dados, em torno de 20 semanas de idade gestacional, conforme critério adotado no estudo, 90,8% das mulheres haviam aceitado a gestação, e 8,9% encontravam-se em processo de aceitação de sua condição de grávida.

As Tabelas 4 e 5 mostram os dados relativos às queixas referidas no curso da gestação até o momento da primeira entrevista (18 a 22 semanas de gestação).

Tabela 4 - Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas apresentadas. São Paulo, 2008-2010.

Número de queixas	N	%
Sem queixas	27	9,9
Uma queixa	88	32,4
Duas queixas	85	31,2
Três ou mais queixas	72	26,5
Total	272	100

Das 272 gestantes, apenas 27 (9,9%) não referiram queixas, 32,4% uma queixa e pouco mais da metade (57,7%), duas ou mais queixas.

Os dados da tabela a seguir mostram os tipos de queixas referidas pelas 245 gestantes.

Tabela 5 - Distribuição do tipo de queixa referida pelas 245 gestantes. São Paulo, 2008-2010.

Tipo de Queixa	n	%
Dor em baixo ventre	73	15,3
Náuseas e vômitos	146	30,5
Lombalgia	102	21,3
Pirose	17	3,6
Dor em membros inferiores	22	4,6
Cefaléia	44	9,2
Outros	74	15,5
Total	478	100

*Outras: dor em membros inferiores, dor nas costas, cansaço, dor de dente, falta de ar, corrimento, prurido, dor em articulações ou braço, tonturas, sensação de peso na vagina, mal-estar, disúria, dor em região umbilical, dor rebordo costal, dor no quadril, ansiedade sono, estresse, nervoso, diarreia, varizes, câimbra, formigamento ou dormência em mãos, hemorroidas, dor no ouvido, tristeza, falta de apetite, dispareunia ocasional, dor abdominal, edema e sangramento vaginal.

Dentre as 245 gestantes que mencionaram alguma queixa (Tabela 5), as mais frequentes foram as náuseas, vômitos, dor em baixo ventre, lombalgia, entre outras.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis comportamentais. São Paulo, 2008-2010. n=272

Variáveis	N	%
Fumo		
Não	218	80,2
Sim	54	19,8
Etilismo		
Não	194	71,3
Sim	78	28,7
Drogas ⁽¹⁾		
Não	258	95,2
Sim	13	4,8

⁽¹⁾ Uma gestante não respondeu quanto ao uso de drogas ilícitas.

Com relação uso de drogas, 80,2% gestantes não eram fumantes, 71,3% não faziam uso de álcool, 27,2% usavam de modo eventual e 95,2% gestantes não usavam drogas ilícitas. Declararam-se fumantes 19,8% das gestantes, apenas 1,5% consumiam bebida alcóolica com frequência e 4,8% das mulheres eram usuárias de drogas ilícitas.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes, conforme a experiência de violência.
São Paulo, 2008-2010.

n=272

Variáveis	N	%
Violência Física⁽¹⁾		
Não	239	88,2
Sim	32	11,8
Agressor (n = 31)		
Parceiro	16	51,6
Familiar	11	35,5
Outros ⁽²⁾	4	12,9
Violência Psicológica / Emocional		
Não	191	70,2
Sim	81	29,8
Agressor (n = 74)		
Parceiro	30	40,5
Familiar	28	37,8
Outros ⁽³⁾	16	21,7

⁽¹⁾ Uma gestante optou por não responder à pergunta;

⁽²⁾ Uma gestante optou por não indicar o agressor;

⁽³⁾ Sete gestantes optaram por não indicar o agressor.

Os dados da Tabela 7 mostram que a violência psicológica/emocional foi mais mencionada que a física, e em ambas as situações o principal agressor foi o parceiro, seguido de algum membro da família.

A Tabela 8 mostra a idade gestacional nos três momentos da coleta de dados durante o período de gravidez.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes, conforme as idades gestacionais nos três momentos. São Paulo, 2008-2010.

Idade Gestacional	Média DP	Mediana	Mínima / Máxima
1ª Etapa (20ª sem)	20,42 ± 1,24	21	18 - 22
2ª Etapa (28ª sem)	28,10 ± 1,11	29	26 - 30
3ª Etapa (36ª sem)	35,50 ± 0,81	35	34 - 38

Quanto à idade gestacional, no primeiro momento do estudo, a média encontrada foi 20,42 ($\pm 1,24$) semanas, mediana 21 semanas, variando de 18 a 22 semanas, conforme proposta do estudo. As médias da idade gestacional dos segundo e terceiro momentos foram também coerentes com o período proposto, ou seja, média no segundo momento 28,10 ($\pm 1,11$) semanas, mediana em 29 e, no terceiro 35,5 ($\pm 0,81$) semanas e mediana em 35 semanas.

A idade gestacional mostrou que o seguimento das gestantes que permaneceram na amostra final foi condizente com o proposto para este estudo longitudinal.

4.2 OCORRÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Com relação aos sintomas depressivos das gestantes avaliados por meio da EPDS, conforme mencionado anteriormente, o escore total máximo foi de 30 pontos, e cada item pôde variar de 0 a 3 pontos, e quanto maior o escore indicará a presença de sintomas depressivos. As gestantes que obtiveram escore ≥ 13 pontos foram consideradas com sintomas depressivos.

A Tabela 9 mostra os dados da pontuação da EPDS dos três momentos e os valores do teste de confiabilidade Alfa de Cronbach.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes, conforme os valores da *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, de acordo com a idade gestacional e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Idade Gestacional (semanas)	EPDS (pontos)							Alpha de Cronbach	
	Etapas	≤12		≥ 13		Mín	Máx		Média DP
		n	%	n	%				
20ª sem	198	72,8	74	27,2	0	27	9,1 ± 5,9	0,83	
28ª sem	213	78,3	59	21,7	0	29	8,6 ± 5,7	0,84	
36ª sem	203	74,6	69	25,4	0	24	8,6 ± 5,6	0,84	

* ≤12 sem sintomas depressivos;
≥ 13 com sintomas depressivos.

Os dados do teste Alfa de Cronbach mostram que, de forma geral, pode-se sugerir que o instrumento demonstrou-se consistente para a amostra, obtendo-se no primeiro momento uma confiabilidade de 0,83, no segundo, 0,84 e no terceiro, 0,84.

Quanto aos dados relativos aos sintomas depressivos, observa-se que, no primeiro momento, 20ª semana, a maioria (72,8%) não apresentou sintoma depressivo (abaixo de 13 pontos) e 27,2% demonstraram sintomas depressivos, indicando a necessidade de um acompanhamento psicológico.

No segundo momento, 28ª semana, houve um aumento (78,3%) de gestantes sem sintomas depressivos e uma proporção menor (21,7%) com sintomas de depressão. Já na 36ª semana, a maioria (74,6%) das mulheres não apresentou sintomas depressivos, e houve um relativo aumento para 25,4% com sintomas depressivos.

As médias e as pontuações de cada enunciado dos dez itens da EPDS obtidas pelas gestantes ao longo das etapas estão apresentadas nos dados das Tabelas 10 e 11.

A Tabela 10 mostra que os sintomas depressivos presentes com maior frequência foram alusivos à “diminuição do desempenho e culpa”. As maiores médias das pontuações nas três etapas foram obtidas nos itens: 4 relativo à ansiedade ($1,60 \pm 0,95$ na 20ª semana; $1,60 \pm 0,94$ na 28ª semana e $1,51 \pm 1,0$ na 36ª semana); 3 relativo à culpa ($1,49 \pm 0,99$ na 20ª semana; $1,40 \pm 0,99$ na 28ª semana e $1,23 \pm 1,01$ na 36ª semana); e 6 relativo a peso das tarefas ($1,25 \pm 0,97$ na 20ª semana; $1,42 \pm 0,94$ na 28ª semana e $1,50 \pm 0,94$ na 36ª semana). Os sintomas depressivos menos presentes foram alusivos à “ideação de morte e suicídio” ($0,35 \pm 0,75$ na 20ª semana; $0,25 \pm 0,67$ na 28ª semana e $0,22 \pm 0,60$ na 36ª semana).

Assim, na Tabela 11 verifica-se que, nos três momentos, as proporções de gestantes que referiram não se sentirem ansiosas ou preocupadas sem motivo nos últimos 7 dias foram de 16,2%, 14,4% e 19,9%, respectivamente; seguidas por 22,8%, 25,3% e 32,3% que não se culpavam sem necessidade quando as coisas saíam erradas. Quanto à ideação suicida, as proporções de gestantes que não pensaram em suicídio nos últimos 7 dias, foram de 77,6%, 84,3% e 85,5%, respectivamente, nos três momentos.

Os sintomas depressivos relacionados à “perda do prazer” (item 2) e ao “distúrbio do sono” (item 7) foram os menos frequentes nos três momentos (Tabela 11).

Tabela 10 - Distribuição das variáveis da EPDS, conforme média, desvio-padrão, número mínimo e máximo de acordo com as respostas das gestantes nos três momentos. São Paulo, 2008-2010. n=272

Variáveis	Média DP					
	1ª Etapa (20ª sem)		2ª Etapa (28ª sem)		3ª Etapa (36ª sem)	
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	0,49	(0,76)	0,42	(0,67)	0,45	(0,65)
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.	0,67	(0,81)	0,59	(0,74)	0,60	(0,71)
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	1,49	(0,99)	1,40	(0,99)	1,23	(1,01)
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	1,60	(0,95)	1,60	(0,94)	1,51	(1,0)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	0,84	(1,03)	0,78	(1,0)	0,80	(0,95)
6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	1,25	(0,97)	1,42	(0,94)	1,50	(0,94)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.	0,69	(1,04)	0,66	(0,98)	0,79	(1,02)
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	0,87	(1,01)	0,86	(1,01)	0,88	(1,02)
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.	0,75	(0,91)	0,63	(0,80)	0,63	(0,74)
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	0,35	(0,75)	0,25	(0,67)	0,22	(0,60)

⁽¹⁾ Número mínimo correspondeu a escore zero e número máximo correspondeu ao escore três dos itens.

Tabela 11 - Distribuição das pontuações da EPDS obtidas ao longo da gestação. São Paulo, 2008-2010. n=272

Enunciados EPDS		1ª Etapa				2ª Etapa				3ª Etapa			
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Item 1	n	173	73	17	9	181	71	16	4	173	77	21	1
	%	63,7	26,8	6,2	3,3	66,5	26,1	5,9	1,5	63,6	28,3	7,7	0,4
Item 2	n	138	96	27	11	149	91	27	5	141	101	27	3
	%	50,8	35,3	9,9	4	54,8	33,5	9,9	1,8	51,9	37,1	9,9	1,1
Item 3	n	62	52	121	37	69	66	103	34	88	60	97	27
	%	22,8	19,1	44,5	13,6	25,3	24,3	37,9	12,5	32,3	22,1	35,7	9,9
Item 4	n	44	67	114	47	39	77	108	48	54	72	97	48
	%	16,2	24,6	41,9	17,3	14,4	28,3	39,7	17,6	19,9	26,6	35,8	17,7
Item 5	n	149	39	63	21	153	47	52	20	145	48	68	11
	%	54,8	14,3	23,2	7,7	56,2	17,3	19,1	7,4	53,4	17,6	25	4
Item 6	n	75	80	90	27	54	83	101	34	46	84	102	40
	%	27,6	29,4	33,1	9,9	19,9	30,5	37,1	12,5	16,9	30,9	37,5	14,7
Item 7	n	176	27	44	25	174	32	49	17	156	33	62	19
	%	64,7	9,9	16,2	9,2	64	11,8	18	6,2	57,8	12,2	23	7
Item 8	n	131	70	44	27	129	85	26	32	129	74	38	29
	%	48,2	25,7	16,2	9,9	47,4	31,2	9,6	11,8	47,8	27,4	14,1	10,7
Item 9	n	134	92	26	20	142	99	19	12	136	103	25	6
	%	49,2	33,8	9,6	7,4	52,2	36,4	7	4,4	50,4	38,1	9,3	2,2
Item 10	n	211	36	15	10	229	24	11	8	231	25	8	6
	%	77,6	13,2	5,5	3,7	84,3	8,8	4	2,9	85,5	9,3	3	2,2

Para comparar os dados obtidos da EPDS ao longo dos três momentos foi utilizado o teste não paramétrico de variância bivariado de Friedman; este ordena os resultados para cada um dos casos e calcula a média da ordem de cada amostra.

Tabela 12 - Comparação dos escores do EPDS dos três momentos. São Paulo, 2008-2010.

Comparação dos escores	Teste de Friedman <i>P</i>
EPDS ao longo da gestação	0,23
EPDS ≥ 13 ao longo da gestação	0,12

Como resultado, obteve-se que não houve diferença entre as amostragens, p-valor 0,23 ao longo da gestação e 0,12 ao longo da gestação apenas entre os escores acima de ≥ 13 – presença de sintomas depressivos, indicando que as médias das ordens devem ser similares.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes, conforme a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação. São Paulo, 2008-2010.

Sintomas depressivos	n	%
Sem sintomas	148	54,5
Sintomas apenas na 20 ^a semana	39	14,4
Sintomas apenas na 28 ^a semana	8	2,9
Sintomas apenas na 36 ^a semana	18	6,6
Sintomas nas 20 ^a e 28 ^a semanas	8	2,9
Sintomas nas 20 ^a e 36 ^a semanas	8	2,9
Sintomas nas 28 ^a e 36 ^a semanas	24	8,8
Sintomas nas 20 ^a , 28 ^a e 36 ^a semanas	19	7,0
Total	272	100

Ao longo da gestação, 54,5% das mulheres não apresentaram sintomas depressivos; e 7%, durante todo o período gestacional. No primeiro período (20ª sem), 14,4% apresentaram sintomas, o que pode ter sido influenciado pela falta de suporte familiar e/ou do companheiro, planejamento e aceitação da gravidez; já no terceiro período (36ª sem), 6,6% das mulheres apresentaram sintomas que podem ter sido provocados, dada a ansiedade do momento e preparo para a experiência do parto.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS MATERNAS E A EPDS

Os dados da associação entre as variáveis maternas e os escores da EPDS estão apresentados nas Tabelas 14 a 17.

Tabela 14 -Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	EPDS			p ⁽¹⁾
	≤ 12	≥ 13	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (anos)				
< 20	28 (70,0)	12 (30,0)	40 (100,0)	0,916
20 a 29	122 (73,1)	45 (26,9)	167 (100,0)	
≥ 30	47 (73,4)	17 (26,6)	64 (100,0)	
Total ⁽²⁾	197 (72,7)	74 (27,3)	271 (100,0)	
Etnia				
Caucasiana	101 (72,1)	39 (27,9)	140 (100,0)	0,286
Negroide	72 (71,3)	29 (28,7)	101 (100,0)	
Ameríndia	24 (85,7)	4 (14,3)	28 (100,0)	
Total ⁽³⁾	197 (73,2)	72 (26,8)	269 (100,0)	
Escolaridade (anos)				
1 – 7	26 (52,0)	24 (48,0)	50 (100,0)	<0,001*
8 -10	50 (64,1)	28 (35,9)	78 (100,0)	
≥ 11	122 (85,2)	22 (14,8)	144 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	

continua

continuação

Tabela 14 -Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Situação conjugal				
Com parceiro	182 (74,6)	62 (25,4)	244 (100,0)	0,057
Sem parceiro	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (100,0)	
Total ⁽⁴⁾	195 (72,8)	73 (27,2)	268 (100,0)	
Religião				
Católica	110 (69,2)	49 (30,8)	159 (100,0)	0,005*
Evangélica	66 (84,6)	12 (15,4)	78 (100,0)	
Espírita	4 (100,0)	0	4 (100,0)	
Budista	0	1 (100,0)	1 (100,0)	
Sem religião	11 (52,4)	10 (47,6)	21 (100,0)	
Total ⁽⁵⁾	191 (72,6)	72 (27,4)	263 (100,0)	
Trabalho remunerado				
Não	119 (73,5)	43 (26,5)	162 (100,0)	0,901
Sim	78 (71,6)	31 (28,4)	109 (100,0)	
Total ⁽⁶⁾	197 (72,7)	74 (27,3)	271 (100,0)	
Arrimo familiar				
Sim	22 (71,3)	13 (28,7)	35 (100,0)	0,166
Não	173 (73,5)	56 (26,5)	229 (100,0)	
Total ⁽⁷⁾	195 (73,9)	69 (26,1)	264 (100,0)	
Moradia Própria				
Sim	107 (71,3)	40 (28,7)	147 (100,0)	0,922
Não	90 (73,5)	34 (26,5)	124 (100,0)	
Total ⁽⁸⁾	197 (72,7)	74 (27,3)	271 (100,0)	
Renda familiar (Salário-mínimo – valor R\$465,00) ⁽⁹⁾				
≤ 1 salário-mínimo	11 (45,8)	13 (17,6)	24 (100,0)	0,002*
1 --- 2	78 (69,6)	34 (30,4)	112 (100,0)	
2 --- 3	48 (81,4)	11 (18,6)	59 (100,0)	
≥ 3 salários-mínimos	61 (82,4)	13 (17,6)	74 (100,0)	
Total ⁽¹⁰⁾	198 (73,6)	71 (26,4)	269 (100,0)	

conclusão

⁽¹⁾ Nível descritivo de probabilidade do teste Qui-quadrado;⁽²⁾ Não há registro de idade de uma gestante;⁽³⁾ Não há registro de etnia de três gestantes;⁽⁴⁾ Não há registro de situação conjugal de quatro gestantes;⁽⁵⁾ Não há registro de religião de nove gestantes;⁽⁶⁾ Não há registro de ocupação de uma gestante;⁽⁷⁾ Não há registro de arrimo familiar de oito gestantes;⁽⁸⁾ Não há registro de moradia e condição de moradia de quatro e, uma gestante, respectivamente;⁽⁹⁾ Salário mínimo vigente no período da coleta de dados em 2009-2010 equivalente a R\$465,00.⁽¹⁰⁾ Não há registro de renda familiar de quatro gestantes.

A Tabela 14 indica associação significativa entre as variáveis escolaridade, religião e renda familiar.

Tabela 15 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis obstétricas e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	EPDS			P ⁽¹⁾
	≤ 12	≥ 13	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Número de gestações				
Uma	84 (82,4)	18 (17,6)	102 (100,0)	0,022*
Duas	62 (68,1)	29 (31,9)	91 (100,0)	
Três ou mais	52 (65,8)	27 (34,2)	79 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Número de partos				
Nenhum	97 (80,8)	23 (19,2)	120 (100,0)	0,033*
Um	55 (65,5)	29 (34,5)	84 (100,0)	
Dois ou mais	46 (68,7)	21 (31,3)	67 (100,0)	
Total	198 (73,1)	74 (26,9)	271 (100,0)	
Número de filhos vivos				
Não	97 (80,8)	23 (19,2)	120 (100,0)	---
Sim	101 (66,4)	51 (33,6)	152 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,1)	272 (100,0)	
Número de filhos dependentes				
Não	104 (78,2)	29 (21,8)	133 (100,0)	0,266
Sim	94 (68,1)	44 (31,9)	138 (100,0)	
Total ⁽²⁾	198 (73,1)	73 (26,9)	271 (100,0)	
Número de queixas				
Nenhuma	21 (77,8)	6 (22,2)	27 (100,0)	<0,001*
Uma	74 (83,0)	15 (17,0)	89 (100,0)	
Duas	65 (76,5)	20 (23,5)	85 (100,0)	
Três ou mais	39 (54,2)	33 (45,8)	71 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Planejamento da gravidez				
Não	130 (67,0)	64 (33,0)	194 (100,0)	0,001*
Sim	67 (88,2)	9 (11,8)	76 (100,0)	
Total ⁽²⁾	194 (71,9)	76 (28,1)	270 (100,0)	
Aceitação da gravidez				
Não	0	1 (100,0)	1 (100,0)	<0,001*
Sim	190 (77,2)	56 (22,8)	246 (100,0)	
Em processo de aceitação	7 (29,2)	17 (70,8)	24 (100,0)	
Total ⁽³⁾	197 (72,7)	74 (27,1)	271 (100,0)	

⁽¹⁾ Nível descritivo de probabilidade do teste Qui-quadrado;

⁽²⁾ Duas gestantes optaram por não responderem à pergunta.

⁽³⁾ Uma gestante optou por não responder à pergunta;

Os dados da tabela acima indicam a associação significativa das variáveis: número de gestações, paridade, número de queixas, planejamento e aceitação da gravidez.

As Tabelas 16 e 17 mostram associação significativa entre as variáveis sintomas depressivos e fumo, experiência de violência física e emocional, havendo uma tendência na variável etilismo.

Tabela 16 -Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme as variáveis comportamentais e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	EPDS			p ⁽¹⁾
	≤ 12	≥ 13	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Fumo				
Não	169 (77,5)	49 (22,5)	218 (100,0)	0,001*
Sim	29 (53,7)	25 (46,3)	54 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Etilismo				
Não	148 (76,3)	46 (23,7)	194 (100,0)	0,055
Sim	50 (64,1)	28 (35,9)	74 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Drogas				
Não	189 (73,3)	69 (26,7)	258 (100,0)	0,999
Sim	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Total	198 (73,1)	73 (26,9)	271 (100,0)	

⁽¹⁾ Nível descritivo de probabilidade do teste Qui-quadrado;

Tabela 17 - Análise associativa e distribuição das gestantes, conforme experiência de violência física, emocional, problema psicológico/psiquiátrico e prevalência de sintomas depressivos. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	EPDS			P ⁽¹⁾
	≤ 12	≥ 13	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Violência Física				
Não	179 (74,9)	60 (25,1)	197 (100,0)	0,044*
Sim	18 (56,3)	14 (43,8)	74 (100,0)	
Total ⁽²⁾	197 (72,7)	74 (27,3)	271 (100,0)	
Violência Emocional				
Não	149 (78,0)	42 (22,0)	191 (100,0)	0,005*
Sim	49 (60,5)	32 (39,5)	81 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Problema mental prévio ou atual				
Não	181 (74,5)	62 (25,5)	243 (100,0)	0,111
Sim	17 (58,6)	12 (41,4)	29 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Fez ou faz tratamento mental				
Não	183 (73,5)	66 (26,5)	249 (100,0)	0,543
Sim	15 (65,2)	8 (34,8)	23 (100,0)	
Total	198 (72,8)	74 (27,2)	272 (100,0)	
Problema mental na família				
Não	136 (73,5)	489 (26,5)	185 (100,0)	0,808
Sim	62 (71,3)	25 (28,7)	87 (100,0)	
Total	199 (73,2)	73 (26,8)	272 (100,0)	

⁽¹⁾ Nível descritivo de probabilidade do teste Qui-quadrado;

⁽²⁾ Uma gestante optou por não responder à pergunta.

4.4 REGRESSÃO LOGÍSTICA

Considerando um modelo inicial explicado pelas variáveis que se apresentaram associadas ao desfecho sintomas depressivos, ajustou-se o modelo de regressão logística com as variáveis escolaridade, religião, renda familiar, gestações, paridade, queixas, planejamento da gestação, aceitação da gestação, fumo, etilismo, violência física, violência emocional e problemas mentais e retirou-se uma a uma pelo método *Stepwise* com critério de Akaike (Venables, Ripley, 2002), até obter o modelo final,

conforme apresentado nos dados da Tabela 18. A estatística C, área sob a curva ROC do modelo final, foi de 86%.

Tabela 18 - Razão de chance (RC), estimada pela regressão logística das variáveis associadas à EPDS na primeira etapa. São Paulo, 2008-2010.

Variáveis	RC	IC 95%
Escolaridade (anos)		
1 – 7	1	
8 a 10	0,805	0,285-2,268
≥ 11	0,278	0,099-0,758
Religião		
Católica	1	
Evangélica	0,304	0,111-0,758
Sem religião	1,846	0,516-6,326
Renda familiar (salário mínimo)		
≤ 1	1	
1 --- 2	0,332	0,104-1,054
2 --- 3	0,112	0,022-0,500
≥ 3	0,184	0,048-0,678
Número de queixas		
Nenhuma	1	
Uma	1,178	0,292-5,402
Duas	1,16	0,289-5,272
Três ou mais	4,084	1,064-18,606
Planejamento da gravidez		
Não	1	
Sim	0,328	0,109-0,861
Aceitação da gestação		
Não	1	
Sim	0,084	0,021-0,282
Violência emocional		
Não	1	
Sim	3,821	1,651-9,240
Problemas mentais		
Não	1	
Sim	2,881	0,965-8,550

Os dados da Tabela 18 mostram que a maior escolaridade, religião evangélica e maior renda familiar, ter planejado e aceito a gravidez foram fatores de proteção para a presença de sintomas depressivos; por sua vez, a violência emocional e ter queixas relacionadas à gestação foram fatores que facilitam o desenvolvimento dos sintomas.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a ocorrência de sintomas depressivos ao longo da gestação de baixo risco obstétrico. Pautou-se na convicção de que conhecer a prevalência de sintomas depressivos na gestação poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, atendendo suas necessidades de modo individualizado.

A amostra do presente estudo foi composta por mulheres jovens, observando-se uma média da idade de 25,3 ($\pm 5,46$) anos, a mais jovem com 18 conforme critério de inclusão e a mais velha, 42 anos. Estes resultados são semelhantes ao encontrado em estudo recente de Silva et al. (2012), cuja média de idade foi 25,2 ($\pm 6,4$), reiterando o rejuvenescimento do padrão reprodutivo das brasileiras, conforme apresentado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, que aponta média nacional de idade de 24,6 anos (Berquó, Garcia, Lago, 2009).

Em relação à etnia, classificada por critério de autodenominação, mais da metade das gestantes declarou-se de etnia caucasiana (52,1%), seguidas de 37,5% negras e 10,4% ameríndias. Conforme a PNDS (2006), a proporção encontrada na Região Sudeste de gestantes declaradas branca e preta foi de 35,8% e 56,9%, respectivamente.

Quanto aos anos de estudo, os dados demonstraram um nível razoavelmente elevado de escolaridade para a amostra estudada. A média de escolaridade encontrada foi de 9,5 ($\pm 2,52$) anos e 41,5% mulheres tinham ensino médio completo, entre 11 ou mais anos de estudo, e mediana de 11 anos de estudo. A PNDS (2006) apresentou resultado de 31,5% de gestantes com 8 a 10 anos de estudo na Região Sudeste. Silva et al. (2012) encontraram que 40,8% das gestantes não haviam terminado o ensino médio, o que difere do verificado neste estudo. A escolaridade apresentada pela amostra estudada foi um fator facilitador para a aplicação da EPDS que foi autoadministrada.

Com relação à situação conjugal, a grande maioria das gestantes (91,0%) referiu ter um companheiro fixo, incluindo casadas ou em união estável. Dessa forma, as mulheres da amostra contaram com a colaboração do parceiro no curso da gestação, assegurando e garantindo o bem-estar materno e da criança, com repercussões positivas para o desfecho materno-fetal. A existência do parceiro constitui um dos componentes que influencia de forma positiva na adequação do cuidado pré-natal (Corrêa, Bonadio, Tsunechiro, 2011). Conforme Siqueira (2011), ter companheiro é reconhecidamente um componente do apoio/suporte que influencia na adesão ao acompanhamento pré-natal, que os profissionais dos serviços precisam valorizar e incluir o companheiro no cuidado da gestante.

Quanto à religiosidade, apenas 8,0% das mulheres alegaram não ter religião. Dalgalarondo (2006) sugere que pessoas mais religiosas tendem a apresentar maior bem estar psicológico e menores prevalências depressivas, uso de substâncias e ideação suicida; aponta também os vários mecanismos que poderiam explicar como a religiosidade agiria positivamente sobre a saúde mental, defendendo a possibilidade de um conjunto de fenômenos agindo em sinergismo: apoio social dos grupos religiosos, sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, incentivo a comportamentos e estilos de vida saudáveis. No presente estudo, quase dois terços (60,5%) citaram ser católicas seguidas de 29,6% evangélicas e uma pequena proporção de espíritas (1,5%) e budistas (0,4%). Resultados semelhantes foram observados no estudo de Silva et al. (2010), realizado em Pelotas (RS) em uma amostra de 260 gestantes, 60,4% eram católicas, 24,2% evangélicas e 7,3% não referiram religião.

Com relação ao trabalho, 58,3% realizavam atividades do lar, e 40,2% possuíam trabalho remunerado, apenas 1,5% mulheres eram estudantes. O número reduzido de gestantes que dá continuidade aos estudos, após o término do ensino médio pode ser justificado pela característica socioeconômica e cultural, indicando uma baixa perspectiva com relação à necessidade de uma maior qualificação profissional.

Com relação à moradia, mais da metade das mulheres vivia em imóvel próprio (54,2%), sendo a grande maioria casa (83,2%); outras viviam

em barracos (2,2%) e cortiços (3,0%), refletindo a situação econômica desfavorável da amostra estudada cuja mediana da renda familiar foi de R\$ 900,00. Na PNDS (2006), o valor médio do rendimento domiciliar em reais para a Região Sudeste foi R\$ 1.594,92 $\pm$ 102,00; e no presente estudo foi encontrada a média de R\$ 1.205,38 $\pm$ 989,84.

Os dados relativos às características obstétricas mostraram que 37,5% das mulheres eram primigestas; 33,5% tiveram duas gestações e 29,0% três ou mais gestações. A média e a mediana foram de 2,16 ($\pm$ 1,39) e duas gestações, com mínimo um e máximo seis gestações. Em relação ao número de partos, 44,1% das mulheres não tiveram nenhum filho, sendo 30,9% primigestas, a média foi de 0,95 ($\pm$ 1,12), mediana 1, variando de zero a cinco partos.

No primeiro momento do estudo, a média da idade gestacional encontrada foi 20,4 (dp $\pm$ 1,24) semanas, mediana 21 semanas, variando de 18 a 22 semanas, conforme critério de inclusão proposto pelo estudo. Nesse período, 8,9% das mulheres encontravam-se em processo de aceitação de sua condição de grávida. Ao longo do estudo, esses dados podem ter se alterado, considerando a adaptação do organismo da mulher a sua nova condição e a aceitação e o apoio de parceiro e familiares. Para essas mulheres, é necessária a utilização de intervenções que favoreçam o enfretamento das dificuldades de adaptação à nova situação como o oferecimento de apoio. Nesse contexto, o uso de técnicas de comunicação terapêutica no relacionamento interpessoal vem se mostrando eficaz no atendimento às necessidades da mulher que buscou o cuidado profissional no período pré-natal (Bonadio et al., 1997). Desse modo, as atitudes negativas podem ser substituídas por positivas o mais rápido possível, à medida que são feitos ajustes e a gravidez passa a ser aceita (Bonadio, Tsunechiro, 2006).

A gravidez impõe ao organismo feminino modificações físicas e psíquicas, o que pode determinar desconfortos de diversas naturezas que as mulheres manifestam como queixas relacionadas ou não à gestação (Brasil, 2006). Nesse sentido, apenas 9,9% das gestantes não referiram queixas, quase um terço (32,4%) manifestou uma queixa e a maioria (57,7%) duas ou

mais. As mais frequentes foram as consideradas próprias das modificações gravídicas como náuseas, vômitos, dor em baixo ventre, lombalgia, entre outras (Brasil, 2006).

De acordo com Matheus (2007), dentre as queixas mais comuns relacionadas às modificações gravídicas estão: náuseas e vômitos – sintomas que, geralmente, desaparecem após a 12ª semana, pirose ou azia – refluxo gastroesofágico, tonturas e vertigens – labilidade neurovegetativa, obstipação – diminuição do tônus intestinal em razão de ação hormonal, dores lombares – mudança da curvatura da coluna vertebral, sangramento gengival – hipertrofia e aumento da vascularização local, câimbras – desequilíbrio de cálcio e fósforo e palpitações – ansiedade. No presente estudo, as principais queixas foram náuseas e vômitos (30,5%) e lombalgia (21,3%).

A violência física e emocional tem sido reportada como um fator de risco à depressão antenatal, podendo favorecer desfechos neonatais adversos, como baixo peso ao nascer (Lovisi et al., 2005, Rosen et al., 2007, Pereira, Lovisi, 2008 Rodriguez et al., 2008, Melville et al., 2010). Das gestantes deste estudo, 11,8% e 29,8%, respectivamente, sofreram agressões físicas e emocionais, antes ou durante a gravidez. Este dado pode estar subestimado, por ser um comportamento não aceito socialmente, além de trazer constrangimentos à mulher, o que a levaria a omitir a informação. Concorde com essa suposição, no estudo de Okada (2007) realizado com 385 mulheres que deram à luz em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo, a proporção de mulheres vítimas de violência doméstica em algum momento da vida foi de 36,8% e durante a gestação, 34,5%.

Confirmando dados de outros estudos (Audi et al., 2008; Moraes, Arana, Reichenheim, 2010; Lettiere, Nakano, Bittar, 2012), dentre as gestantes que citaram experiência de violência, o principal agressor referido foi o parceiro – 51,6% violência física e 40,5% emocional. É válido mencionar que, em ambas as situações, algumas gestantes não mencionaram a pessoa responsável pelos abusos físicos ou mentais, apesar da garantia de sigilo dos dados. Pessoas da família também foram

apontadas como agressoras.

Em São Paulo, estudo com adolescentes demonstrou que o risco para a depressão foi mais elevado para as mães que tinham experimentado a violência física ao longo da vida, mas associações com ameaças de violência física, violência sexual e a violência durante a gravidez não apresentaram relações significativas (Ferri et al., 2007).

Em se tratando das variáveis comportamentais, 19,8% declararam-se fumantes ou ex-fumantes; pouco mais que um quarto das gestantes (28,7%) fazia uso de bebida alcoólica frequente ou ocasional; e 4,8% relataram ser usuárias de drogas ilícitas. Considerando que é bastante difundida a influência maléfica do consumo do tabaco, bebida alcoólica e outras drogas à saúde em geral e em especial, na gestação, é provável que as mulheres ao entenderem que esse tipo de comportamento é socialmente indesejável, tenham omitido a informação. Conforme Zhang et al. (2011), a prevalência de tabagismo materno na gestação foi de 23%, número que vem diminuindo se comparado com outras pesquisas realizadas, desde 1982, quando este número era de 35,6%.

Conforme Borrelli (1996), há uma elevada prevalência de consumo de tabaco em mulheres que apresentam quadro depressivo em relação àquelas sem sinais. Em estudo realizado por Jansen et al. (2010), em Pelotas (RS), 53,2% das gestantes não eram fumantes, 27,5% ex-fumantes e 19,3% fumantes; observou-se que o consumo de tabaco foi mais intenso, conforme proximidade do parto, sendo: 11,0% no primeiro trimestre; 17,9% segundo e 20,2% no terceiro trimestre.

O uso de álcool pela gestante parece contribuir também para o ganho de peso gestacional insuficiente, menor frequência aos serviços de pré-natal e maior utilização de outras drogas (Russell et al., 1996; Simão et al., 2002). Em pesquisa realizada por Moraes e Reinchenheim (2007), o uso de bebida alcoólica durante algum período da gestação foi reportado por 40,6% das mulheres entrevistadas, e que 10,1% relataram ter feito uso do álcool até o final da gestação.

Estudo realizado por Silva et al. (2010) relacionou a variável religião com o uso alcoólico de risco, indicando uma relação positiva entre ter uma

religião e ser praticante com a presença de uso alcoólico de risco (13,1%), não havendo diferença discrepante com relação às não praticantes (11,5%). Dentre as que apresentaram relação negativa, pode-se observar que as praticantes mostraram uma porcentagem maior de gestantes – 47,7%, se comparadas às não praticantes – 27,7%.

Para o rastreamento de sintomas depressivos na gestação, foco do presente estudo, o instrumento de avaliação utilizado foi a *Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*. Os resultados obtidos mostraram níveis satisfatórios de consistência interna nos momentos analisados, sugerindo que o instrumento mostrou-se consistente para a amostra estudada. O coeficiente Alfa de Cronbach para o EPDS nos três momentos variou de 0,83 a 0,84. Santos, Martins e Pasquali (1990) encontraram coeficiente de 0,80, e outro estudo com gestantes abrigadas em um alojamento social também mostrou coeficiente de 0,82 (Murata et al., 2012).

O sintoma depressivo na gestação se não for detectado e tratado precocemente poderá ter repercussão negativa sobre a saúde materna e infantil, podendo permanecer mesmo após o nascimento, dessa forma, a detecção precoce possibilita tratamento adequado e contribui na redução dos efeitos adversos à saúde materna e do conceito.

Cabe ressaltar que há diferentes instrumentos para triagem de sintomas depressivos. Além disso, em um mesmo instrumento, não há consenso no critério do momento do período gestacional ou do pós-parto, bem como na pontuação de corte para a avaliação do sintoma depressivo. Dessa forma, é preciso atenção na análise da prevalência da depressão gestacional ou puerperal mencionada na literatura, que pode variar conforme questões metodológicas, forma de triagem e de diagnóstico nas mulheres.

A EPDS é um dos instrumentos que vem sendo usado em nosso meio e em outros países, para identificar mulheres no período grávidico-puerperal que preencham os critérios de sintomas mais comuns e que sejam prováveis causas de depressão, como tristeza, ansiedade, choro fácil, sentimento de culpa, falta de apetite, cansaço sem motivo aparente, pensamentos de morte ou de suicídio entre outros aspectos, como duração, intensidade e interferência nas atividades diárias. É preciso considerar que algumas

mulheres podem não apresentar depressão clínica, mas estarem tristes por ocasião da entrevista, por algum outro motivo como desavenças com familiares ou amigos, terem sofrido perdas materiais ou terem sido despedidas do emprego. Nessas situações, pode haver um excesso de prováveis casos, mas, que em uma avaliação especializada seria melhor esclarecida.

No presente estudo, a ocorrência de sintomas depressivos foi de 27,2% na 20ª semana de gestação; 21,7% na 28ª semana e 25,4% na 36ª semana, prevalências relativamente altas se comparadas com outros estudos.

Existem estudos transversais realizados com mulheres no início da gestação (Bodecs et al., 2009), ou apenas no terceiro trimestre (Da-Silva et al., 1998; Silva al., 2010) e estudos longitudinais, com diferentes etapas de coleta dos dados ao longo da gestação e puerpério (Evans et al., 2001).

Conforme revisão da literatura realizada por Pereira e Lovisi (2008), a prevalência de depressão gestacional encontrada nas pesquisas provenientes de países desenvolvidos oscila entre 5% e 30%. Poucos estudos encontraram prevalências abaixo de 10%, sendo mais freqüentes as taxas em torno de 10% e 15%. Já as taxas de prevalência de depressão durante a gravidez, encontradas nos estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais, estiveram, em sua maioria, por volta de 20%.

No período gestacional, a mulher deprimida em razão dos sintomas depressivos apresenta menor preocupação com seu estado de saúde, ocasionando, muitas vezes, não adesão ao pré-natal, além de maior consumo de álcool, tabaco e outras drogas, pessimismo, insônia, falta de apetite, acarretando diminuição da quantidade e qualidade da ingesta alimentar (Hobel, Arora, Korst, 1999; Wadhwa et al., 2001).

A literatura científica indica que o período gravídico puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, sobretudo nos primeiro e terceiro trimestres de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério (Botega, Dias, 2006).

Outros estudos encontrados em revisão da literatura em países em

desenvolvimento e no Brasil, a variação nos percentuais dos sintomas depressivos na gestação, utilizando diversas escalas para identificação da sintomatologia depressiva, foi de 8,3% a 37,9% (Pereira, Lovisi, 2008). A variação deve-se à diversidade de idades gestacionais de aplicação do instrumento, ponto de corte adotado, além das diferenças sociodemográficas das amostras.

Em estudo sobre qualidade de vida, observou-se que os sintomas depressivos influenciaram em todos os domínios da *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (MOS-SF 36), com exceção de Aspecto Físico, sendo um fator de risco para a piora da qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres na gestação e pós-parto (Lima, 2011).

Cabe lembrar que, para as mulheres que apresentaram escore da EPDS ≥ 13 em qualquer momento da gestação eram oferecidos atendimento em um serviço especializado com profissionais de saúde mental ou com a psicóloga que atuava voluntariamente no Amparo Maternal à época da realização da pesquisa. Das mulheres que pontuaram o escore supracitado (74 na 20ª semana, 59 na 28ª e 69 na 36ª) algumas aceitaram, mas outras consideravam ser desnecessário, pois alegavam falta de tempo e que os problemas eram transitórios, que poderiam superá-los sem ajuda profissional. É surpreendente que, apesar de manifestarem o desejo de encaminhamento ao atendimento psicológico, apenas cinco aceitaram e compareceram efetivamente aos serviços especializados. No estudo de Carrascón et al. (2006), 50% das mulheres deprimidas não compareceram ao serviço especializado. As autoras consideram que os sintomas depressivos são pouco valorizados pelas mulheres por fazerem parte do processo gestacional, que elas aceitam como algo normal e esperam que, com o passar do tempo, os sentimentos sejam solucionados.

A taxa relativamente alta observada no início do acompanhamento pode ter ocorrido em razão das mudanças que ocorrem no organismo da mulher e sua aceitação frente à condição de grávida, podendo estar também relacionada concomitantemente à aceitação e ao apoio recebido da família e de seu parceiro.

No último momento, em torno da 36ª semana, caracterizada como

período pré-parto, não é raro observar aumento da ansiedade com a proximidade do parto e nascimento, o que justificaria a prevalência de 25,4% de mulheres com sintomas depressivos.

Estudos realizados no Brasil, utilizando a EPDS na gestação, embora tenham usado o mesmo ponto de corte (≥ 13) para o diagnóstico de depressão, também apresentaram uma variação na prevalência encontrada.

No estudo realizado em São Gonçalo (RJ) com 33 mulheres no terceiro trimestre gestacional, a prevalência foi de 37,9% de depressão (Da-Silva et al., 1998). Os trabalhos realizados em Pelotas (RS) com gestantes de serviços públicos de saúde apontam prevalências de 21,1%, 21,2% e 20,5% (Jansen et al., 2010; Silva et al., 2010 e Silva et al, 2012).

Em Seattle, nos Estados Unidos da América, em um estudo prospectivo com 1.888 gestantes que receberam cuidado pré-natal em uma clínica obstétrica universitária, a prevalência de sintomas depressivos gestacional foi de 9,9%, sendo 5,1% de probabilidade de depressão maior e 4,8% para sintomas menores (Melville et al., 2010).

A prevalência relativamente menor de 6,8% foi observada em estudo realizado em Barcelona (Espanha) por Carrascón et al. (2006) com 263 mulheres entre 28 e 35 semanas de gestação, utilizando a pontuação ≥ 12 para sintomas depressivos.

A investigação que mais se aproximou do presente estudo foi a realizada em Hong Kong por Lee et al. (2007), com 357 mulheres grávidas, cujos dados foram obtidos em cada trimestre gestacional. Assim, a prevalência dos sintomas depressivos no primeiro trimestre foi de 22,1%, observando-se diminuição para 18,9% no segundo e um discreto aumento para 21,6% no último trimestre.

Comparando as proporções da EPDS ao longo dos três momentos, analisadas pelo Teste de Friedman, observou-se que não houve diferença entre as amostragens, p-valor 0,23 ao longo da gestação e 0,12 ao longo da gestação apenas entre os escores acima de ≥ 13 – presença de sintomas depressivos, indicando que as médias das ordens devem ser similares.

Na análise da movimentação dos postos da amostra nos três momentos, observou-se que 54,5% das mulheres não apresentaram

sintomas depressivos em nenhum deles, e 7,0% estavam deprimidas em todos os períodos gestacionais.

A presença de sintomas apenas na 20^a semana encontrada em 14,4% da amostra pode sugerir a influência de desconfortos próprios das várias alterações no corpo feminino. Essas alterações embora comuns a todas as mulheres, o modo como cada uma lida com a nova condição varia com a personalidade, circunstância em que ocorreu a gravidez, relação com o parceiro, repercussões em sua vida, entre outras (Bortoletti, 2007). Por sua vez, 6,6% da amostra apresentaram sintomas apenas no terceiro momento, ou seja, em torno da 36^a semana da gestação, cuja proximidade do parto desencadeia maior ansiedade e preocupação com o que poderá ocorrer no trabalho de parto e parto, com a higidez fetal, entre outros.

Na análise das pontuações e das médias de cada item dos enunciados da EPDS, as categorias que mais se destacaram foram as alusivas à diminuição de desempenho e culpa (itens 3 sentir culpa, 4 sentir ansiedade e 6 sentir o peso das tarefas). Conforme já mencionado, o uso de técnicas de comunicação terapêutica no relacionamento interpessoal mostrou-se eficaz para lidar com os sofrimentos das gestantes (Bonadio et al., 1997).

A resposta inicial da mulher frente à notícia de uma gravidez, em geral, é positiva (de alegria, euforia, satisfação, felicidade) ou negativa (tristeza, desespero, raiva, ressentimento, decepção, medo e revolta). Raramente é de indiferença. Para a mulher sadia, segura do amor, respeito e compreensão do marido, sem preocupação financeira, a gravidez poderá ser encarada como uma experiência bem-vinda e feliz, que promoverá a realização de seu papel de mulher, esposa e mãe. Para aquela que precisa sustentar-se sozinha, sem o apoio do pai da criança, poderá encarar a gravidez como um grande desastre ou um fardo (Bonadio, Tsunechiro, 2006).

Assim, os profissionais envolvidos nesse processo devem estar atentos às reações emocionais e manifestações de comportamento das mulheres e atuar para amenizar os sentimentos negativos, se possível, transformando-os em positivos. A sensibilidade e a capacidade de

percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família que são os atores principais da gestação (Tsunechiro, Bonadio, Oliveira, 2002). Agindo assim os profissionais pré-natalistas fortalecerão as gestantes em seus caminhos até o parto e ajudarão a construir o conhecimento sobre elas próprias, levando a um nascimento tranquilo e saudável (Brasil, 2006).

De acordo com encontrado em estudo de Moraes (2007), a prevalência de casos suspeitos de depressão foi maior entre mulheres com idades mais avançadas; baixa escolaridade; que se autotransclassificaram como de cor não branca; não viviam com companheiro; fumantes; relataram uso de drogas durante a gestação; tiveram gestações e histórias de abortamentos anteriores e aquelas que referiram níveis mais baixos de apoio social.

No presente estudo, houve associação significativa entre as variáveis: escolaridade, religião, renda familiar, número de gestações, paridade, número de queixas, gestação planejada, aceitação da gravidez, violência física e emocional, fumo e etilismo.

Na análise das variáveis associadas com a EPDS ≥ 13 , encontrou-se que ter completado o ensino médio, ser da religião evangélica e possuir uma renda acima de dois salários mínimos são fatores de proteção para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. Ter vivenciado a experiência de violência emocional e ter mais de três queixas indicaram associação positiva com os sintomas depressivos.

Estes resultados confirmam estudos já realizados que apontam como principais fatores de risco a história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependências de substâncias e violência doméstica (Pereira, Lovisi, 2008).

Nos testes de associação entre as variáveis, o fumo indicou significância e o etilismo uma tendência a ser fator predisponente à sintomatologia. No entanto, na análise das variáveis associadas, o fumo e o etilismo não se comportaram como fatores de risco conforme observado nas literaturas nacional e internacional.

No estudo de Silva et al. (2010), realizado com 1.264 grávidas

atendidas em serviços do sistema público de saúde, em Pelotas (RS) a presença de depressão foi associada com ter mais idade, menor grau educacional, não morar com companheiro, não ser primigesta, ter planejado a gestação, idealizar o aborto, ter feito tratamento psicológico ou psiquiátrico, consumir tabaco e/ou álcool durante a gravidez e ter sofrido evento estressor. Concluíram que ter história psiquiátrica, baixo suporte e eventos estressores aumentam a probabilidade de depressão no pós-parto.

A violência contra a mulher é um componente bastante valorizado e tem merecido reconhecimento pelos órgãos governamentais. No Manual Técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (Brasil, 2006), há um item especialmente destinado a esse assunto. Assim, conforme esse Manual, a grávida maltratada desenvolve quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa estima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e drogas. Consta, ainda, que o ciclo grávidico-puerperal não confere proteção à mulher. Aponta que a assistência pré-natal é o momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e é, muitas vezes, a única oportunidade de interromper essa situação.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os estudos sobre a depressão e seus efeitos no período pré-natal são recentes, datando de duas décadas passadas, havendo um incremento a partir de então. Em sua totalidade, a maioria das publicações refere-se a estudos no período puerperal, o que indica a importância e a relevância de novos estudos que resultem em conhecimentos sobre a saúde mental da mulher ao longo do período gravídico, promovendo novos instrumentos e informações para capacitação da equipe multidisciplinar.

Os resultados do presente estudo revelaram uma proporção expressiva de mulheres apresentando sintomas depressivos ao longo do período gestacional.

Os sintomas depressivos acessados por meio da EPDS considerando o escore ≥ 13 pontos permitiram as seguintes conclusões:

- a proporção de mulheres com sintomas depressivos variou ao longo da gestação, sendo 27,2% na 20^a, 21,7% na 28^a e 25,4% na 36^a semana;
- não houve diferença na proporção de mulheres com sintomas depressivos nos três momentos;
- a maioria das gestantes (54,5%) não apresentou sintomas depressivos ao longo da gestação;
- do total de mulheres, 14,4% mostraram sintomas depressivos apenas na 20^a semana da gestação;
- do total da amostra, 7,0% apresentaram sintomas depressivos em todos os momentos da gestação;
- houve diferença significativa entre os sintomas depressivos da primeira etapa e as variáveis escolaridade ($p < 0,001$); religião ($p = 0,005$); renda familiar ($p = 0,002$); número de queixas de gestação ($p < 0,001$); planejamento da gravidez ($p < 0,001$); aceitação da gestação ($p < 0,001$); fumo ($p < 0,001$); violência física ($p = 0,044$) e violência emocional ($p = 0,005$);

- para os sintomas depressivos na 20ª semana da gestação, as variáveis associadas como fator de proteção foram maior escolaridade, religião evangélica, maior renda familiar, ter planejado e aceito a gravidez e como fatores de risco, a violência emocional e ter mais queixas.

A informação sobre a prevalência dos sintomas depressivos deve ser valorizada, pois demonstra a magnitude do problema na população e no sistema de saúde. As estratégias para o manejo da depressão exigem o conhecimento de sua predominância ao longo de todas as fases de vida da mulher. Tal conhecimento pode permitir a identificação dos fatores de risco, modos de prevenção, intervenções e tratamento.

A aplicação da EPDS como instrumento para identificação dos sintomas depressivos em mulheres no período grávidico-puerperal constitui uma importante ferramenta para os profissionais de saúde, sobretudo da enfermagem, pois sabe-se que algumas mulheres têm grande probabilidade de desenvolverem episódios depressivos no pós-parto.

Os dados obtidos neste estudo evidenciam a necessidade de atenção direcionada à saúde mental, desde o início da gestação e podem oferecer subsídios para formulação de políticas públicas e estratégias de atendimento especializado à mulher, visto que a depressão durante a gestação é um problema atual de saúde pública e de relevância social.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MA. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 8(2): 385-94.

Alt MS, Benetti SPC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol Estud* 2008; 13(2): 389-94.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no.343; psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 469-77.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pèrez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(5): 877-85.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. [citado 20 set. 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1981.

Bodecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. *Orv Hetil*, 2009; 150(41): 1888-93.

Bonadio IC, Tsunechiro MA, Stefanelli MC, Nero MCD. A comunicação terapêutica no cuidado pré-natal. *Rev Paul Enferm*. 1997; 16(1/3): 5-11.

Bonadio IC, Tsunechiro MA. Diagnóstico de gravidez. In: Barros SMO (org.). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri, SP; Manole; 2006. p. 3-18.

Borrelli B, Bock B, King T, Pinto B, Marcus BH. The impact of depression on smoking cessation in women. *Am J Prev Med*. 1996; 12(5): 378-87.

Bortoletti, FF. Psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. (org.) *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. 1ª edição. Barueri, SP: Manole, 2007, p.21-31.

- Botega NJ, Dias MK. Gravidez e puerpério. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed 2006. p.341-54.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2006.
- Button TM, Thapar A, McGuffin P. Relationship between antisocial behavior, attention-deficit hyperactivity disorder and maternal prenatal smoking. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 155-60.
- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín* 2006; 33(2): 92-102.
- Campagne DM. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 116(2): 125-30.
- Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 573-81.
- Carrascón A, García S, Cena B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof.* 2006; 7(4): 5-11.
- Catão I. A tristeza da mãe e seus riscos para o bebê. In: Correia-Filho ME, Corrêa PSF (Org.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE; 2002. p.232-48.
- Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6): 1293-1300.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
- Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4): 181-8.
- Dalgalarrrondo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3): 177-8.
- Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998; 31(6): 799-804.

Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-60.

Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santo JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4): 612-18.

Felix GMA, Gomes APR, Franca PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com Ciências Saúde* 2008; 19(1): 51-60.

Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007; 7(1): 209-9.

Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev*. 2006; 8(2): 123-38.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 431-38.

Fonseca, VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(4): 738-46.

Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3): 245-9.

Freitas GVS, Cais CFS, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(6): 336-42.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106(5 Pt 1): 1071-83.

Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4): 875-83.

Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108: 101-11.

Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux I, Mbewu N, Rotheram-Borus MJ. Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reproductive Health* 2011, 8:9. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/9>

- Hobel CJ, Arora CP, Korst LM. Corticotrophin-releasing hormone and CRH-binding protein. Differences between patients at risk for preterm birth and hypertension. *Ann NY Acad Sci* 1999; 897: 54-65.
- Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 8: 1086-90.
- Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric Statistical Methods*. New York: John Wiley & Sons. 1993. p.139–146.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Jansen K, Curra AR, Souza LDM, Pinheiro RT, Moraes IGS, Cunha MS, Silva RA. Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2010; 32(2): 44-7.
- Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976; 6: 297-302.
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(1): 5-14.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Hang WC, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1102-12.
- Lettiere A, Nakano MAS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta paul. enferm* 2012; 25(4): 524-9.
- Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.
- Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*. 2005; 35: 1485–92.
- Lugo GFO, Mondragón VJ. Transtornos afetivos posparto. *Universitas Médica* 2006; 47(2): 131-40.
- Matheus ED. Noções de assistência pré-natal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. (org.) *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. 1ª edição. Barueri, SP: Manole, 2007, p.179-82.
- Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, Lippi UG. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(9): 470-77.

Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9: 309-15.

Medeiros PPV, Furtado EF. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *J Bras Psiquiatr* 2004; 53(4): 227-34.

Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1064-70.

Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(2): 122-5.

Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4): 667-76.

Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(5): 695-703.

Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2005; 27(2):165-176.

Murata M, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. *Rev. Min. Enferm.*; 16(2): 194-200, 2012.

Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-107.

Okada MM. Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.

Orr ST, Blazer DG, James AS, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health* 2007; 16(4): 535-42.

Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 284-5.

Payne JL. Antidepressant Use in the Postpartum Period: Practical Considerations. *Am J Psychiatry* 2007; 164(9): 1329-32.

Pereira JC. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.

Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev. psiquiatr. clín* 2010; 37(5): 216-22.

Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. psiquiatr. clín* 2008; 35(4): 144-53.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 946-52.

Rocha FL. Distúrbios psiquiátricos na gravidez e puerpério: atualização. Científica Nacional; 1991. p.26.

Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med* 2008; 6: 44 –52.

Rosen D, Seng JS, Tolman RM, Mallinger G. Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *J Interpers Violence*. 2007; 22(10):1305-14.

Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health* 1996; 86(10): 1435-9.

Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2005; 51:1087-93.

Sandman CA, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chiciz-DeMet A, Belman J, Porto M, Murata Y, Garite TJ, Crinella FM. Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Annals NY Acad Sci*; 1994.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapoli C, Magalhães PVS, Barbosa APPN, Baroos FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2577-88.

Santos MFSS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de Auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin* 1999; 26(2): edição especial. Disponível em [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(90\)](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(90)).

Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231-42.

Siegel S, Castellan, NJ. Nonparametric Statistics. New York: McGraw-Hill. 2ed. 1988.

Silva AR, Jansen K, Souza LDM, Moraes IGS, Tomasi E, Silva EGD, Dias MS, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(2): 139-44.

Silva CS, Ronzani TM, Furtado EF, Aliane PP, Moreira-Almeida A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Rev. psiquiatr. clín.* 2010; 37(4): 152-6.

Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, Horta B, Pinheiro R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2012; 4(2): 143-8.

Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I, Smaia SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(3): 121-9.

Siqueira CVC. Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santos. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol*; 1992.

Suppaseemanont W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *Am J Matern Child Nurs* 2006; 31(1): 10-5.

Tsunechiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002 maio 02-03; Ribeirão Preto, SP, Brasil [Internet]. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.pdf/sibracen/n8v2a092pdf>.

van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006; 33: 297-302.

Venables WN, Ripley BD. *Modern Applied Statistics with S*. Springer, 4ª ed, 2002.

Villanueva LA, Perez-Fajardo MM, Iglesias LF. Factores sociodemograficos asociados a depresion en adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex.* 2000; 68: 143-8.

Wadhwa PD, Culhane JF, Rauh V, Barve SS. Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Matern Child Health Journal* 2001; 5(2): 119-25.

World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2007 Chapter V - Mental and behavioural disorders. [capturado em: 2008 Fev 21]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Zhang L. et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2011; 27(9): 1768-76.

Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behavior. Am J Obstet Gynecol 1998; 60(5): 1107-11.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO

Nome (Iniciais): _____ Data: ____/____/____ Nº _____

A – Dados demográficos:

1. Idade (anos completos): _____ anos
2. Etnia: caucasiano () negróide () ameríndio ()
3. Bairro de procedência ou município lideiro: _____
4. Situação conjugal: com parceiro fixo () sem parceiro fixo ()
5. Ocupação: atividades do lar () trabalho remunerado ()
tipo: _____
estudante () sem atividade laboriosa ()
6. Anos de estudo (última série cursada): _____
7. Religião: _____ Praticante: () Sim Não ()
8. Tipo de moradia: barraco () cortiço () casa () apartamento ()
9. Nº. de cômodos: _____
10. Condição de moradia: Própria () Alugada () Emprestada ()
Mora em casa de outra pessoa (com os pais, sogros, parentes, amigos) ()
11. Com quem mora: _____
12. Renda familiar: _____
13. Arrimo familiar: gestante () Outros ()
14. Já sofreu ou sofre violência física, como tapas, empurrões antes ou durante esta gestação? () Não () Sim
15. Por parte de quem? _____
16. Já sofreu ou sofre violência psicológica como ameaças de abandono, gritos antes ou durante esta gestação? () Não () Sim
17. Por parte de quem? _____

B – História da saúde:

18. Tem ou já teve problemas mentais? () Sim () Não
19. Faz tratamento com uso de medicamentos para problemas mentais/emocionais? () Sim () Não
20. Fez ou faz tratamento com consultas ao psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não
21. Teve ou tem pessoas na família com problemas mentais? () Sim () Não
22. É fumante? () Sim () Não
23. Usa bebidas alcoólicas? () Uso eventual () uso freqüente (3x por sem.) () Não
24. Usa ou já usou cocaína, maconha ou outras drogas? () Sim () Não

C – Dados Obstétricos:

25. Gesta: _____ 26. Para: _____
27. Idade gestacional (em semanas completas): _____
28. N.º de filhos vivos: _____
29. N.º de filhos que vivem com a gestante _____
30. Tem queixas relacionadas à gravidez como: () náuseas; () vômitos; () dor ao urinar; () dores nas costas; () dor em baixo ventre; () outros – especifique _____
31. Número de consultas de pré-natal: _____
32. Gravidez planejada: () Sim () Não
33. Gravidez aceita: () Sim () Não () em processo de aceitação.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Marlise de Oliveira Pimentel Lima, enfermeira e professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a qualidade de vida de mulheres grávidas e sintomas depressivos na gravidez e gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa. Este estudo está sendo realizado com a orientação e participação da Professora Maria Alice Tsunechiro, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Eu solicito a sua autorização para que nós, as pesquisadoras, possamos utilizar as informações que você disser na entrevista para a realização da pesquisa e depois publicar em revistas e livros científicos ou apresentar em congressos e encontros dos profissionais da saúde.

Informo-a e a esclareço que será mantido segredo sobre a identificação do seu nome na pesquisa e de qualquer dado que possa de alguma forma a identificar. Também a esclareço que a sua participação será voluntária.

Serão feitas algumas perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida como idade, escolaridade, moradia, entre outras e que solicito que responda pessoalmente dois questionários com perguntas sobre vários itens de sua saúde física e mental, em três momentos durante a gravidez e uma vez após o parto.

Será oferecido o encaminhamento gratuito ao serviço de atendimento em psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo, para diagnóstico e tratamento da depressão, caso seja necessário, respeitando o seu desejo de aceitar ou não o encaminhamento para agora ou para um momento futuro.

Está assegurado a você o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer prejuízo no atendimento na maternidade pela sua decisão, bem como esclarecer qualquer dúvida que tenha no decorrer do trabalho.

Qualquer esclarecimento você poderá obter pelos telefones: 55120028 Marlise de Oliveira Pimentel Lima, 3061-7602 Maria Alice Tsunechiro, 3397-2504 Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-MSP.

Este documento possui duas vias, uma via permanecerá em seu poder e a outra arquivada com a pesquisadora deste estudo, Marlise Lima.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da Pesquisadora

Eu, _____, compreendi as explicações dadas acima e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

ANEXOS

ANEXO 1

Nome (Iniciais): _____ Data: ____/____/____ Nº _____

Escala de Edimburgo conforme validação no Brasil – EPDS

Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está sentindo hoje.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- ☐ Como eu sempre fiz.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Sem dúvida menos que antes.
- ☐ De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- ☐ Como sempre senti.
- ☐ Talvez menos do que antes.
- ☐ Com certeza menos.
- ☐ De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- ☐ Não, de maneira alguma.
- ☐ Pouquíssimas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado:

- ☐ Sim, quase todo o tempo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Não, nenhuma vez.

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias.
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente
- ☐ Nenhuma vez.

ANEXO 2 - Parecer do CEP/SMS

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 30 de junho de 2008.
PARECER Nº 154/08 – CEP/SMS
CAAE: 0060.0.162.000-08

Para
Profª Marilise De Oliveira Pimentel Lima
Sr(a) Pesquisadora
IDENTIFICAÇÃO

- **Projeto de Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES GRÁVIDAS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS
- **Pesquisador Responsável:** Profª Marilise De Oliveira Pimentel Lima
- **Orientador:** Profa. Dra. Maria Alice Tsunehiro
- **Instituição:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
- **Local onde os dados serão coletados:** Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal e onze unidades básicas de saúde da zona sul do Município de São Paulo, que atendem o Pré-Natal pelo Programa de Saúde da Família em parceria com o UNASP – Centro Universitário Adventista de Ensino (Unidade Básica do Jardim Comercial, Jardim Germânia, Jardim Lidia, Luar do Sertão, Jardim Marcelo, Jardim Macedônia, Jardim Magdalena, Jardim Maracá, Parque do Engenho, Parque Fernanda e Jardim São Bento). Todos os serviços de pré-natal atendem as gestantes exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Patrocinador:** Parcial - CNPq

I - Sumário Geral do Protocolo

O estudo em foco é relevante à área, ao se propor, nas palavras da autora, a compreender como a presença de sintomas depressivos na gestação afeta a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelas mulheres. Tal estudo poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, a fim de atender as necessidades da gestante de forma individualizada, calçada em sua realidade socioeconômica e cultural reduzindo, assim, a morbidade materna e perinatal. Além disso, poderá oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida das mulheres grávidas de baixa renda, portadoras de sintomas depressivos, tendo em vista o aumento de tais sintomas em gestantes.

O objetivo do estudo é analisar a influência de sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde percebida por mulheres grávidas de baixo risco, sendo os **objetivos específicos**: analisar a qualidade de vida relacionada à saúde percebida por mulheres no curso do período gestacional; identificar a prevalência de sintomas depressivos na gravidez; identificar os fatores socioeconômicos e obstétricos das gestantes que influenciam nos sintomas depressivos na gravidez; verificar a associação entre sintomas depressivos na gravidez e a qualidade de vida relacionada à saúde; verificar a associação entre sintomas depressivos na gestação e os desfechos maternos e perinatais.

Trata-se de um estudo longitudinal, que fará uso de três instrumentos: o primeiro destina-se à obtenção de dados sociodemográficos e obstétricos da gestante/puérpera e do recém-nascido com base nas variáveis de interesse para o estudo. O segundo é um questionário de avaliação de sintomas depressivos, o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS em sua adaptação brasileira. O terceiro destina-se à avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS-SF36)*, traduzido e validado. Os dados serão coletados após pré-teste e os resultados obtidos serão codificados e organizados em banco de dados Excel e seu tratamento e análise será realizado com a utilização do SPSS 11.0.

A população será composta por mulheres grávidas, de baixo risco, que frequentarão os serviços, durante o período de maio de 2006 a setembro de 2009. Trata-se de amostra de conveniência, observados os critérios de inclusão e de exclusão (que estabelecem idade, tempo de gestação, capacidade de comunicação e compreensão de instruções e do TCLE e tratar-se de gestação de baixo risco) constituída por gestantes, atendidas nos serviços de pré-natal, no período e locais estabelecidos para a coleta de dados.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

PARECER Nº 154/08 - CEP/SMS
CAAE: 0060.0.162.000-08

II - Considerações

- **Apresentação do Protocolo**
A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, orçamento detalhado e o cronograma da pesquisa estão adequados.
Há tratamento adequado dos dados/ informações, pertinência e valor científico no estudo proposto, conforme observado acima.
- **Avaliação dos riscos e benefícios**
A metodologia é adequada aos objetivos. Poderá levar ao diagnóstico de depressão, sendo que tal condição se encontra devidamente justificada no desenho da pesquisa.
A possibilidade de benefícios pode compensar os riscos, pois estão previstos procedimentos de encaminhamento em caso de diagnóstico positivo de depressão, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa.
Os outros direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos (informação, privacidade, recusa, indução, desistência, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.).
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**
É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo.
A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, há descrição suficiente dos procedimentos.
Há esclarecimento da possibilidade de encaminhamento em caso de ser diagnosticada uma depressão menor, possibilita decisão consciente do sujeito da pesquisa.
Há explicitação das garantias referidas no item IV, 1 da Res.CNS 196/96.
Permite a saída do sujeito de pesquisa da pesquisa, sem prejuízo de seus cuidados.
São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE, que estão adequados.
Foram assegurados o acompanhamento e cuidado da gestante e da criança.

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 9º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smsecep@prefeitura.sp.gov.br Providenciar as devidas alterações, visto que dados de endereço e telefone deste Comitê sofreram alterações.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar na unidade de saúde, é necessária também a permissão da autoridade administrativa.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra por ele assinado (item IV.2.d)

João

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

3

PARECER Nº 154/08 – CEP/SMS
CAAE: 0060.0.162.000-08

2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. E-ventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Iara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS