**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARLISE DE OLIVEIRA PIMENTEL LIMA**

# QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES GRÁVIDAS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

**SÃO PAULO**
**2011**

**MARLISE DE OLIVEIRA PIMENTEL LIMA**

# QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES GRÁVIDAS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof[a]. Dr[a]. Maria Alice Tsunechiro

**SÃO PAULO**

**2011**

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:___/____/___

**Catalogação na Publicação (CIP)**
**Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"**
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Lima, Marlise de Oliveira Pimentel
Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos / Marlise de Oliveira Pimentel Lima. -- São Paulo, 2011.
118 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Maria Alice Tsunechiro

1. Qualidade de vida 2. Escala de depressão pós-parto Edinburgh 3. Gravidez 4. Enfermagem obstétrica I. Título.

**Nome**: Marlise de Oliveira Pimentel Lima

**Titulo:** Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

# DEDICATÓRIA

*A meu esposo e companheiro de todos os momentos,*

*EMERSON MARCOS, pela compreensão e apoio incondicional demonstrados na execução deste trabalho. Partilhar a vida com você é ter sempre o sol a brilhar, mesmo em meio às nuvens.*

*As minhas filhas amadas, SOPHIA e GIOVANNA, vocês são o maior presente que recebi de Deus!*

*A meus pais, SEVERINO MUNIZ PIMENTEL e MARIÊTA DE OLIVEIRA PIMENTEL, pelo amor, carinho e incentivo que sempre nos demonstraram.*

# AGRADECIMENTOS

*A Deus, primeiramente, pelo dom da vida.*

*A minha amiga e orientadora, Maria Alice Tsunechiro, pela paciência, dedicação e sabedoria sempre reveladas na condução deste trabalho e em nosso convívio. Não tenho palavras para descrever o quanto aprendi com você.*

*A minha família, pelo apoio e carinho sempre demonstrados e pela compreensão nos momentos de ausência.*

*A todas as gestantes dos serviços de Pré-Natal das Unidades Básicas de Saúde do PSF/UNASP, que colaboraram com sua participação para que esta pesquisa pudesse ser realizada.*

*A Gabriela Colar Oliveira, Marianne Dias Corrêa e Sthephanie Hein, meu especial carinho a vocês que tanto me ajudaram na execução deste trabalho.*

*Às professoras e amigas Adriana, Ivanilde, Marci e Vivian, muito obrigada por iluminarem os momentos que pareciam sem solução.*

*A direção e equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde do PSF/UNASP pelo apoio na realização deste estudo.*

*Ao Luís Carlos Ferreira de Almeida pela orientação na análise estatística.*

*Às docentes da USP por suas valiosas contribuições à execução deste trabalho: Profª. Isabel Cristina Bonadio, Profª. Maria Luiza Gonzalez Riesco, Profª. Miako Kimura, entre outras.*

*A todas as funcionárias do serviço de Pós-graduação e de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, meu muito obrigada.*

*Nada que se realiza no mundo se constrói sozinho, meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desta pesquisa.*

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

## RESUMO

Os objetivos do estudo foram: analisar a influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde percebida por mulheres na gestação de baixo risco e pós-parto e verificar os fatores socioeconômicos e obstétricos associados à qualidade de vida e aos sintomas depressivos. Trata-se de um estudo longitudinal, com inclusão de 313 gestantes matriculadas em 11 Unidades Básicas de Saúde da zona sul do Município de São Paulo, SP. As participantes foram seguidas em quatro etapas: 20ª, 28ª, 36ª semanas de gestação e 45 dias após o parto, com ± 2 semanas em cada etapa. A coleta dos dados foi de julho de 2008 a março de 2010. A amostra final das quatro etapas constou de 132 mulheres. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram obtidos por meio de entrevista na primeira etapa, com exceção dos do pós-parto, que foram coletados na quarta etapa. Para avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizada a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (MOS-SF36), que foram autoaplicados nas quatro etapas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Parecer nº 154/08-CEP/SMS. Os escores médios dos domínios do MOS-SF36 apresentaram declínio ao longo da gestação com recuperação no pós-parto, exceto Estado Geral de Saúde e Saúde Mental, com diferença significativa para Capacidade Funcional ($p<0,000$), Aspectos Físicos ($p=0,001$), Dor ($p<0,001$) e Vitalidade ($p=0,002$). A proporção de gestantes com sintomas depressivos variou nas quatro etapas, sendo de 29,5% na 20ª, 24,2% na 28ª, 24,5% na 36ª semanas de gestação e 33,6% com 45 dias de pós-parto. Houve correlação inversa significativa em todos os domínios do MOS-SF36 e a EPDS, com variação no coeficiente de Spearman de 0,234 a 0,785. Nas quatro etapas, os escores médios dos domínios mostraram diferenças significantes, na comparação entre gestantes sem e com sintomas depressivos, exceto Dor, na segunda etapa e Aspectos Físicos na quarta. Na regressão logística da qualidade de vida relacionada à saúde, os sintomas depressivos foram um fator de risco em todos os domínios, exceto Aspectos Físicos. Para os sintomas depressivos, as variáveis associadas foram situação conjugal, anos de estudo e número de consultas de pré-natal, como fatores de proteção e queixas como fator de risco. A presença dos sintomas depressivos na gestação e puerpério altera a percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Escala de depressão pós-parto Edinburgh; Gravidez; Enfermagem obstétrica.

Lima MOP. Health related quality of life of pregnant women with depressive symptoms [Thesis]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

## ABSTRACT

The aims of the present study were to analyze the influence of depressive symptoms on the health related quality of life (HRQOL) perceived by low risk pregnant women and at postpartum and verify the socioeconomic and obstetric factors associated with the quality of life and depressive symptoms. This is a longitudinal study and it was conducted with 313 pregnant women enrolled in 11 Basic Health Units of the southern area of São Paulo City, SP. The participants were followed up at their 20th, 28th, 36th weeks of gestation and 45 days postpartum, with ± 2 weeks in each periods. Data was collected from July 2008 to March 2010. The final sample of four periods consisted of 132 women. Sociodemographic and obstetric data was obtained by interviewing subjects in the first period and postpartum data in the fourth period. For the assessment of depressive symptoms, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used and to assess the health related quality of life (HRQOL), the questionnaire Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS-SF36), which were self-administered in four stages. The study was approved by the Ethics in Research Committee nº 154/08-CEP/SMS. The mean scores of the domains of MOS-SF36 presented decline over the gestation with postpartum recovery, except in General (Health) and Mental Health, with a significant difference in Physical Functioning ($p<0,000$), Role Limitation due to Physical Problems ($p=0,001$), Bodily Pain ($p<0,001$) and Vitality ($p=0,002$). The proportion of pregnant women with depressive symptoms was 29.5% at 20th, 24.2% at 28th, 24.5% at 36th weeks of gestation and 33.6% at 45 days postpartum. There was a significant inverse correlation among all domains of the MOS-SF36 and the EPDS, with Spearman coefficients range of 0.234 to 0.785. At the four periods, the mean scores of the domains showed significant differences between pregnant subjects with or without depressive symptoms except Bodily Pain in the second period and Role Limitation due to Physical Problems in the fourth one. At HRQOL logistic regression the depressive symptoms were a risk factor in all domains, except Role Limitation due to Physical Problems. To depressive symptoms, the associated factors were marital status, years of education and the number of prenatal consultations as protective factors and complaints as a risk factor. The presence of depressive symptoms at pregnancy and postpartum changes the subjective perception of Health related quality of life in low risk pregnant women.

Keywords: Quality of life; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Pregnancy; nursing midwifery.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição das gestantes quanto às Unidades Básicas de Saúde, São Paulo – 2008-2010 47

# LISTA DE TABELAS


Tabela 1 - Tamanho Amostral para correlação de Pearson, São Paulo, 2008 31

Tabela 2 - Comparação entre a amostra final e o grupo de perda, segundo as variáveis demográficas, EPDS e domínios do MOS-SF36, São Paulo, 2008-2010 46

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, segundo as variáveis demográficas, São Paulo, 2008-2010 49

Tabela 4 - Distribuição das gestantes, segundo tipo de moradia, condição de propriedade, número de cômodos e número de co-habitantes, São Paulo, 2008-2010 50

Tabela 5 - Distribuição das gestantes, segundo a renda familiar e renda per capita, São Paulo, 2008-2010 51

Tabela 6 - Distribuição das gestantes, segundo a experiência de violência antes, ou durante a atual gestação e quem as praticou, São Paulo, 2008-2010 52

Tabela 7 - Distribuição das gestantes, segundo o histórico de transtornos mentais prévio e atual, tratamentos e transtornos mentais familiares, São Paulo, 2008-2010 53

Tabela 8 - Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas referidas, São Paulo, 2008-2010 53

Tabela 9 - Distribuição das queixas, segundo o tipo de queixa apresentada, São Paulo, 2008-2010 54

Tabela 10 - Distribuição das gestantes, segundo o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas antes e durante a gestação, São Paulo, 2008-2010 55

Tabela 11 - Distribuição das gestantes, segundo as idades gestacionais nas três etapas, São Paulo, 2008-2010 56

Tabela 12 - Distribuição das gestantes, segundo variáveis obstétricas, São Paulo, 2008-2010 56

Tabela 13 - Distribuição das gestantes, segundo o planejamento e aceitação da gravidez, São Paulo, 2008-2010 57
Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo variáveis puerperais quantitativas, São Paulo, 2008-2010 57
Tabela 15 - Valores do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) nas três etapas da gestação, ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach, São Paulo, 2008-2010 58
Tabela 16 - Valores do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) na quarta etapa no pós-parto, ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach, São Paulo, 2008-2010 59
Tabela 17 - Distribuição das mulheres, segundo a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação e pós-parto, São Paulo, 2008-2010 60
Tabela 18 - Comparação do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) na primeira etapa com as variáveis qualitativas e quantitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010 61
Tabela 19 - Alfa de Cronbach dos domínios do MOS-SF36 das quatro etapas, São Paulo, 2008-2010 62
Tabela 20 - Coeficiente de concordância de Kendall dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010 63
Tabela 21 - Comparação dos escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010 64
Tabela 22 - Distribuição das gestantes, segundo o item Saúde Comparada do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010 65

Tabela 23 - Comparação dos domínios do MOS-SF36 na primeira etapa e as variáveis qualitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010 66
Tabela 24 - Comparação dos domínios do MOS-SF36 na primeira etapa e as variáveis quantitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010 67
Tabela 25 - Coeficientes de correlação de Spearman entre a EPDS e os domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010 68
Tabela 26 - Comparação dos escores médios dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, segundo os sintomas depressivos, São Paulo, 2008-2010 70
Tabela 27 - Análise da regressão logística das variáveis associadas aos domínios do MOS-SF36 da primeira etapa, São Paulo, 2008-2010 72
Tabela 28 - Análise da regressão logística das variáveis associadas aos domínios do MOS-SF36 da quarta etapa, São Paulo, 2008-2010 73
Tabela 29 - Análise da regressão logística das variáveis associadas a EPDS da primeira etapa, São Paulo, 2008-2010 74
Tabela 30 - Comparação dos valores dos coeficientes Alfa de Cronbach nos domínios do MOS SF36 do estudo atual e de Valle et al. 2009. 83

# SUMÁRIO


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO** | 15 |
| **1.1** | Gravidez e qualidade de vida relacionada à saúde | 16 |
| **1.2** | Sintomas depressivos na gestação e qualidade de vida | 19 |
| **2** | **HIPÓTESE** | 27 |
| **3** | **OBJETIVOS** | 28 |
| **3.1** | Objetivo geral | 28 |
| **3.2** | Objetivos específicos | 28 |
| **4** | **MÉTODO** | 29 |
| **4.1** | Tipo de estudo | 29 |
| **4.2** | Local de estudo | 29 |
| **4.3** | População e amostra | 30 |
| **4.4** | Variáveis do estudo | 32 |
| **4.5** | Instrumentos de coleta de dados | 34 |
| **4.6** | Coleta de dados | 35 |
| **4.7** | Teste piloto | 38 |
| **4.8** | Tratamento e análise dos dados | 38 |
| **4.9** | Aspectos éticos | 43 |
| **5** | **RESULTADOS** | 44 |
| **5.1** | Análise da perda de seguimento das gestantes | 44 |
| **5.2** | Distribuição da amostra, segundo o local de recrutamento | 47 |
| **5.3** | Distribuição da amostra, segundo características demográficas | 48 |
| **5.4** | Distribuição da amostra, segundo a experiência de violência antes ou durante a atual gestação | 51 |
| **5.5** | Distribuição da amostra, segundo a história de saúde prévia e atual | 52 |
| **5.6** | Distribuição da amostra, segundo as variáveis comportamentais | 54 |

**5.7** Distribuição da amostra, segundo as variáveis obstétricas e puerperais 55
**5.8** Avaliação dos sintomas depressivos em gestantes 58
**5.8.1** Influência das variáveis qualitativas e quantitativas nos sintomas depressivos em gestantes 60
**5.9** Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde 61
**5.9.1** Influência das variáveis qualitativas na qualidade de vida relacionada à saúde 65
**5.9.2** Influência das variáveis quantitativas na qualidade de vida relacionada à saúde 67
**5.10** Influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde nas quatro etapas 68
**5.10.1** Correlação da EPDS com o MOS-SF36 68
**5.10.2** Influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde nas quatro etapas 69
**5.11** Análise logística das variáveis de estudo com os domínios do MOS-SF36 71
**5.12** Análise logística das variáveis com os sintomas depressivos 74
**6 DISCUSSÃO** 75
**7 CONCLUSÃO** 93
**8 CONSIDERAÇÕES FINAIS** 95
**9 REFERÊNCIAS** 97
**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO** 105
**APÊNDICE 2 – TCLE** 107
**ANEXO 1 – EPDS** 108
**ANEXO 2 – MOS-SF36** 110
**ANEXO 1 – PARECER CEP/SMS** 116

# 1 INTRODUÇÃO

Na vida das mulheres em idade reprodutiva, a gestação é um evento comum e sempre pensada como um momento de bem-estar e felicidade à mulher, bem como à sua família. Mas isso nem sempre se reflete como uma verdade no dia a dia.

É uma fase que determina profundas transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais na vida da mulher que podem interferir em sua saúde física e mental.

Por consenso, a gravidez é um período de crise que exigirá, por parte da mulher e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação. Se tais ajustamentos não ocorrerem de forma satisfatória, poderá haver o comprometimento da saúde da grávida e do concepto.

Embora seja um evento fisiológico, comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção vem sendo dada às adaptações normais percebidas nos componentes físico e psicológico de seu estado de saúde. A importância de se conhecer tais aspectos seria: a própria mulher definir suas expectativas sobre o que espera da gravidez, prover dados para políticas públicas relacionadas à saúde e funções femininas e, por fim, uma melhor caracterização dessas mudanças poderia permitir a definição de fatores de risco para grandes ou persistentes declínios no estado funcional da gestante, discriminando assim, mulheres de risco que seriam alvo de uma intervenção, na promoção de sua saúde e bem-estar (Haas et al., 2004).

O alvo primário do cuidado em saúde durante a gravidez é alcançar os melhores resultados perinatais possíveis à mãe e ao feto (McKee et al., 2001).

A assistência pré-natal deve compreender medidas de prevenção, identificação precoce ou tratamento específico de gestantes cuja gravidez apresenta probabilidade de evolução complicada e deve atender aos interesses maternos e fetais (Carvalho, Francisco, Brizot, 2008).

Ao se considerar o conceito de assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal precisa focalizar os aspectos relativos à qualidade de

vida em geral e relacionada à saúde e não apenas atentar aos parâmetros físicos do cuidar (Lima, 2006).

Para implementar as atividades de normatização do controle de pré-natal, é preciso dispor de instrumentos que permitam identificar as gestantes no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e encaminhamento adequado em cada momento da gravidez (Brasil, 2005).

A avaliação de risco é tarefa difícil (Brasil, 2005). Mas, é este um dos objetivos do pré-natal, determinar qual mulher, em uma população primariamente saudável, terá mais probabilidade de ter problemas ou resultados perinatais indesejados e, então, fornecer serviços e tratamentos para prevenir ou tratar tais problemas (Jackson, Lang, Ganiats, 1999).

Os fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento de uma gestação saudável, que devem ser rastreados no pré-natal, são as características individuais e as condições sociodemográficas da gestante, como os fatores biológicos, obstétricos atuais e anteriores e patologias clínicas (Brasil, 2005; Carvalho, Francisco, Brizot, 2008).

Como forma de ajudar o rastreamento dos fatores de risco individuais e socioeconômicos é importante conhecer a percepção da mulher gestante sobre sua qualidade de vida, especificamente, a relacionada à saúde. Dessa forma, será possível oferecer subsídios para uma abordagem multidimensional, não fragmentada na atenção à sua saúde no cuidado pré-natal (Lima, 2006). O apoio social e o psicológico à mulher gestante devem fazer parte de toda a assistência pré-natal (Enkin et al., 2004).

## 1.1 GRAVIDEZ E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Na literatura internacional, a qualidade de vida tem sido introduzida, como uma nova dimensão a ser considerada na avaliação dos resultados dos tratamentos, bem como das condições de saúde das pessoas sadias ou com alguma doença.

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde surgiu no meio médico. Na sua versão inglesa "*health related quality of life* (HRQL)", foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (Gianchello, 1996).

As avaliações de qualidade de vida relacionadas à saúde medem modificações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções. As expectativas com relação à saúde e à habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar a percepção de saúde e a satisfação do indivíduo com sua vida, podendo duas pessoas com o mesmo estado de saúde ter percepções de qualidade de vida muito diferentes (Gianchello,1996; Testa, Simonson, 1996).

Na assistência à saúde materna, área específica de nosso interesse, a Iniciativa Internacional para a Maternidade Segura, a Década da Mulher pela Organização das Nações Unidas e o Movimento de Sobrevivência Infantil iniciaram um debate de âmbito mundial para promover maior integração dos programas de planejamento familiar com programas mais amplos de saúde da mulher, assim como a melhoria de sua qualidade de vida (Galvão, Diaz, 1999).

Logo, a maternidade segura seria promover uma boa saúde e não apenas evitar a morte, incluindo a qualidade de vida da mulher durante e após o período reprodutivo (Koblinsky, Timyan, Gay, 1992).

As várias mudanças relacionadas à saúde física e emocional, como os desconfortos causados pelas náuseas e vômitos do início da gestação, as dores lombares, a diminuição da capacidade física no final da gravidez, podem acarretar modificações na forma como a gestante percebe sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Em trabalho de revisão sobre qualidade de vida de mães no pré e pós-natal, Symon (2003) ressalta que a compreensão mais abrangente do que é saúde e a queda nas taxas de morte materna e perinatal nos países

desenvolvidos, despertaram a importância para a avaliação dos resultados perinatais baseados na satisfação das mulheres com o atendimento prestado pelos serviços de saúde. Para o autor, não basta entender hoje, como resultados perinatais, as favoráveis taxas decrescentes de mortalidade perinatal e materna. É necessário também avaliar em termos de qualidade de vida, se os objetivos foram alcançados. Conclui citando que, apesar de ser importante avaliar a qualidade de vida, este termo ainda é usado de forma inconsistente na literatura consultada, existem poucos instrumentos desenvolvidos especificamente para a unidade de cuidado materno e a melhora ou piora na qualidade de vida das mães é freqüentemente inferida por certas condições clínicas.

Estudos vêm demonstrando que há uma diminuição no funcionamento físico e na percepção do bem-estar em mulheres grávidas especialmente, no 3º trimestre da gestação e no puerpério imediato quando comparados ao período pré-gravídico (Nicholson et al., 2006).

Em trabalho sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e habilidade física entre gestantes com e sem dor nas costas no termo da gravidez, Olsson e Nilsson-Wikmar (2004) concluem que as mulheres grávidas avaliadas apresentavam baixa qualidade de vida quando compararam seus dados com outros publicados de mulheres saudáveis.

O estudo de coorte em uma amostra de 125 gestantes saudáveis, utilizando o questionário *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS-SF36) para avaliar as mudanças percebidas na qualidade de vida relacionada à saúde, conclui que o estado funcional na gestação muda na dimensão física de saúde, e os fatores sociodemográficos parecem ter apenas uma limitada influência no estado funcional relacionado à saúde na gravidez (Hueston e Kasik-Miller, 1998).

Estudo longitudinal realizado com 253 mulheres sobre o estado da saúde geral e os sintomas psicossociais na gravidez e puerpério, mostra que a gravidez normal associa-se a níveis decrescentes de função física, social e de vitalidade (Otchet, Carey, Adam, 1999).

Em estudo realizado em São Paulo com uma amostra de 202 gestantes, utilizando o *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS-

SF36), a idade gestacional apresenta uma fraca associação inversa com os domínios de Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, ou seja, quanto maior a idade gestacional menor o escore nestes domínios (Lima, 2006).

O *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (*MOS-SF36*)* tem sido o instrumento de escolha em vários trabalhos sobre qualidade de vida da gestante (Descher et al., 2003; Haas et al., 2004; Hueston e Kasik-Miller, 1998; Lima, 2006; McKee et al., 2001; Nicholson et al., 2006; Otchet, Carey, Adam, 1999). É um instrumento genérico de qualidade de vida relacionado à saúde, multidimensional, subjetivo, que avalia, tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar), demonstra propriedades de medidas bem estabelecidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a mudanças (Ciconelli, 1997), e é de aplicação fácil e rápida.

A necessidade de se estudar quais seriam as modificações percebidas pela gestante normal em sua qualidade de vida relacionada à saúde, surge de não se ter, ainda hoje, dados sobre os padrões de modificação esperada na qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes, para até mesmo perceber que não há alteração da qualidade de vida relacionada à saúde percebida na gravidez em relação ao período pré-gravídico. Falta dado normativo da gravidez de baixo risco em qualidade de vida relacionada à saúde, para estabelecer comparações com grupos de gestantes de alto risco, nem há subsídios para a criação de instrumentos e políticas de saúde específicas às grávidas, voltadas à melhoria de sua qualidade de vida.

## 1.2 SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

A triagem dos sintomas depressivos na gestação é um importante fator para a melhoria da assistência perinatal, reduzindo efeitos adversos à qualidade de vida relacionada à saúde da gestante, bem como outros resultados nocivos à saúde materna, fetal e à criança (Campagne, 2004;

Suppaseemanont, 2006). Esses efeitos podem atingir o parceiro e a família da mulher.

Os enfermeiros precisam estar atentos às mulheres que vivenciam sintomas depressivos na gestação e rastreá-las para identificar aquelas com maior necessidade de avaliação e suporte. Nesse sentido, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) é uma ferramenta simples, fácil para rastrear sintomas depressivos (Raines, Campbell, 2010). Isto pode facilitar o aumento da comunicação entre a mulher e o cuidador em relação à depressão, pensamentos suicidas e outros sentimentos que podem ser sentidos, mas, que são dificilmente discutidos com o profissional de saúde no pré-natal (Bowen, Muhajarine, 2006).

Em alguns estudos (Allister et al., 2001; Andersson et al., 2004; Da Costa et al., 2000; Dayan et al., 2002; Field et al., 2008; Kurki et al., 2000; Lindgren, 2001; Mckee et al., 2001, Nicholson et al., 2006), as repercussões observadas da depressão na gravidez para a gestante foram: alteração na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde, práticas de saúde diminuídas, complicações na gestação e fator de risco para pré-eclâmpsia, depressão puerperal, trabalho de parto prematuro, partos operatórios. Esses resultados são mais acentuados em mulheres provenientes de classes sociais menos favorecidas (Hoffman, Hatch, 2000).

Para o feto e a criança, as repercussões encontradas foram alterações na freqüência cardíaca quando submetidos a estímulos externos, elevação dos níveis de norepinefrina, cortisol e diminuição da dopamina, baixo peso e menor idade gestacional ao nascimento, distúrbios no sono em crianças até 30 meses, crescimento infantil diminuído e aumento no risco de diarreia em crianças de até 3 anos de idade (Bowen, Muhajarine, 2006; Field et al., 2002; Hoffman, Hatch, 2000; Oberlander et al., 2006; Rahman et al., 2007).

Até pouco tempo, acreditava-se que a gestação exerceria um efeito protetor na saúde mental da mulher, porém, o que as pesquisas científicas vêm mostrando difere desse senso comum, pois o período perinatal não as protege dos transtornos do humor (Camacho et al., 2006).

A gravidez tem um enorme efeito psicobiológico e fisiológico sobre o corpo e a mente da mulher, pelas dramáticas mudanças nos níveis de

estrógeno e progesterona, bem como pela significante supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano (Suppaseemanont, 2006).

Tais mudanças endócrinas têm suscitado a hipótese de que, em decorrência dessas modificações, a gestante tenha uma vulnerabilidade maior à depressão (Steiner, Dunn, Born, 2003).

Hoje, entende-se que a gestação é um período em que a mulher encontra-se especialmente vulnerável às consequências negativas da depressão, pois, mesmo em níveis subclínicos, esta afeta o desenvolvimento da gravidez, tanto à mãe como ao feto, no curto e longo prazo (Campagne, 2004).

Os termos depressão e sintomas depressivos, via de regra são percebidos como sinônimos, porém, a depressão depende de um diagnóstico clínico dado por um profissional capacitado, como o psiquiatra e o psicólogo, baseado ou não, em instrumentos como o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Mitsuhiro et al., 2006), dentre outros.

Em geral, os sintomas depressivos são diagnosticados por qualquer profissional de saúde, baseados em instrumentos autoaplicados ou por autorelatos, como a EPDS, sendo encaminhados os casos positivos (com alta pontuação) para uma posterior avaliação e diagnóstico de depressão antenatal por um profissional de saúde mental.

A falta de precisão epistemológica desses termos leva, às vezes, a problemas metodológicos (Zucchi,1999). O presente estudo irá ater-se aos sintomas depressivos.

Como forma de rastreamento da depressão na gestação, o protocolo de saúde mental antenatal e pós-natal do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) no Reino Unido, recomenda a inclusão de duas questões a serem feitas rotineiramente na primeira visita da mulher grávida ao profissional de saúde que a assistirá no pré-natal. As perguntas questionam se durante o último mês, ela se sentiu frequentemente incomodada por: 1. Sentimentos de tristeza, depressão ou desesperança e 2. Por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas. No caso de resposta positiva a qualquer das duas, uma terceira pergunta poderá ser

feita relacionada se ela deseja ou quer ajuda profissional a esse respeito (NICE, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um episódio depressivo pode ser leve, moderado ou severo, dependendo do número e da severidade dos sintomas. O paciente pode apresentar variados sintomas, como rebaixamento do humor, 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. Pode também apresentar distúrbios do sono e diminuição do apetite. A autoestima e a autoconfiança estão diminuídas e mesmo na depressão leve, ideias de culpa ou de desvalorização com frequência estão 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 dos sentimentos aprazíveis, acordar mais cedo que a hora habitual; pode apresentar sentimento depressivo pior pela manhã, com retardo psicomotor, agitação, perdas de apetite, peso e da libido (World Health Organization - WHO, 2007).

Embora os episódios depressivos em determinadas situações tenham uma denominação específica como a depressão puerperal (WHO, 2007), não há uma referência similar para os casos de depressão na gestação.

A prevalência da depressão na gravidez varia, dependendo da forma de triagem e diagnóstico das mulheres. Em trabalho de revisão, a prevalência de depressão na gestação variou de 7,4% no primeiro a 12% no último trimestre (Camacho et al., 2006). Já Ryan, Milis, Misri (2005) encontraram taxas de até 17%.

Se o estado depressivo gestacional não for detectado e tratado precocemente, poderá ter uma repercussão negativa sobre a saúde materna e infantil que permanecerão, mesmo após o nascimento (Ryan, Milis, Misri, 2005).

Em estudo realizado em São Gonçalo, Rio de Janeiro em uma amostra de 33 mulheres encontrou-se uma prevalência de 37,9% de depressão gestacional no terceiro trimestre, utilizando a EPDS (Da-Silva et al., 1998).

Já em pesquisa realizada em São Paulo em uma amostra de 103 gestantes de baixa renda a prevalência encontrada foi de 20,4%, usando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Falcone et al., 2005).

Pesquisando gestantes adolescentes em Piracicaba, São Paulo, Freitas e Botega (2002) encontraram uma prevalência de 20,8% em uma amostra de 120 adolescentes utilizando a subescala da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Em outro estudo em São Paulo que avaliou o uso de drogas no terceiro trimestre da gestação e prevalência de transtornos psiquiátricos em uma amostra de mil adolescentes grávidas, a prevalência encontrada de depressão foi 12,9%, pelo CIDI (Mitsuhiro et al., 2006).

Lovisi et al. (2005) verificaram uma prevalência de 19,1% de depressão em uma amostra de 230 gestantes no 3º trimestre da gravidez, utilizando o CIDI.

Os fatores de risco para a depressão na gravidez são ter história pessoal ou familiar anterior de depressão, pertencer a uma classe socioeconômica mais desfavorecida ou a minorias étnicas, ter sofrido abuso na infância, sofrer de violência doméstica, ser solteira ou falta de apoio do parceiro, falta de suporte social, baixa escolaridade, desemprego e uso de drogas lícitas ou ilícitas (Bowen, Muhajarine, 2006; Ryan, Milis, Misri, 2005).

Observou-se que há uma forte associação entre elevados níveis de sintomas depressivos e baixos escores de qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no início da gestação como no 3º trimestre (Nicholson et al., 2006).

Em estudo realizado sobre a percepção de bem-estar e estado funcional durante o termo final em gravidez de baixo risco entre mulheres pertencentes às minorias multiétnicas de baixa renda e a relação existente entre o estado funcional com a depressão e suporte social, usando os instrumentos MOS-SF36, Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II) e *Norbeck Social Support Questionnaire* (NSSQ), foi concluído que elevados níveis de sintomas depressivos estão relacionados com baixos escores de percepções de funções relacionados à saúde e bem-estar, mas

não há relação entre estado funcional e suporte social, e a prevalência de sintomas depressivos foi de 51% (McKee et al., 2001).

O aumento de sintomas depressivos e a queda em múltiplos domínios do estado funcional foram observados na amostra do estudo, isto sugere que mulheres de minorias raciais de baixa renda podem experimentar níveis de estresse maiores durante a gravidez do que outras. Para muitas, as alterações substanciais no estado funcional podem, potencialmente, atingir a forma de utilização dos serviços de saúde de maneira importante, como na aderência às recomendações do tratamento e nas consultas marcadas por mães e seus filhos (McKee et al., 2001).

Além disso, MacKee et al. (2001) ressaltaram haver evidências de que quanto maiores os escores na qualidade de vida relacionada à saúde, melhor e mais precoce será o ajustamento da mulher ao papel materno.

Ao analisarem os fatores psicossociais e obstétricos, que poderiam estar associados à depressão puerperal precoce (5º dia pós-natal) em uma amostra de 1.250 puérperas, Bergant et al. (1999) concluíram que fatores, como: o peso do cuidado com o recém-nascido, elevados traços de ansiedade, baixa satisfação com a vida, baixa classe social e baixo peso do recém-nascido pareciam ser de predominante relevância à depressão puerperal precoce.

Ao trabalharem com uma amostra multiétnica de 1.809 mulheres gestantes, Haas et al. (2004) em um estudo longitudinal, que abrangeu desde o início da gestação (antes da 20ª semana) até 8 a 12 semanas pós-parto, tiveram como resultados que os escores da capacidade física eram altos antes da gravidez e que declinavam substancialmente no curso da gestação e melhoravam no pós-parto. A vitalidade também caia, mas não recuperava seus escores de base anteriores à gravidez nos três primeiros meses de puerpério. A prevalência dos sintomas depressivos elevou-se na gravidez e declinou no pós-parto. Mulheres com insuficiência de recursos monetários para comida ou moradia, bem como falta de exercícios físicos antes, durante e após a gestação, associaram-se a escores mais baixos de saúde em geral e apresentaram mais sintomas depressivos.

Em estudo sobre qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos no início da gravidez, em uma amostra de 175 gestantes utilizando o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e o MOS-SF36, Nicholson et al. (2006) encontraram uma prevalência de depressão de 15% e baixos escores de qualidade de vida relacionada à saúde. Concluíram que o diagnóstico e o tratamento precoce dos sintomas depressivos podem melhorar a percepção de bem-estar das gestantes.

Apesar dos estudos mostrarem a associação entre depressão gestacional e piora na qualidade de vida relacionada à saúde, no Brasil, existem poucos trabalhos sobre sintomas depressivos na gravidez, e nenhum foi encontrado sobre os impactos da depressão gestacional na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida.

Se um dos objetivos que se espera na assistência à mulher grávida é o bem-estar materno e do concepto, surge então a questão, como a mulher grávida percebe sua qualidade de vida relacionada à saúde? A qualidade de vida relacionada à saúde é afetada por sintomas depressivos presentes na gestação, especialmente em uma população de mulheres proveniente de uma camada socioeconômica menos favorecida?

Estas questões justificam-se, tendo em vista a experiência pessoal no atendimento a mulheres gestantes de baixo risco em um serviço de pré-natal de uma maternidade que atende mulheres de baixa renda. Nesse serviço as gestantes manifestam, com frequência, condições biopsíquicas, socioeconômicas e familiares desfavoráveis que, às vezes, são agravadas pelas alterações normais imprimidas pela gestação. Do mesmo modo, essas condições desfavoráveis, muitas vezes, também podem interferir no curso do processo gravídico, desencadeando sintomas depressivos.

O presente estudo pauta-se na convicção de que estabelecer como a presença de sintomas depressivos na gestação afeta a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelas mulheres, poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, a fim de atender às necessidades da gestante de forma individualizada, calcada em sua realidade socioeconômica e cultural reduzindo, assim, a morbidade materna e perinatal.

Além disso, poderá oferecer subsídios para formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida das mulheres grávidas de baixa renda, portadoras de sintomas depressivos.

Por sua vez, dada a ampliação do contexto social e cultural da gravidez e nascimento, estudos epidemiológicos que incorporem medidas de qualidade de vida são especialmente apropriados ao ciclo gravídico-puerperal.

# 2 HIPÓTESE

A presença de sintomas depressivos na gestação e puerpério altera a percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco.

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde percebida por mulheres na gestação de baixo risco e pós-parto.

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde percebida por mulheres no curso do período gestacional e pós-parto;

- Identificar a ocorrência 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.

# 4 MÉTODO

## 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal sobre qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de um grupo de mulheres grávidas de baixo risco.

## 4.2 LOCAL DE ESTUDO

Os locais do estudo foram as 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo, que atendem o Pré-Natal pela Estratégia de Saúde da Família em parceria com o UNASP– Centro Universitário Adventista de Ensino, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Unidade Básica do Jardim Comercial, Jardim Germânia, Jardim Lídia, Luar do Sertão, Jardim Marcelo, Jardim Macedônia, Jardim Magdalena, Jardim Maracá, Parque do Engenho, Parque Fernanda e Jardim São Bento).

O distrito administrativo de Capão Redondo possui uma área de 13,6 $km^2$, onde residem 275.230 pessoas apresentando uma densidade demográfica de 20.237,5 habitantes/$km^2$ para o ano de 2010 e com taxa de crescimento estimado de 1,3% ao ano. É o quinto maior distrito em população do Município de São Paulo, sendo o primeiro no número de favelas, com 93, o que representa 5,9% do total do Município em 2008. Apresentou uma taxa de homicídios de 15,44 por 100.000 habitantes. Na área de saúde, teve coeficiente de 1,03 equipamentos de atenção primária à saúde por 20.000 habitantes, taxa de mortalidade infantil de 10,41 por 100.000 nascidos vivos, 81,2% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e o percentual de gestantes adolescentes foi de 15,3%. Das mulheres com nascidos vivos no ano de 2009, 66,9% tinham de 8 a 11 anos de estudo e a cesárea apresentou uma porcentagem de 49,6%. Todos os dados na área de saúde foram referentes ao ano de 2009 (São Paulo, 2011).

## 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população compôs-se de mulheres grávidas, de baixo risco, que frequentaram os serviços, campos de estudo, no período de julho de 2008 a abril de 2010.

Na amostra de conveniência, constituída por gestantes, atendidas nos serviços de pré-natal, os critérios de inclusão e de exclusão foram observados, no período e locais estabelecidos para a coleta de dados.

Critérios de inclusão:

- Idade mínima 18 anos;
- Início do controle pré-natal antes da 22ª semana de gestação e comparecimento às consultas até o termo da gravidez;
- Ter capacidade de compreender as instruções e responder verbalmente;
- Aceitar a participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Critérios de exclusão:

- Perda fetal até a 22ª semana de gestação;
- Intercorrência clínica e/ou obstétrica no curso da gestação como doença hipertensiva específica da gestação, diabetes gestacional, entre outras;
- Utilização de drogas antidepressivas na gestação;

Neste estudo, a presença dos sintomas depressivos foi determinada por uma escala e os escores de qualidade de vida relacionada à saúde foram determinados por questionário.

Por hipótese assumida, haveria uma correlação entre esses instrumentos, portanto, o cálculo para o tamanho amostral baseou-se na correlação de Pearson, sendo o coeficiente arbitrado de 0,20 a 0,50 com intervalo de 0,05, com poder do teste de 80% e a confiança de 95%. Conforme os dados da tabela a seguir, para um r de 0,25 (que representa uma correlação baixa) o tamanho amostral seria de 124 gestantes, por aproximação para o próximo número inteiro.

Como foi um estudo longitudinal, composto de quatro etapas, para a coleta dos dados, a perda de seguimento das mulheres no decorrer do estudo foi considerada, havendo um recrutamento ampliado em 50%, com uma estimativa de recrutar 186 gestantes.

Tabela 1 - Tamanho Amostral para correlação de Pearson, São Paulo, 2008

| r | N |
|---|---|
| 0,20 | 194 |
| 0,25 | 124 |
| 0,30 | 85 |
| 0,35 | 62 |
| 0,40 | 47 |
| 0,45 | 37 |
| 0,50 | 30 |

A fórmula utilizada para o cálculo foi (Hulley et al., 2008):

$$n = \left( \frac{\left( z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta} \right)}{0{,}5 * \ln((1+r)/(1-r))} \right)^2 + 3$$

Caso os pressupostos para utilização da correlação de Pearson não se fizessem presentes nos dados coletados de ambos os questionários, a correlação de Spearman seria utilizada. Para um r=0,25, mantendo o mesmo valor de poder de teste e confiança, o tamanho amostral seria de 127, por aproximação ao próximo número inteiro.

Mas, ao longo da coleta, a perda foi se mostrando superior ao valor estimado e, no intuito de atingir a amostra final, foram agregadas ao estudo 313 mulheres grávidas.

A amostra final constou de 132 mulheres que completaram as quatro etapas.

## 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis foram investigadas como se seguem:

A. Dados demográficos:

- Idade em anos completos;
- Etnia: caucasiana, negróide ou ameríndia por critério de autodenominação;
- Distrito de procedência ou município lindeiro;
- Situação conjugal: com parceiro fixo ou sem parceiro;
- Ocupação e tipo de trabalho remunerado: atividade do lar, trabalho remunerado, estudante, sem atividade laboriosa e tipo de trabalho remunerado. A classificação do tipo de trabalho foi feita, conforme o modelo de Fonseca (1967) que engloba cinco níveis de ocupação, assim, quanto maior o número da classificação maior será a qualificação profissional. No nível 1, estão os cargos de ocupação manual não especializada; no nível 2, os cargos de ocupação manual especializada; no nível 3, cargos de supervisão e outras ocupações não manuais; no nível 4, cargos de gerência e técnico de nível médio e no nível 5, profissionais liberais e cargos de alta administração;
- Anos de estudo: número de anos de estudo completos descontados os repetidos;
- Religião professada e a prática religiosa;
- Tipo de moradia (barraco, cortiço, casa, apartamento), número de cômodos e condições de moradia: própria, alugada, emprestada, mora com outra pessoa (com os pais, sogros, parentes, amigos);
- Renda familiar, número de pessoas residentes na mesma habitação e o arrimo familiar; e
- Violência física e/ou psicológica antes ou durante a gestação e por parte de quem.

B. História de saúde:

- História pessoal de distúrbios mentais;
- Tratamento psiquiátrico medicamentoso;

- Terapia não medicamentosa com profissional de saúde mental;
- História familiar de problemas mentais;
- Uso de fumo;
- Uso de bebidas alcoólicas e frequência; e
- Uso de drogas ilícitas;

C. Dados obstétricos:

- Gestação: número de gestações incluindo a atual;
- Paridade: número de partos anteriores;
- Idade gestacional: em semanas completas;
- Número de filhos vivos e número dos filhos que residem com a grávida, ou seja, os filhos dependentes;
- Queixas nesta gravidez: náuseas; vômitos; dor ao urinar; dores nas costas; dor em baixo ventre; outras;
- Número de consultas de pré-natal realizadas no serviço; e
- Planejamento e aceitação da gravidez.

D. Dados obstétricos pós-parto e do recém-nascido:

- Idade gestacional no nascimento;
- Tipo de parto: cesárea, normal e fórceps;
- Peso da criança ao nascer em gramas; e
- Apgar no 1º e 5º minutos.

E. Sintomas depressivos avaliados pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

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

F. Domínios da Qualidade de vida relacionada à saúde (MOS –SF36)

- Capacidade funcional;
- Aspectos físicos;
- Dor;
- Estado geral de saúde;
- Vitalidade;
- Aspectos sociais;

- Aspectos emocionais; e
- Saúde mental

## 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos:

O primeiro, destinou-se à obtenção de dados sociodemográficos e obstétricos da gestante/puérpera e do recém-nascido, com base nas variáveis de interesse para o estudo (Apêndice 1).

O segundo é uma escala de avaliação de sintomas depressivos, a EPDS (Anexo 1).

Não há, ainda, um instrumento construído especificamente para a detecção de sintomas depressivos ou para a depressão na gestação (Ryan, Milis, Misri, 2005). Este instrumento tem sido utilizado também para triagem de sintomas depressivos na gestação (Bowen, Muhajarine, 2006; Evans et al., 2001; Josefsson et al., 2001; Murray, Cox, 1990). Mas, altos escores no EPDS, por si só, não confirmam o diagnóstico de depressão na gestação, sendo necessários a avaliação e o diagnóstico do profissional de saúde mental (Bowen, Muhajarine, 2006; Ryan, Milis, Misri, 2005).

No presente estudo foi utilizada 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 utilizado por profissional não especializado em saúde mental.

A EPDS contém 10 enunciados cujas opções são pontuadas (0-3), 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. A EPDS torna mais fácil a detecção de sintomas depressivos na gravidez, por não abranger tantas perguntas baseadas em sintomas somáticos, que podem levar a uma superposição com os sintomas normais da gestação, como ocorre no Inventário de Depressão de Beck (Bowen, Muhajarine, 2006; Ryan, Milis, Misri, 2005).

O terceiro, destinou-se à avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, o MOS-SF36, traduzido e validado por Ciconelli (1997), (Anexo 2);

Este questionário é multidimensional, composto por 36 itens, divididos em 11 questões, abrangendo oito domínios:

1. Capacidade funcional (10 itens) – extensão em que a saúde interfere com uma variedade de atividades na vida diária;
2. Aspectos físicos (quatro itens) – problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física;
3. Dor (dois itens) – Extensão da dor corporal nas últimas quatro semanas;
4. Estado geral de saúde (cinco itens) – avaliação pessoal da saúde em geral;
5. Vitalidade (quatro itens) – percepção do grau de fadiga ou energia;
6. Aspectos sociais (dois itens) – extensão na qual a saúde interfere nas atividades sociais normais;
7. Aspectos emocionais (três itens) – problemas com o trabalho ou outras atividades como resultado de alterações emocionais;
8. Saúde mental (cinco itens) - Humor normal ou afetado, bem-estar psicológico nas últimas quatro semanas.

Existe mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. O instrumento avalia, tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os positivos (bem-estar) e demonstra propriedades de medidas bem estabelecidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a mudanças (Ciconelli, 1997; McKee et al., 2001).

## 4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, com a autorização expressa da administração direta da prefeitura e do PSF-UNASP para as UBSs, campos de estudo, por meio do Parecer nº 154/08 CEP/SMS (Anexo 3).

As gestantes que aceitaram responder ao questionário foram esclarecidas quanto ao caráter voluntário da participação e o sigilo das informações que poderiam de qualquer forma identificá-las, assim como a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo no atendimento prestado pelo serviço.

Primeiramente, houve o levantamento do número de gestantes elegíveis para o estudo por meio do SIS-Prénatal, sistema nacional de cadastro de gestantes, com busca no registro eletrônico de mulheres que estavam com até 20 semanas na data da primeira consulta de pré-natal, em cada UBS.

De posse dos nomes, fazia-se a relação entre as gestantes e as equipes de PSF das UBS, para identificação da data de consulta de pré-natal e/ou visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os dados foram coletados, mediante entrevista e aplicação dos questionários no dia da consulta de pré-natal das gestantes, em uma das salas de atendimento na UBS ou no domicílio das gestantes, após a visita domiciliar do ACS, em um local reservado da casa indicado pela grávida, onde não houvesse interrupções.

A coleta ocorreu em quatro etapas, nas 20ª, 28ª e 36ª semanas da gestação, e 45 dias pós-parto, considerando um desvio padrão de ± 2 semanas em cada etapa. A idade gestacional foi determinada pelo dia da última menstruação ou pela data estimada pelo ultrassom quando já realizado.

As entrevistas foram conduzidas, conforme descrito a seguir:

No primeiro encontro, inicialmente, foram dadas as informações quanto à pesquisa (tema, objetivos, modo de aplicação do instrumento e destinação dos dados). A seguir, foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), deixando espaço para esclarecimento de dúvidas. A assinatura do TCLE só foi solicitada, depois da entrevista e aplicação dos questionários, para que a gestante estivesse segura quanto à sua forma de participação na pesquisa.

Os instrumentos de pesquisa foram administrados antes ou após a consulta de pré-natal, o que fosse mais conveniente para o serviço e à

mulher, pela própria pesquisadora ou por um dos três membros que fizeram parte da equipe de pesquisa. No domicílio, após a visita do ACS, a gestante era convidada a participar do estudo, havendo disponibilidade de tempo e local reservado, procedia-se a administração dos instrumentos. Toda a equipe foi treinada pela pesquisadora, antes do início da coleta, para que houvesse uma uniformização do método de coleta dos dados.

Após a obtenção dos dados sociodemográficos e obstétricos, mediante entrevista, era feita a orientação a respeito da autoaplicação dos questionários EPDS e MOS-SF36. A situação de saúde relacionada à gravidez foi enfatizada. Depois das instruções iniciais sobre o modo de responder, só havia a intervenção da pesquisadora ou assistentes em caso de dúvida da gestante quanto ao preenchimento. Neste caso, se a mulher preferisse, os itens de cada questão eram lidos em voz audível e pausadamente, evitando o uso de sinônimos, dando tempo para a gestante selecionar a alternativa mais pertinente. Quando expressada pelo número, a afirmativa correspondente foi lida para confirmar a exatidão da escolha e depois, então, assinalada a resposta pela participante.

As entrevistas para obtenção dos dados demográficos e obstétricos duraram entre 10 a 15 minutos, e o tempo de preenchimento dos questionários EPDS e MOS-SF36 pelas gestantes não excedeu a 40 minutos.

Após a coleta dos dados, ainda no decorrer da pesquisa, foi oferecido, se desejado, às gestantes que pontuaram $\geq$ 13 no EPDS, valor sugestivo de depressão clínica, encaminhamento a um serviço educacional filantrópico, com profissionais de saúde mental (disponível pelo de vínculo com a pesquisadora) para avaliação, diagnóstico e tratamento, se necessário.

Do total de 208 gestantes que pontuaram o valor supracitado nas diversas etapas da coleta de dados, 41 (19,7%) afirmaram que gostariam de ser encaminhadas ao serviço. No entanto, só 4 (1,9%) compareceram efetivamente ao serviço de psicologia. Ao serem contatadas via telefone para a marcação da consulta, algumas alegaram falta de tempo para comparecer às consultas, outras referiram que a gravidez já estava próxima ao final e que não precisavam mais do atendimento.

Os dados relativos aos desfechos maternos e perinatais foram obtidos, após o parto, mediante consulta ao cartão de alta do recém-nascido no retorno da mulher aos respectivos ambulatórios ou na visita domiciliar do ACS, no 4º momento da coleta de dados.

## 4.7 TESTE PILOTO

Os instrumentos foram aplicados em dez gestantes do local de estudo, realizados em quatro etapas, conforme o estabelecido no Método. Com o pré-teste, pretendeu-se verificar a adequação do tamanho amostral pelo estatístico, padronizar a forma de aplicação dos instrumentos, avaliar o grau de entendimento dos instrumentos pela grávida e a viabilidade da coleta de dados em três momentos da gestação e um de puerpério.

## 4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram previamente codificados e organizados em banco de dados, após digitação dupla e comparação dos valores, utilizando-se o programa *Excel Microsoft* $^{TM}$ 2000. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico SPSS 13.0 para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences)* e SAS para Windows Versão 9.0.

As variáveis demográficas, de saúde e obstétricas foram avaliadas em suas frequências absolutas e relativas (porcentagem) e analisadas por meio de estatística descritiva com o cálculo das medidas de tendência central - média, mediana e desvio-padrão, quartis, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica.

O nível de significância adotado no estudo foi fixado em 5%.

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 na amostra variou, segundo o período de coleta, seguindo a literatura que coloca pontos de

corte separados para o período antenatal do pós-parto (Matthey et al., 2006; Murray, Cox, 1990). Nas etapas coletadas na gestação, o ponto de corte foi de 13 e 14 para detecção de sintomas depressivos que sugerem uma depressão menor e ≥ 15 que sugerem uma depressão maior, na etapa coletada no pós-parto, foi de 10 a 12 para detecção de sintomas depressivos que sugerem uma depressão menor e ≥ 13 que sugerem uma depressão maior.

No 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% (Evans et al., 2001; Matthey et al., 2006; Murray, Cox, 1990).

No Brasil, o único estudo encontrado sobre validação antenatal do EPDS utilizou também 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). No pós-parto, os dois estudos de validação entendem o ponto de corte de ≥ 10 para sintomas depressivos e divergem para sintomas depressivos sugestivos de depressão maior, variando para um ≥ 11 e para outro ≥ 13 (Santos, Martins, Pasquali, 1999; Santos et al., 2007).

Na análise inferencial, por ser um estudo longitudinal e para facilitar as comparações com outros estudos, foi adotado um único ponto de corte de ≥ 13 pontos, com a ressalva de que nas etapas de gestação, a avaliação é sugestiva para todos os tipos de depressão e, no pós-parto, é sugestiva apenas para depressão maior (Bowen, Muhajarine, 2006; Da-Silva et al., 1998; Evans et al., 2001;Murray, Cox, 1990).

Para a avaliação dos resultados do questionário MOS-SF36, o escore final de cada domínio foi transformado em uma escala de 0 a 100 (*Raw Scale*), onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão ou domínio em separado, conforme será explicitado a seguir. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, para que, em uma média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do respondente ou mesmo de subestimá-los (Ciconelli, 1997).

Pontuação do Questionário SF-36

| Questão | Pontuação |
|---|---|
| 01 | 1⇒ 5,0 2⇒ 4,4 3⇒3,4 4⇒ 2,0 5⇒1,0 |
| 02 | Soma Normal |
| 03 | Soma Normal |
| 04 | Soma Normal |
| 05 | Soma Normal |
| 06 | 1⇒ 5 2⇒ 4 3⇒3 4⇒ 2 5⇒1 |
| 07 | 1⇒ 6,0 2⇒ 5,4 3⇒4,2 4⇒ 3,1 5⇒2,2 6⇒1,0 |
| 08 | Se 8⇒ 1 e 7⇒ 1 =======⇒6<br>Se 8⇒ 1 e 7⇒ 2 a 6 =======⇒5<br>Se 8⇒ 2 e 7⇒ 2 a 6 =======⇒4<br>Se 8⇒ 3 e 7⇒ 2 a 6 =======⇒3<br>Se 8⇒ 4 e 7⇒ 2 a 6 =======⇒2<br>Se 8⇒ 5 e 7⇒ 2 a 6 =======⇒1<br>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:<br>1⇒ 6,0 2⇒ 4,75 3⇒ 3,5 4⇒2,25 5⇒ 1,0 |
| 09 | a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1)<br>Vitalidade= a+e+g+i<br>Saúde Mental= b+c+d+f+h |
| 10 | Soma Normal |
| 11 | a, c= valores normais<br>b,d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) |

Cálculo do *Raw Scale* (0 a 100)

| Domínios | Questão | Limites | *Score Range* |
|---|---|---|---|
| Capacidade Funcional | 3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j) | 10,30 | 20 |
| Aspectos Físicos | 4 (a+b+c+d) | 4,8 | 4 |
| Dor | 7+8 | 2,12 | 10 |
| Estado Geral de Saúde | 1+11 | 5,25 | 20 |
| Vitalidade | 9 (a+e+g+i) | 4,24 | 20 |
| Aspectos Sociais | 6+10 | 2,10 | 8 |
| Aspectos Emocionais | 5 (a+b+c) | 3,6 | 3 |
| Saúde Mental | 9 (b+c+d+f+h) | 5,30 | 25 |

*Raw Scale:*

Ex. Item = [valor obtido – valor mais baixo] x 100
Variação

Ex: Capacidade Funcional = 21 Ex: 21-10 x 100 = 55
Valor mais baixo = 10 20
Variação = 20

Obs. A questão n.º 2 não entra no cálculo dos domínios (Ciconelli, 1997).

A confiabilidade do MOS-SF36, bem como da EPDS foram testadas 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 do erro da medida. Varia de zero a um, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da medida, para uma determinada amostra de estudo (Pereira, 1999).

Considerando que o MOS-SF36 é um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde, para o presente estudo, o limite para aceitação de consistência interna foi 0,5 (Bowling, 1997). Para a EPDS, foi 0,7.

Os coeficientes de concordância da EPDS, bem como do MOS-SF36 nas quatro etapas foram verificados pelo teste não paramétrico de Kendall's W e a variância dos escores médios da EPDS e dos domínios do MOS-SF36 pelo teste de One Way Anova com pós teste de Tukey ou pelo teste não paramétrico de Kruskall Wallis com pós teste de Dunn, dependendo da distribuição e homogeneidade dos dados.

Para a análise da influência das variáveis qualitativas sobre os sintomas depressivos e domínios da qualidade de vida relacionada à saúde, foram realizados os testes de Qui-quadrado, com Teste Exato de Monte Carlo, quando os pressupostos do Qui-quadrado não foram preenchidos, com pós-teste de resíduo.

Para a análise da influência das variáveis quantitativas sobre a EPDS e o MOS-SF36 foram realizados o teste *t* de Student e a análise de variância One Way Anova, quando os pressupostos de normalidade e homogeneidade não foram contemplados, foram realizados os testes não paramétricos de Wilcoxon e Kruskall Wallis com pós teste de Dunn.

O pressuposto de normalidade foi de menor preocupação quando os tamanhos das amostras foram de, pelo menos, 30 dados em cada grupo. Com amostras menores, o Teste de Wilcoxon foi uma escolha adequada (Dawson, Trapp, 2003 p.121). Nas situações nas quais as variâncias apresentaram-se significativamente diferentes, os graus de liberdade para a estimativa da estatística de t foram obtidos mediante aproximação de Satterthwaitte, conforme McDonald (2009).

A EPDS foi correlacionada aos domínios do MOS-SF36 pelo coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman e comparada com os escores médios dos domínios do MOS-SF36 pelo teste paramétrico *t* de Student.

As análises dos efeitos das variáveis independentes sobre os domínios do MOS-SF36 e da EPDS foram feitas pelo modelo de regressão logística

binária multivariada, com entrada de todas as variáveis, ajustadas para colinearidade. No modelo do MOS-SF36 de 20 semanas de idade gestacional, entraram todas as variáveis da primeira etapa, excetuando-se as colineares. No modelo da quarta etapa para a qualidade de vida, entraram todas as variáveis. No modelo da EPDS da primeira etapa entraram todas as variáveis coletadas nessa etapa, exceto as colineares e os domínios do MOS-SF36. No modelo da EPDS da última etapa entraram todas as variáveis, exceto os domínios do MOS-SF36.

## 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, tendo sido aprovado no Parecer nº154/08 CEP/SMS (Anexo 3). As gestantes foram esclarecidas a respeito da forma de coleta de dados em quatro etapas, que sua participação era voluntária e que seria solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados só se iniciou, após a aprovação do CEP e da autorização dos serviços, campos da pesquisa.

# 5 RESULTADOS

Neste capítulo, inicialmente, são apresentados os dados de caracterização sociodemográfica, da história de saúde, bem como os dados obstétricos da amostra, em tabelas e figura, mostrando sua análise descritiva.

Os resultados obtidos da aplicação do EPDS e do MOS-SF36 também são apresentados em tabelas que traduzem a análise descritiva e inferencial realizada nos dados pelo software SPSS 13.0 para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) e pelo SAS for Windows versão 9.0.

Os dados demográficos, história de saúde e obstétricos das mulheres, correspondem às informações obtidas na primeira etapa do estudo e estão descritos nas Tabelas 3 a 13.

Os dados puerperais, coletados na quarta etapa, na Tabela 14.

Participaram voluntariamente do estudo 313 gestantes na primeira etapa, porém houve perda no seguimento de 57,8%, constituindo a amostra final de 132 mulheres que completaram todas as etapas. A análise dessas perdas está apresentada a seguir.

## 5.1 ANÁLISE DA PERDA DE SEGUIMENTO DAS GESTANTES

Ao longo da coleta de dados, foram inscritas 313 mulheres grávidas; no entanto, no decorrer do seguimento de pré-natal e puerpério, 65 (35,9%) gestantes mudaram de domicílio ou de cidade, não fazendo mais parte da área geográfica da UBS, 54 (29,8%) foram encaminhadas ao serviço de alto risco, sendo excluídas da amostra. Em 62 (34,3%) dos casos, os motivos variaram: interrupção da gestação por aborto ou parto prematuro, mudança de acompanhamento no pré-natal do serviço público para o conveniado, não ser encontrada em seu domicílio por trabalhar o dia todo, não comparecimento à consulta pré-natal no dia agendado, ausência por mais de três vezes seguidas da residência ou dificuldade na localização da

residência em decorrência da irregularidade na numeração das casas, seus agrupamentos e condições geográficas.

Assim, a segunda etapa foi completada por 224 gestantes, a terceira por 161 e a quarta por 132 mulheres, totalizando 181 grávidas ou puérperas que não concluíram as quatro etapas do estudo. Não obstante, a perda verificada no estudo, o número alcançado de 132 gestantes foi adequado ao tamanho amostral desejado.

Como mencionado, a mudança de residência das mulheres foi um dos fatos que mais chamou a atenção. Parece haver uma mobilidade maior em população de baixa renda, buscando-se, frequentemente, outros locais mais baratos para moradia. Além disso, é preciso considerar que a gestação demanda a necessidade de apoio da família estendida, em especial, da mãe ou de alguém que lhe seja equivalente, implicando, muitas vezes, mudança para a casa dos pais e/ou familiares da mulher grávida ou para moradias próximas.

Alguns dados demográficos, do EPDS e dos domínios do MOS-SF36 das 181 mulheres, que não completaram o seguimento foram comparados com a amostra final, a fim de esclarecer se haveria diferença estatisticamente significante entre os grupos de perda e da amostra final.

Os dados da Tabela 1 apresentam os resultados dessa análise. Como apenas o domínio Aspecto Social apresentou uma diferença significativa entre os grupos, considerou-se que as perdas de seguimento foram aleatórias e não influenciaram no resultado amostral.

Tabela 2 - Comparação entre a amostra final e o grupo de perda, segundo as variáveis demográficas, EPDS e domínios do MOS-SF36, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | Média DP | P[1] |
|---|---|---|---|
| **Idade**[2] | | | |
| Amostra | 131 | 25,53 ±5,53 | 0,116 |
| Perdas | 181 | 26,59 ±6,05 | |
| **Anos de Estudo**[3] | | | |
| Amostra | 131 | 9,47± 2,60 | 0,392 |
| Perdas | 181 | 9,22± 2,53 | |
| **Renda**[4] | | | |
| Amostra | 132 | 900,36 ±568,81 | 0,116 |
| Perdas | 176 | 1032,86 ±826,06 | |
| **Número de Gestações** | | | |
| Amostra | 132 | 2,25 ±1,40 | 0,689 |
| Perdas | 181 | 2,32 ±1,35 | |
| **EPDS** | | | |
| Amostra | 132 | 9,42 ±5,91 | 0,321 |
| Perdas | 181 | 8,70 ±6,57 | |
| **Capacidade Funcional** | | | |
| Amostra | 132 | 68,63 ±22,02 | 0,334 |
| Perdas | 181 | 66,24 ±21,29 | |
| **Aspectos Físicos** | | | |
| Amostra | 131 | 54,96 ±36,74 | 0,425 |
| Perdas | 181 | 58,42 ±38,47 | |
| **Dor** | | | |
| Amostra | 132 | 61,29 ±21,00 | 0,971 |
| Perdas | 181 | 61,20 ±23,64 | |
| **Estado Geral de Saúde** | | | |
| Amostra | 132 | 74,76 ±18,92 | 0,053 |
| Perdas | 181 | 79,02 ± 19,27 | |
| **Vitalidade** | | | |
| Amostra | 132 | 57,53 ±20,43 | 0,089 |
| Perdas | 181 | 53,25 ±22,95 | |
| **Aspectos Sociais** | | | |
| Amostra | 132 | 73,20 ±26,12 | 0,010 |
| Perdas | 181 | 80,66 ±24,70 | |
| **Aspectos Emocionais**[5] | | | |
| Amostra | 132 | 63,38 ±37,71 | 0,574 |
| Perdas | 179 | 60,89 ±39,15 | |
| **Saúde Mental** | | | |
| Amostra | 132 | 63,81 ±23,52 | 0,399 |
| Perdas | 181 | 61,59 ±22,67 | |

[1]Nível descritivo de probabilidade do teste paramétrico *t* de Student.
[2]Uma entrevista sem registro da idade.
[3]Uma entrevista sem registro dos anos de estudo.
[4]Cinco entrevistas sem registro da renda.
[5]Duas entrevistas sem registro do domínio Aspectos Emocionais.

## 5.2 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO O LOCAL DE RECRUTAMENTO

A distribuição das gestantes com relação às Unidades Básicas de Saúde - UBS é descrita a seguir: Jardim Germânia com 5 mulheres (3,8%), Jardim Lídia com 2 (1,5%), Jardim Marcelo com 2 (1,5%), Jardim Macedônia com 28 (21,2%), Parque do Engenho com 34 (25,8%), Jardim Maracá com 7 (5,3%), Jardim Magdalena com 1 (0,8%), Jardim Comercial com 8 (6,1%), Jardim São Bento com 29 (22,0%), Luar do Sertão com 3 (2,3%) e Parque Fernanda com 13 (9,8%).

A representação gráfica dessas informações é apresentada abaixo nos dados da Figura 1.

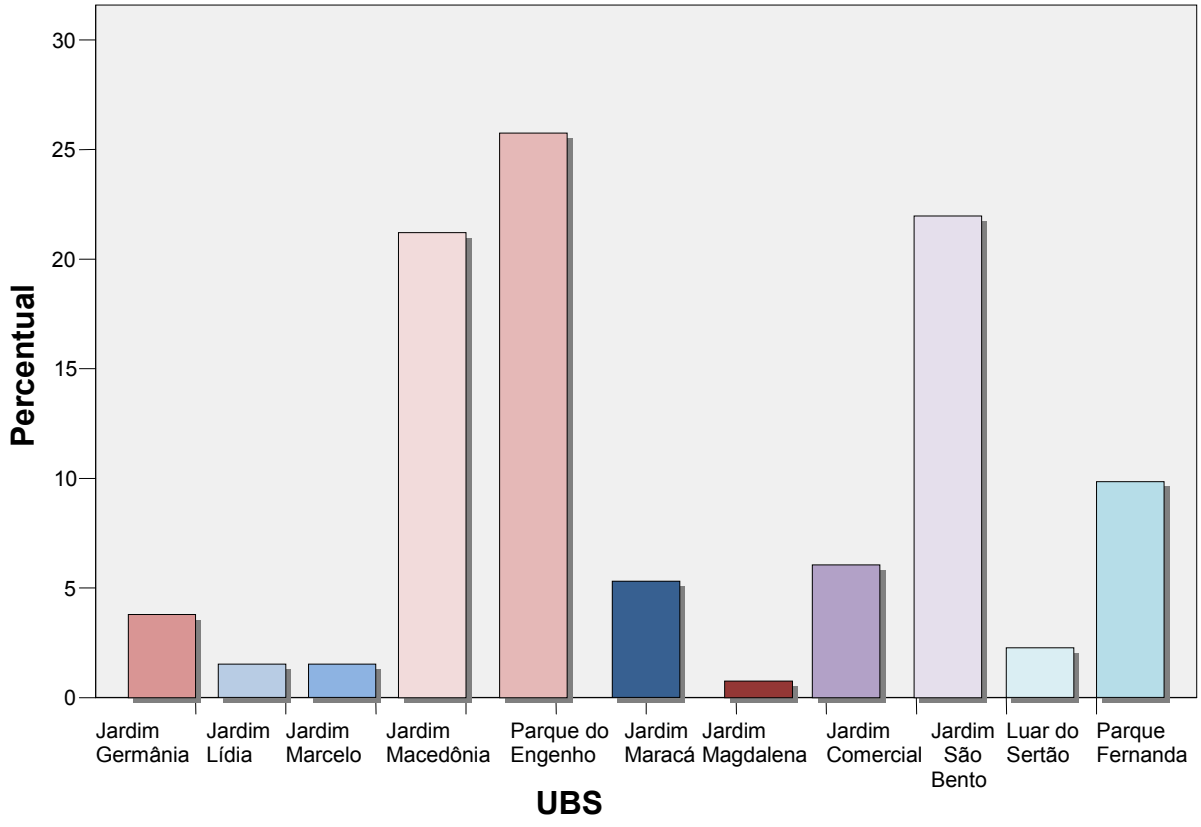


Figura 1 - Distribuição das gestantes quanto às Unidades Básicas de Saúde, São Paulo - 2008-2010

Algumas UBSs tinham uma densidade populacional maior que outras, consequentemente, o número de gestantes também era maior, o que influiu na amostra, como por exemplo, as UBSs do Parque do Engenho, do Jardim São Bento e do Jardim Macedônia apresentaram os maiores percentuais de recrutamento.

## 5.3 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A caracterização da amostra, segundo as variáveis demográficas é apresentada nos dados das Tabelas 3 a 5.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, segundo as variáveis demográficas, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| **Idade**[1] | | |
| Mínima – Máxima | 18-42 | |
| Média DP | 25,53 ± 5,53 | |
| Mediana | 25 | |
| **Etnia** | | |
| Caucasiano | 60 | 45,5 |
| Negróide | 47 | 35,6 |
| Ameríndio | 25 | 18,9 |
| **Anos de Estudo**[2] | | |
| Mínimo – Máximo | 3-18 | |
| Média DP | 9,47± 2,60 | |
| Mediana | 11 | |
| **Situação Conjugal**[3] | | |
| Com parceiro fixo | 116 | 88,5 |
| Sem parceiro fixo | 15 | 11,5 |
| **Religião**[4] | | |
| Nenhuma | 9 | 6,9 |
| Católica | 83 | 63,8 |
| Protestante/Evangélica | 38 | 29,3 |
| **Praticante**[5] | | |
| Sim | 54 | 45,0 |
| Não | 66 | 55,0 |
| **Ocupação** | | |
| Atividades do lar | 85 | 64,4 |
| Trabalho remunerado | 41 | 31,1 |
| Sem atividade laboral | 6 | 4,5 |
| **Tipo de Trabalho Remunerado**[6] | | |
| Manual não especializado | 15 | 37,5 |
| Manual especializado | 24 | 60,0 |
| Profissionais liberais/alta administração | 1 | 2,5 |

[1]Uma entrevistas sem registro da idade.
[2]Uma entrevista sem registro dos anos de estudo.
[3]Uma entrevista sem registro da situação conjugal.
[4]Duas entrevistas sem registro da religião.
[5]Do n=121 que professavam uma religião, uma entrevista ficou sem registro.
[6]Do n=41 de mulheres com trabalho remunerado, uma entrevista ficou sem registro.

Quando se estratificou a religião por praticante ou não, observou que as que professam a religião Católica Apostólica Romana, 64,6% (53) alegaram não ser praticantes, e entre as Protestantes/Evangélicas, o

percentual foi de 34,2% (13) mulheres. A diferença foi estatisticamente significante pelo teste de Qui-Quadrado (p=0,002).

Das gestantes que exerciam uma atividade remunerada, 37,5% tinham trabalho classificado como manual não especializado, ou seja, caracterizado por atividades que não exigiam experiência prévia, como: babá, empregada doméstica, passadeira, recepcionista, diarista, entre outros. Já 60,0% executavam atividades classificadas, como manual especializado, que exige capacitação técnica, tais como: agente comunitário, auxiliar de escritório, assistente de cabeleireiro, manicure, atendente de restaurante, vendedora, cobradora, monitora infantil, entre outras. Apenas uma (2,5%) era enfermeira, exercendo uma atividade classificada como profissional liberal.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes, segundo tipo de moradia, condição de propriedade, número de cômodos e número de co-habitantes, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| **Tipo de Moradia**[(1)] | | |
| Casa | 111 | 85,4 |
| Apartamento | 8 | 6,2 |
| Cortiço | 6 | 4,6 |
| Barraco | 5 | 3,8 |
| **Condições de Propriedade da Moradia** | | |
| Própria | 76 | 57,6 |
| Alugada | 37 | 28,0 |
| Mora com Parentes/Amigos | 10 | 7,6 |
| Emprestada | 9 | 6,8 |
| **Número de Cômodos** | | |
| Mínimo – Máximo | 1 – 9 | |
| Média DP | 3,58±1,49 | |
| Mediana | 3 | |
| **Número de Co-habitantes** | | |
| Mínimo – Máximo | 1 – 9 | |
| Média DP | 3,57±1,37 | |
| Mediana | 3 | |

[(1)]Duas entrevistas sem registro do tipo de moradia.

A maioria das gestantes possuía casa própria; no entanto, houve um amplo percentual de 42,4% sem moradia própria, o que favorece a

mobilidade amostral, na busca de habitações com valores mais acessíveis ao orçamento familiar.

O número de cômodos por moradia encontrado revelou, em geral, casas pequenas, compostas de quarto, sala e cozinha.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes, segundo a renda familiar e renda per capita, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | Mediana | Mínimo - Máximo | Média DP |
|---|---|---|---|
| **Renda Familiar** | R$ 800,00 | R$ 0,00 - 5.000,00 | R$ 900,36 ±568,81 |
| **Renda Per Capita** | R$250,00 | R$ 0,00 - 2.500,00 | R$ 291,65 ±253,11 |

Os dados da Tabela 5 mostram a grande variabilidade da amostra, quanto à renda familiar e per capita, mas também deixam claro que as gestantes pesquisadas eram, em 99,0%, de baixa renda.

Os dados quanto ao arrimo familiar demonstraram que 70,3% (90) das famílias tinham, como provedor principal outra pessoa que não a gestante (esposo e/ou companheiro, parentes, amigos), em 18,8% (24) das entrevistas, tanto a gestante quanto a outra pessoa colaboravam para o sustento familiar e em 10,9% (14) dos casos, a própria gestante era o esteio da família.

## 5.4 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA ANTES OU DURANTE A ATUAL GESTAÇÃO

Os dados da Tabela 5 apresentam os resultados quanto à violência física e psicológica/emocional, antes ou durante a atual gestação e quem foi o possível agressor.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes, segundo a experiência de violência antes, ou durante a atual gestação e quem as praticou, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| **Violência Física** | | |
| Não | 122 | 92,4 |
| Sim | 10 | 7,6 |
| **Agressor** | | |
| Parceiro | 7 | 70,0 |
| Familiares | 2 | 20,0 |
| Não quis referir | 1 | 10,0 |
| **Violência Psicológica/Emocional** | | |
| Não | 119 | 90,2 |
| Sim | 13 | 9,8 |
| **Agressor** | | |
| Parceiro | 4 | 30,8 |
| Familiares | 3 | 23,0 |
| Conhecidos | 1 | 7,7 |
| Não quis referir | 5 | 38,5 |

O parceiro foi o principal agressor em ambos os tipos de violência, configurando a maior parte dos casos de violência física e emocional como violência doméstica. Provavelmente, foi na intimidade do lar que os abusos ocorreram.

## 5.5 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A HISTÓRIA DE SAÚDE PRÉVIA E ATUAL

A história de saúde prévia e atual é abordada nos dados das Tabelas 7 a 9.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes, segundo o histórico de transtornos mentais prévio e atual, tratamentos e transtornos mentais familiares, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| **Transtornos Mentais** | | |
| Não | 114 | 86,4 |
| Sim | 18 | 13,6 |
| **Tratamento Psicológico/Psiquiátrico*** | | |
| Não | 124 | 93,9 |
| Sim | 8 | 6,1 |
| **Transtornos Mentais Familiares** | | |
| Não | 89 | 67,4 |
| Sim | 43 | 32,6 |

* Exceto medicação.

O tratamento de transtornos mentais com medicação era critério de exclusão; por isso, todos os casos relatados pelas mulheres referiram-se a tratamento cognitivo-comportamental e de análise.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas referidas, São Paulo, 2008-2010

| Queixas | N | % |
|---|---|---|
| Sem queixas | 16 | 12,1 |
| Uma queixa | 46 | 34,8 |
| Duas queixas | 28 | 21,2 |
| Três ou mais | 42 | 31,9 |
| **Total** | **132** | **100,0** |

A presença de uma ou mais queixas obstétricas foi realidade para a maioria das gestantes (87,9%).

Tabela 9 - Distribuição das queixas, segundo o tipo de queixa apresentada, São Paulo, 2008-2010

| Tipo de Queixa | N | % |
|---|---|---|
| Lombalgia | 73 | 28,8 |
| Náuseas e vômitos | 60 | 23,6 |
| Dor em baixo ventre | 55 | 21,7 |
| Cefaléia | 24 | 9,4 |
| Outras* | 42 | 16,5 |
| **Total** | **254** | **100,0** |

*As queixas que sozinhas não atendiam o percentual de 5,0% foram agrupadas em outras.

Foram exemplos de queixas classificadas como outras: azia, dor em membros inferiores, disúria, dor em rebordo costal, ansiedade, sono, estresse, nervoso, varizes, cãimbra, dormência em mãos, edema, tristeza, dispareunia ocasional.

## 5.6 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO AS VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

Os comportamentos relativos ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas antes e durante a gestação também foram pesquisados, e os resultados estão expostos nos dados da Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das gestantes, segundo o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas antes e durante a gestação, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis Comportamentais | N | % |
|---|---|---|
| **Fumo** | | |
| Não | 108 | 81,8 |
| Sim | 24 | 18,2 |
| **Etilismo** | | |
| Não | 115 | 87,1 |
| Eventual | 15 | 11,4 |
| Freqüente | 2 | 1,5 |
| **Drogas ilícitas**[(1)] | | |
| Não | 129 | 98,5 |
| Sim | 1 | 1,5 |

[(1)]Uma entrevista sem registro do uso de drogas.

Em algumas gestantes, observou-se uma resistência em parar de fumar na gravidez, embora isso já seja bem estabelecido que repercute negativamente no desenvolvimento do feto. Na amostra estudada, o uso de drogas lícitas e ilícitas na gestação abrangeu cerca de 30,0% das gestantes.

## 5.7 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E PUERPERAIS

As variáveis obstétricas são descritas nos dados das Tabelas 11 a 13. A Tabela 11 mostra a idade gestacional nas três etapas da coleta de dados durante o período de gravidez.

Tabela 11 - Distribuição das gestantes, segundo as idades gestacionais nas três etapas, São Paulo, 2008-2010

| Idade Gestacional | Mediana | Mínima/ Máxima | Média DP |
|---|---|---|---|
| **1ª Etapa (20 semanas)** | 21 | 18 – 22 | 20,87 ± 1,17 |
| **2ª Etapa (28 semanas)** | 29 | 26 – 30 | 28,84 ± 1,34 |
| **3ª Etapa (36 semanas)** | 36 | 34 – 38 | 35,91 ± 1,32 |

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

Tabela 12 - Distribuição das gestantes, segundo variáveis obstétricas, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis Obstétricas | Mediana | Mínimo-Máximo | Média DP |
|---|---|---|---|
| **Gestações** | 2 | 1 - 7 | 2,25 ± 1,40 |
| **Paridade** | 1 | 0 - 4 | 1,02 ± 1,08 |
| **Filhos*** | 1 | 1 - 4 | 1,65 ± 0,84 |
| **Filhos Dependentes**** | 1 | 1 - 4 | 1,65 ± 0,84 |
| **Consultas de Pré-natal(1)** | 4 | 1 - 10 | 3,46 ± 1,23 |

* n=80 gestantes com filhos vivos.
** n=70 gestantes com filhos sob a vigilância direta.
(1)Três entrevistas sem número de consultas de Pré-natal.

Das mulheres da amostra, 48 (36,4%) eram primigestas e 52 (39,4%), nulíparas.

A média de consultas de pré-natal (3,46) foi a esperada para a idade gestacional da primeira etapa da coleta, que variou de 18 a 22 semanas.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes, segundo o planejamento e aceitação da gravidez, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| **Planejamento**[1] | | |
| Não | 102 | 77,9 |
| Sim | 29 | 22,1 |
| **Aceitação** | | |
| Em processo de aceitação | 8 | 6,1 |
| Sim | 124 | 93,9 |

[1]Uma entrevista sem registro do planejamento da gestação.

Embora nenhuma gestante tenha se recusado a aceitar a gestação nessa amostra, o processo de aceitação pode ser tão longo quanto a duração da gravidez, podendo acarretar repercussões emocionais negativas para a mulher.

A quarta etapa da coleta de dados ocorreu, em média, 46,64 ± 5,40 dias após o parto.

O tipo de parto mais frequente foi o normal com 85 casos (64,4%), a cesárea ocorreu em 40 (30,3%) nascimentos e o fórceps em 7 (5,3%) partos.

A Tabela 14 apresenta uma síntese dos dados puerperais quantitativos.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes, segundo variáveis puerperais quantitativas, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis Puerperais | Mediana | Mínimo-Máximo | Média DP |
|---|---|---|---|
| **Idade gestacional ao nascer** | 39 | 35 – 42 | 39,12 ± 1,22 |
| **Peso do recém-nascido (g)**[1] | 3.230 | 2.265 - 4.280 | 3.254,19 ± 439,01 |
| **Apgar 1º minuto**[2] | 9 | 4 – 10 | 8,40 ± 0,93 |
| **Apgar 5º minuto**[2] | 9 | 8 – 10 | 9,44 ± 0,58 |

[1] Uma entrevista sem registro do peso.
[2] Seis entrevistas sem registro do Apgar.

Do total de 132 recém-nascidos (um único caso de gemelaridade), 3,7% foram classificados como baixo peso, ou seja, nasceram com peso abaixo de 2.500 gramas.

## 5.8 AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES

Uma vez caracterizada a amostra, a seguir, são analisados os dados relativos à presença de sintomas depressivos em gestantes.

A utilização do EPDS implicou a necessidade de avaliar a confiabilidade do instrumento para a amostra do estudo. A consistência interna foi medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach para as quatro etapas de aplicação do instrumento.

Tabela 15 - Valores do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) nas três etapas da gestação, ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach, São Paulo, 2008-2010

| **Etapas (semanas gestacionais)** | **EPDS (pontos)*** | | | | | **Ocorrência de sintomas depressivos** | **Alfa de Cronbach** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 13 | 13 – 14 | ≥ 15 | Mínimo Máximo | Média DP | | |
| | % | % | % | | | % | |
| **20ª** | 70,5 | 9,8 | 19,7 | 0 – 27 | 9,42 ± 5,91 | 29,5 | 0,82 |
| **28ª** | 75,8 | 6,8 | 17,4 | 0 – 29 | 8,78 ± 6,11 | 24,2 | 0,85 |
| **36ª(1)** | 75,5 | 6,8 | 17,7 | 0 – 24 | 8,56 ± 5,88 | 24,5 | 0,84 |

* < 13 pontos = nenhum sintoma depressivo;
13 – 14 pontos = sintomas depressivos menores na gestação.
≥ 15 pontos = sintomas depressivos maiores na gestação.
(1)Duas escalas incompletas desconsideradas.

Os resultados obtidos mostraram níveis satisfatórios de consistência interna em todas as etapas de coleta dos dados do EPDS, alterando pouco ao longo do estudo. De forma geral, pode-se sugerir que o instrumento mostrou-se consistente para a amostra.

A Tabela 16 trouxe os resultados da quarta etapa, pois os valores de corte foram diferentes.

Tabela 16 - Valores do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) na quarta etapa no pós-parto, ocorrência de sintomas depressivos e Alfa de Cronbach, São Paulo, 2008-2010

| Quarta Etapa | EPDS (pontos)* | | | | | Ocorrência de sintomas depressivos | Alfa de Cronbach |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 10 | 10 – 12 | ≥ 13 | Mínimo Máximo | Média DP | % | |
| | % | % | % | | | | |
| **45 dias de pós-parto**(1) | 66,4 | 10,7 | 22,9 | 0 – 23 | 7,67 ± 5,68 | 33,6 | 0,85 |

* < 10 pontos = nenhum sintoma depressivo;
10 – 12 pontos = sintomas depressivos menores na gestação.
≥ 13 pontos = sintomas depressivos maiores na gestação.
(1) Uma escala incompleta desconsiderada.

Houve uma discreta queda na pontuação média da EPDS ao longo da gestação, que se refletiu no percentual de ocorrência dos sintomas depressivos.

Considerando os percentuais com os pontos de corte ajustados para cada etapa, observa-se que, no puerpério, houve a maior ocorrência de sintomas depressivos para essa amostra, tanto o sugestivo de depressão menor como o maior.

Por ser uma amostra com medidas repetidas, o nível de concordância entre os postos das quatro etapas do EPDS foi verificado pelo Teste de Kendall's W, sendo o r=0,04 e o p=0,001, ou seja, embora o coeficiente de concordância tenha sido baixo, ainda assim foi estatisticamente significante, mostrando que não houve uma variação de postos grandes entre as etapas do EPDS. A proporção de gestantes que iniciou sem sintomas depressivos manteve-se relativamente estável ao longo do estudo.

Corroborando com essa posição, ao se analisar a estatística descritiva do EPDS ao longo das quatro etapas, pela mesma gestante, observa-se que houve poucos casos de mudança de posição, como podem ser vistos na tabela a seguir.

Tabela 17 - Distribuição das mulheres, segundo a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação e pós-parto, São Paulo, 2008-2010

| Sintomas Depressivos Maiores | N | % |
|---|---|---|
| **Sem sintomas** | 84 | 65,1 |
| **Sintomas só na gestação** | 15 | 11,6 |
| **Sintomas na gestação e pós-parto** | 24 | 18,6 |
| **Sintomas só no pós-parto** | 6 | 4,7 |
| **TOTAL** | **129*** | **100,0** |

* n total das que responderam a escala completa nas quatro etapas; desconsideradas três escalas incompletas.

Nesta amostra, 83,7% mantiveram suas posições, independente de ter ou não sintomas depressivos, e 16,3% alteraram no puerpério, 11,6%, para sem sintomas depressivos e 4,7%, para com sintomas.

O teste de Kruskal-Wallis mostrou não haver diferença estatisticamente significante (p= 0,088), entre as quatro etapas.

### 5.8.1 Influência das variáveis qualitativas e quantitativas nos sintomas depressivos em gestantes

As variáveis qualitativas e quantitativas foram comparadas aos dois grupos de gestantes (com e sem sintomas depressivos). Os resultados das variáveis significantes são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Comparação do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) na primeira etapa com as variáveis qualitativas e quantitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | EPDS |
|---|---|
| **Fumo** | 0,000* |
| **Etilismo** | 0,043* |
| **Aceitação da gravidez** | 0,008* |
| **Gestação** | 0,009** |
| **Paridade** | 0,003** |
| **Filhos** | 0,005** |
| **Filhos Dependentes** | 0,010** |
| **Consultas** | 0,009** |
| **Queixas** | 0,020** |
| **Anos de Estudo** | 0,000** |
| **Renda Familiar** | 0,004** |

*Nível descritivo de probabilidade do teste de Q-quadrado.
**Nível descritivo de probabilidade do teste *t* de Student.

Na comparação da quarta etapa, nenhuma variável mostrou diferença estatisticamente significante entre os grupos.

## 5.9 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A utilização do MOS-SF36 também implicou a necessidade de avaliar a confiabilidade do instrumento para a amostra do estudo. A consistência interna foi medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabela 19 - Alfa de Cronbach dos domínios do MOS-SF36 das quatro etapas, São Paulo, 2008-2010

| | Coeficientes do Alfa de Cronbach | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Domínios** | **20ª semana** | **28ª semana** | **36ª semana** | **45 dias pós-parto** |
| **Capacidade Funcional** | 0,83 | 0,85 | 0,83 | 0,83 |
| **Aspectos Físicos** | 0,73 | 0,73 | 0,76 | 0,82 |
| **Dor** | 0,82 | 0,80 | 0,70 | 0,85 |
| **Estado Geral de Saúde** | 0,71 | 0,72 | 0,68 | 0,67 |
| **Vitalidade** | 0,70 | 0,75 | 0,71 | 0,75 |
| **Aspectos Sociais** | 0,54 | 0,65 | 0,69 | 0,63 |
| **Aspectos Emocionais** | 0,69 | 0,80 | 0,74 | 0,79 |
| **Saúde Mental** | 0,81 | 0,84 | 0,82 | 0,81 |

Os resultados obtidos mostraram níveis satisfatórios de consistência interna em todos os domínios, estando todos acima do definido para o coeficiente (0,50) e a maioria acima de 0,70. Igualmente a EPDS, pode-se sugerir que o instrumento mostrou-se consistente para a amostra.

Tabela 20 - Coeficiente de concordância de Kendall dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | r* | p** |
|---|---|---|
| **Capacidade Funcional** | 0,45 | 0,000 |
| **Aspectos Físicos** | 0,06 | 0,000 |
| **Dor** | 0,15 | 0,000 |
| **Estado Geral de Saúde** | 0,01 | 0,290 |
| **Vitalidade** | 0,07 | 0,000 |
| **Aspectos Sociais** | 0,01 | 0,083 |
| **Aspectos Emocionais** | 0,03 | 0,004 |
| **Saúde Mental** | 0,02 | 0,017 |

* Coeficiente de Kendall's W.
** Nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kendall's W.

Igualmente ao EPDS, sendo uma amostra com medidas repetidas, o nível de concordância entre os postos das quatro etapas dos domínios do MOS-SF36 foi verificado pelo Teste de Kendall's W e mostrou ser estatisticamente significativo com os domínios, mesmo tendo coeficientes fracos de concordância, com exceção do Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais.

Tabela 21 - Comparação dos escores[(1)] médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | Escores das Etapas (semanas e dias pós-parto) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 20ª semana | 28ª semana | 36ª semana | 45 dias pós-parto | |
| | Média DP | Média DP | Média P | Média DP | p[(1)] |
| **Capacidade Funcional** | 69,00±21,96[a] | 58,23±22,90[a] | 51,50±20,86[a] | 86,57±15,71[a] | <0,000* |
| **Aspectos Físicos** | 55,00±36,88 | 46,34±36,84[b] | 35,19±36,52[b] | 52,50±40,08 | 0,001** |
| **Dor** | 61,29±21,00[c] | 55,15±20,53[c] | 52,00±18,37[c] | 70,27±22,11[c] | <0,001** |
| **Estado Geral de Saúde** | 74,93±18,88 | 76,13±17,74 | 76,23±16,31 | 78,14±15,98 | 0,704** |
| **Vitalidade** | 57,53±20,43 | 54,05±21,94[b] | 53,82±20,03[b] | 62,61±20,74 | 0,002** |
| **Aspectos Sociais** | 73,20±26,12 | 73,01±23,86 | 71,49±25,72 | 76,13±24,34 | 0,475** |
| **Aspectos Emocionais** | 63,38±37,71 | 59,09±41,91 | 50,00±40,24 | 59,34±41,25 | 0,060** |
| **Saúde Mental** | 63,81±23,52 | 63,75±23,16 | 63,84±21,04 | 68,69±21,60 | 0,191** |

[(1)] Os escores dos domínios vão de 0 a 100, sendo 100 a melhor avaliação de qualidade de vida.
[(2)] Nível descritivo de probabilidade dos testes estatísticos.
* Teste paramétrico one way Anova com Pós-teste de Tukey.
**Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com Pós-teste de Dunn.
[a] Todos os grupos são diferentes entre si.
[b] Os grupos da 2ª e 3ª etapas diferem dos grupos da 1ª e 4ª etapas.
[c] O grupo da 4ª etapa difere dos demais, os grupos da 1ª e 2ª etapas diferem da terceira.

Na comparação entre as médias das quatro etapas, os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Vitalidade apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Ao se analisar as médias, observou-se uma tendência de queda nos escores desses domínios ao longo da gestação com melhora espontânea no pós-parto.

Portanto, parece haver uma repercussão negativa da gestação sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres acompanhadas neste estudo.

Tabela 22 - Distribuição das gestantes, segundo o item Saúde Comparada do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010

| Saúde Comparada | 1ª Etapa | | 2ª Etapa | | 3ª Etapa | | 4ª Etapa | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muito melhor | 36 | 27,3 | 23 | 17,4 | 17 | 12,9 | 35 | 26,5 |
| Pouco melhor | 20 | 15,2 | 19 | 14,4 | 35 | 26,5 | 24 | 18,2 |
| Quase a mesma | 59 | 44,7 | 69 | 52,3 | 64 | 48,5 | 63 | 47,7 |
| Pouco pior | 15 | 11,3 | 18 | 13,6 | 15 | 11,3 | 10 | 7,6 |
| Muito pior | 2 | 1,5 | 3 | 2,3 | 1 | 0,8 | - | - |
| **Total** | **132** | **100,0** | **132** | **100,0** | **132** | **100,0** | **132,0** | **100,0** |

Pelos dados da Tabela 22, observa-se que na segunda etapa houve o maior percentual de gestantes, referindo uma piora de sua saúde atual com a de um ano atrás, com 15,9%. Nesse item, tanto o teste de concordância como o Qui-Quadrado não apresentaram significância.

### 5.9.1 Influência das variáveis qualitativas na qualidade de vida relacionada à saúde

Os escores dos domínios do MOS-SF36 foram separados por quartis e comparados com as variáveis qualitativas. O domínio de Capacidade Funcional não apresentou diferença estatisticamente significante com nenhuma variável categórica. As variáveis que foram estatisticamente significantes foram apresentadas nos dados da tabela a seguir:

Tabela 23 - Comparação dos domínios do MOS-SF36 na primeira etapa e as variáveis qualitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | Domínios MOS-SF36* | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aspectos Físicos | Dor | Estado Geral de Saúde | Vitalidade | Aspectos Sociais | Aspectos Emocionais | Saúde Mental |
| **Situação Conjugal** | 0,011 | 0,516 | 0,401 | 0,569 | 0,179 | 0,350 | 0,027 |
| **Etnia** | 0,613 | 0,216 | 0,882 | 0,048 | 0,898 | 0,458 | 0,217 |
| **Religião** | 0,187 | 0,668 | 0,271 | 0,400 | 0,964 | 0,031 | 0,298 |
| **Praticante de Religião** | 0,016 | 0,059 | 0,098 | 0,127 | 0,200 | 0,143 | 0,006 |
| **Fumo** | 0,038 | 0,164 | 0,000 | 0,009 | 0,329 | 0,000 | 0,008 |
| **Agressor Violência Física** | 0,773 | 0,029 | 0,477 | 0,848 | 0,582 | 0,669 | 0,554 |
| **Violência Emocional** | 0,513 | 0,879 | 0,521 | 0,401 | 0,015 | 0,774 | 0,181 |
| **Transtorno Mental** | 0,469 | 0,247 | 0,521 | 0,506 | 0,183 | 0,038 | 0,097 |
| **Transtorno Mental Familiar** | 0,098 | 0,024 | 0,263 | 0,223 | 0,432 | 0,602 | 0,558 |
| **Gestação Planejada** | 0,086 | 0,014 | 0,067 | 0,059 | 0,090 | 0,617 | 0,287 |
| **Gestação Aceita** | 0,446 | 0,512 | 0,980 | 0,065 | 0,111 | 0,355 | 0,039 |
| **Condição de Moradia** | 0,902 | 0,355 | 0,460 | 0,973 | 0,040 | 0,029 | 0,821 |

*Nível descritivo de probabilidade dos testes de Qui-quadrado e/ou Exato de Monte Carlo.

Pelo teste de resíduo, observou-se que as mulheres de melhor qualidade de vida relacionada à saúde foram as gestantes que tinham parceiro fixo, não se autodenominavam negras, não fumavam, professavam uma religião e não eram praticantes para o domínio Aspectos Físicos, mas eram praticantes no domínio Saúde Mental.

Além disso, não sofreram violência emocional e na presença de violência física, o agressor foi um familiar e não o parceiro, não referiam transtorno mental nem transtorno mental familiar, a gestação era planejada e aceita e moravam em casas alugadas.

Na quarta etapa, apenas o domínio Aspectos Físicos apresentou diferença estatisticamente significante com tipo de parto (p=0,015), pelo teste de resíduo ter um parto normal ou fórceps foi melhor que cesárea.

### 5.9.2 Influência das variáveis quantitativas na qualidade de vida relacionada à saúde

Os escores dos domínios do MOS-SF36 foram separados por quartis e comparados com as variáveis quantitativas. Os domínios Aspectos Físicos e Aspectos Sociais não apresentaram diferença estatisticamente significante com nenhuma variável quantitativa. As variáveis estatisticamente significantes foram apresentadas nos dados da tabela a seguir.

Tabela 24 - Comparação dos domínios do MOS-SF36 na primeira etapa e as variáveis quantitativas estatisticamente significantes, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | Domínios MOS-SF36* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Capacidade Funcional | Dor | Estado Geral de Saúde | Vitalidade | Aspectos Emocionais | Saúde Mental |
| **Gestação** | 0,041 | 0,155 | 0,385 | 0,308 | 0,005 | 0,818 |
| **Paridade** | 0,029 | 0,025 | 0,283 | 0,182 | 0,007 | 0,360 |
| **Filhos** | 0,043 | 0,040 | 0,360 | 0,165 | 0,001 | 0,363 |
| **Filhos Dependentes** | 0,104 | 0,107 | 0,537 | 0,347 | 0,034 | 0,325 |
| **Queixas** | 0,006 | 0,001 | 0,025 | 0,276 | 0,443 | 0,081 |
| **Cômodos** | 0,484 | 0,853 | 0,310 | 0,017 | 0,048 | 0,574 |
| **Anos de Estudo** | 0,121 | 0,928 | 0,057 | 0,082 | 0,000 | 0,038 |
| **Renda Familiar** | 0,968 | 0,855 | 0,069 | 0,992 | 0,023 | 0,211 |

*Nível descritivo de probabilidade dos testes One Way Anova e/ou Kruskal-Wallis.

Na quarta etapa, o domínio Aspectos Físicos mostrou diferença com o Apgar de 1º minuto (p=0,007) e o domínio Vitalidade com a idade gestacional ao nascer (p=0,019).

## 5.10 INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NAS QUATRO ETAPAS

### 5.10.1 Correlação da EPDS com o MOS-SF36

Inicialmente, verificou-se se havia uma correlação entre o EPDS e o MOS-SF36. Os dados de correlação entre os questionários são apresentados na Tabela 25 a seguir. Como os pressupostos para a utilização do teste de Pearson não foram preenchidos, a correlação de Spearman foi utilizada.

Tabela 25 - Coeficientes de correlação de Spearman entre a EPDS e os domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | EPDS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1ª Etapa | 2ª Etapa | 3ª Etapa | 4ª Etapa |
| **Capacidade Funcional** | - 0,340* | - 0,368* | - 0,350* | - 0,299* |
| **Aspectos Físicos** | - 0,257* | - 0,319* | - 0,341* | - 0,241* |
| **Dor** | - 0,369* | - 0,234* | - 0,327* | - 0,327* |
| **Estado Geral de Saúde** | - 0,491* | - 0,504* | - 0,523* | - 0,470* |
| **Vitalidade** | - 0,595* | - 0,645* | - 0,618* | - 0,646* |
| **Aspectos Sociais** | - 0,467* | - 0,511* | - 0,563* | - 0,541* |
| **Aspectos Emocionais** | - 0,506* | - 0,389* | - 0,409* | - 0,508* |
| **Saúde Mental** | - 0,754* | - 0,718* | - 0,785* | - 0,748* |

p*=0,01

Conforme os dados apresentados na Tabela 25, houve uma forte correlação negativa entre a EPDS e os domínios do MOS-SF36, todos acima

do coeficiente hipotetizado, que era de r=0,25, exceto nos domínios Dor, na segunda etapa e Aspectos Físicos, na quarta etapa.

### 5.10.2 Influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde nas quatro etapas

A diferença entre a média dos escores dos domínios do MOS-SF36 entre os grupos com e sem sintomas depressivos, nas quatro etapas, foi verificada conforme os dados da tabela a seguir.

Tabela 26 - Comparação dos escores médios dos domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas, segundo os sintomas depressivos, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | EPDS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1ª Etapa | | | 2ª Etapa | | | 3ª Etapa[3] | | | 4 ªEtapa[5] | | |
| | Não (93) | Sim (39) | p* | Não (100) | Sim (32) | p* | Não (98) | Sim (32) | p* | Não (101) | Sim (30) | p* |
| **Capacidade Funcional** | 73,01 | 58,20 | 0,002 | 62,40 | 44,51[2] | 0,000 | 55,10 | 40,62 | 0,001 | 88,05[6] | 80,66 | 0,035 |
| **Aspectos Físicos** | 60,32[1] | 42,30 | 0,010 | 50,25 | 32,03 | 0,008 | 39,79 | 21,87 | 0,008 | 55,75[7] | 43,33 | 0,135 |
| **Dor** | 64,43 | 53,82 | 0,008 | 56,72 | 50,25 | 0,121 | 54,75 | 42,31 | 0,001 | 73,47 | 60,46 | 0,004 |
| **Estado Geral de Saúde** | 79,75 | 62,87 | 0,000 | 79,73 | 64,87 | 0,000 | 80,10 | 63,87[4] | 0,000 | 80,98 | 68,43 | 0,001 |
| **Vitalidade** | 62,68 | 45,25 | 0,000 | 60,70 | 33,28 | 0,000 | 60,56 | 33,28 | 0,000 | 68,71 | 42,83 | 0,000 |
| **Aspectos Sociais** | 79,03 | 59,29 | 0,000 | 78,12 | 57,03 | 0,000 | 77,04 | 53,51 | 0,000 | 81,55 | 58,75 | 0,000 |
| **Aspectos Emocionais** | 73,47 | 39,31 | 0,000 | 66,33 | 36,45 | 0,000 | 57,14 | 30,20 | 0,000 | 69,30 | 27,77 | 0,000 |
| **Saúde Mental** | 72,38 | 43,38 | 0,000 | 71,28 | 40,25 | 0,000 | 71,63 | 40,25 | 0,000 | 76,23 | 43,46 | 0,000 |

*Nível descritivo de probabilidade do teste *t* de Student.
[1]n=92 por um item incompleto no domínio.
[2]n=31 por um item incompleto no domínio.
[3]n=130 por duas escalas incompletas.
[4]n=31 por um item incompleto no domínio.
[5]n=131 por uma escala incompleta.
[6]n=100 por um item incompleto no domínio.
[7]n=100 por um item incompleto no domínio.

Os escores médios dos domínios do MOS-SF36 foram estatisticamente diferentes entre os dois grupos de gestantes (com e sem sintomas depressivos) com exceção dos domínios Dor na segunda etapa e Aspectos Físicos na quarta etapa. Pode-se inferir que, para esta amostra, os sintomas depressivos influíram negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde percebida.

## 5.11 ANÁLISE LOGÍSTICA DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO COM OS DOMÍNIOS DO MOS-SF36

A regressão logística tem como objetivo descrever a relação entre um resultado (variável dependente ou resposta) e um conjunto simultâneo de variáveis explicativas (preditoras ou independentes), mediante um modelo que tenha bom ajuste, que seja biologicamente plausível e obedeça ao princípio da parcimônia (Hosmer, Lemeshow, 1989).

O modelo de regressão logística foi montado, observando-se as variáveis que estavam associadas aos escores acima da mediana nos domínios do MOS-SF36. Portanto, variáveis positivas contribuem para melhores escores na qualidade de vida relacionada à saúde e variáveis com sinal negativo, colaboram para a piora dos escores.

Tabela 27 - Análise da regressão logística das variáveis associadas aos domínios do MOS-SF36 da primeira etapa, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | Variáveis | B | E. P. | P | CR | IC 95% | VP% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Capacidade Funcional** | **EPDS 1ª etapa** | - 0,114 | 0,040 | 0,004 | 0,892 | 0,824 – 0,966 | 71,5 |
| | **Queixas** | - 0,406 | 0,167 | 0,015 | 0,666 | 0,479 – 0,924 | |
| **Aspectos Físicos** | **Evangélica*** | -1,204 | 0,478 | 0,011 | 0,300 | 0,117 - 0,765 | 46,4 |
| | **Gestação Planejada** | 1,238 | 0.514 | 0,016 | 3,451 | 1,258 - 9,466 | |
| **Dor** | **EPDS 1ª etapa** | -0,199 | 0,051 | 0,000 | 0,819 | 0.740 - 0,907 | 77,7 |
| | **Situação Conjugal** | -1,526 | 0,728 | 0036 | 0,217 | 0,052 - 0,905 | |
| | **Transtorno Mental Familiar** | -1,506 | 0,538 | 0,005 | 0,222 | 0,077 - 0,637 | |
| | **Anos de Estudo** | -0,221 | 0,098 | 0,031 | 0,810 | 0,668 - 0,982 | |
| **Estado Geral de Saúde** | **EPDS 1ª etapa** | -0,143 | 0,040 | 0,000 | 0,866 | 0,800 - 0,938 | 70,8 |
| | **Moradia Emprestada**** | -2,439 | 1,125 | 0,030 | 0,087 | 0,010 - 0,792 | |
| **Vitalidade** | **EPDS 1ª etapa** | -0,265 | 0,053 | <0,000 | 0,767 | 0,690 - 0,851 | 82,1 |
| | **Caucasiana***** | 0,991 | 0,477 | 0,037 | 2,696 | 1,058 - 6,870 | |
| **Aspectos Sociais** | **EPDS 1ª etapa** | -0,138 | 0,037 | 0,000 | 0,871 | 0,809 - 0,937 | 69,7 |
| **Aspectos Emocionais** | **EPDS 1ª etapa** | -0,252 | 0,053 | <0,000 | 0,777 | 0,699 - 0,863 | 83,8 |
| | **Idade** | -0,105 | 0,046 | 0,023 | 0,900 | 0,822 - 0,986 | |
| | **Caucasiana***** | 1,214 | 0,517 | 0,018 | 3,368 | 1,223 - 9,276 | |
| | **Moradia Própria**** | 1,321 | 0,536 | 0,013 | 3,747 | 1,308 - 10,733 | |
| **Saúde Mental** | **EPDS 1ª etapa** | -0,3746 | 0,068 | <0,000 | 0,688 | 0,601-0,786 | 86,2 |

* Comparado a nenhuma religião.
** Comparada a morar na casa dos pais, avós, outros parentes, etc.
***Comparada a negroide.

A EPDS da primeira etapa foi a variável comum explicativa ou preditiva de todos os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde, com exceção do

domínio Aspectos Físicos. Portanto, a hipótese aventada neste estudo encontrou respaldo neste resultado.

Outras variáveis também estiveram presentes em mais de um domínio como tipo de moradia e etnia.

Os dados da Tabela 28 apresentam os resultados da regressão logística dos domínios do MOS-SF36 para as variáveis da quarta etapa.

Tabela 28 - Análise da regressão logística das variáveis associadas aos domínios do MOS-SF36 da quarta etapa, São Paulo, 2008-2010

| Domínios | Variáveis | B | E. P. | P | CR | IC 95% | VP% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Capacidade Funcional** | **EPDS 4ª etapa** | - 0,103 | 0,037 | 0,006 | 0,902 | 0,838 – 0,971 | 65,3 |
| **Aspectos Físicos** | **Parto Normal*** | 1,010 | 0,421 | 0,016 | 2,746 | 1,203 - 6,269 | 39,7 |
| | **Parto Fórceps*** | 2,725 | 1,137 | 0,016 | 15,265 | 1,644 - 141,759 | |
| **Dor** | **EPDS 4ª etapa** | -0,104 | 0,034 | 0,002 | 0,901 | 0,842 - 0,965 | 64,6 |
| **Estado Geral de Saúde** | **EPDS 4ª etapa** | -0,140 | 0,037 | 0,000 | 0,869 | 0,807 - 0,935 | 69,2 |
| **Vitalidade** | **EPDS 4ª etapa** | -0,277 | 0,054 | <0,000 | 0,758 | 0,681 - 0,844 | 79,5 |
| **Aspectos Sociais** | **EPDS 4ª etapa** | -0,103 | 0,037 | 0,006 | 0,789 | 0,709 - 0,878 | 65,3 |
| **Aspectos Emocionais** | **EPDS 4ª etapa** | -0,103 | 0,037 | 0,006 | 0,902 | 0,838 - 0,971 | 65,3 |
| **Saúde Mental** | **EPDS 4ª etapa** | -0,103 | 0,037 | 0,006 | 0,902 | 0,838 - 0,971 | 65,3 |

*Em comparação à Cesárea.

Igualmente a EPDS da primeira etapa, a EPDS da quarta etapa esteve presente como variável explicativa e preditora dos escores dos sete domínios da qualidade de vida relacionada à saúde, reforçando mais uma vez a hipótese de estudo.

No modelo de regressão logística binária realizado, novamente apenas no domínio Aspectos Físicos, a EPDS esteve ausente, e as variáveis significativas (parto normal e fórceps) mostraram um valor preditivo baixo.

## 5.12 ANÁLISE LOGÍSTICA DAS VARIÁVEIS COM OS SINTOMAS DEPRESSIVOS

Para a análise das variáveis associadas aos sintomas depressivos, o modelo de regressão logística foi montado, considerando as variáveis que estavam associadas aos escores $\geq$ 13 pontos na EPDS (ponto de corte assumido para analisar a influência das variáveis neste estudo). Portanto, variáveis positivas contribuem para maiores escores nos sintomas depressivos medidos pela EPDS e variáveis com sinal negativo colaboram para a presença de escores mais baixos.

Tabela 29 - Análise da regressão logística das variáveis associadas a EPDS da primeira etapa, São Paulo, 2008-2010

| Variáveis | β | E. P. | P | CR | IC 95% | VP% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Situação Conjugal** | - 1,704 | 0,769 | 0,026 | 0,182 | 0,040–0,821 | |
| **Anos de Estudo** | -0,455 | 0,112 | <0,000 | 0,634 | 0,508-0,791 | 83,3 |
| **Queixas** | 0,616 | 0.225 | 0,006 | 1,853 | 1,191-2,882 | |
| **Número de Consultas** | -0,857 | 0,283 | 0,002 | 0,424 | 0.243- 0,739 | |

Ter um parceiro fixo, maior escolaridade e realizar mais consultas de pré-natal são fatores de proteção para a mulher grávida, ou seja, ajudam a diminuir os escores de sintomas depressivos. Já apresentar mais queixas, esteve associado a escores mais altos representando um fator de risco.

Nenhuma das variáveis analisadas na quarta etapa mostrou-se associada aos sintomas depressivos.

# 6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como escopo analisar a influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde, percebida por mulheres grávidas de baixo risco.

Por ser um estudo longitudinal, houve uma perda no seguimento das gestantes considerado elevado de 57,8%. Mas, as análises estatísticas das variáveis importantes para a pesquisa, realizadas entre o grupo de perda e a amostra final, mostraram que não havia diferenças substanciais, reduzindo a possibilidade de viés do estudo por perda de seguimento.

Outros estudos longitudinais também mostraram perdas de seguimento elevadas, o que mostra a dificuldade desse tipo de pesquisa (Costa, 2008; Lee et al., 2007).

A única variável com diferença estatística entre os grupos foi o domínio Aspectos Sociais (p=0,010), composto por apenas dois itens e que, em geral, apresenta baixo coeficiente de consistência interna. Os escores das gestantes que permaneceram na amostra final foram discretamente menores que os das mulheres do grupo de perda, porém, foram valores suficientes para que apresentassem uma diferença estatística entre os grupos.

Na descrição do perfil sociodemográfico da amostra, observou-se que a idade média das gestantes ficou em 25,53 $\pm$ 5,53 anos, com uma variação entre 18 a 42 anos. É uma amostra de mulheres jovens, com padrão reprodutivo comum à população urbana dos grandes centros metropolitanos. Dados da população brasileira confirmam esses números, pois no total de mulheres que tinham filhos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2007, 93,6% estavam na faixa etária acima de 17 anos (IBGE, 2008).

A idade média encontrada no estudo foi compatível também com vários outros estudos com gestantes sobre a temática qualidade de vida (Hueston, Kasik-Miller, 1998; Lima, 2006; Vallim, 2005).

Das gestantes, 45,5% declararam-se de etnia caucasiana, seguidas de negroides com 35,6% e ameríndias com 18,9%. Estes dados são compatíveis com a caracterização populacional do Brasil, segundo o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na PNAD 2007, na qual 49,4% da população classificaram-se como brancos, já pretos e pardos perfaziam 49,7%. Em relação às etnias indígena e amarela, a proporção foi de 0,8% de ameríndios (IBGE, 2008), mas nas gestantes estudadas esse valor foi superior. Este aumento pode ser entendido, tendo em vista que São Paulo apresenta um número maior de pessoas da etnia amarela, representada por imigrantes asiáticos e de origem indígena de países latino-americanos do que em todo o território brasileiro.

Quanto aos anos de estudo, os dados mostraram uma média de 9,47 ± 2,60 anos, sendo a mediana de 11 anos de estudo. Os dados demonstraram um nível razoavelmente elevado de escolaridade para a amostra estudada considerada de baixa renda. É uma escolaridade compatível com a média de anos de estudo da mulher para o Estado de São Paulo, 9,6 anos (IBGE, 2008). Também foi compatível com outros estudos sobre qualidade de vida na gestação (Lima, 2006; Valle et al., 2009; Vallim, 2005).

No presente estudo, a escolaridade apresentada favoreceu a forma de aplicação do EPDS e do MOS-SF36 que foram autoadministrados.

A situação conjugal predominante foi a com parceiro fixo, com 88,5% da amostra, englobando casadas ou em união estável, e só 11,5% das gestantes estavam sem parceiro fixo.

Vários estudos internacionais sobre qualidade de vida e gravidez mostram números compatíveis com os resultados obtidos, com variação entre 94,0% a 80,0% (Haas et al., 2004; Hueston, Kasik-Miller, 1998; Jomeen, Martin, 2005; Lima, 2006; Otchet, Carey, Adam, 1999).

A maioria das gestantes professava uma religião (93,1%), sendo a mais comum a Católica Apostólica Romana, seguida das religiões Evangélicas/Protestantes. Ser praticante de religião era mais comum entre as Evangélicas que entre as Católicas, sendo a diferença significante (p=0,002). Os resultados foram compatíveis com os dados da população brasileira (IBGE, 2000).

No que se refere à ocupação, a maioria (64,4%) exercia atividades domésticas e apenas 31,1% tinham um trabalho remunerado. Os trabalhos mais comuns foram manual especializado (60,0%), como cabeleireira,

manicure, dentre outros, no setor de serviços. Dados sobre mulheres e ocupação na região metropolitana de São Paulo, em 2007, mostram que a proporção de mulheres ocupadas foi de 48,7%, sendo as ocupações no setor de serviço a segunda mais comum, com 25,0%. A primeira é o setor industrial (IBGE, 2008).

Portanto, a amostra apresenta uma proporção menor de mulheres inseridas no mercado de trabalho. Vale considerar que, por trabalhar fora do lar, várias gestantes não eram encontradas na visita domiciliária ou faltavam às consultas de pré-natal, dificultando o seguimento.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América sobre qualidade de vida em gestantes, os dados mostraram uma proporção de 61,0% de gestantes empregadas (Hueston, Kasik-Miller, 1998), porém, sendo um país onde a inserção da mulher no mercado de trabalho deu-se há muito mais tempo que no Brasil, tais números eram esperados. Em pesquisa nacional realizada em Campinas, com gestantes sobre exercícios físicos aquáticos e qualidade de vida, nos grupos de estudo e de controle, foram encontradas 45,0% e de 37,0% de mulheres com trabalho remunerado (Vallim, 2005).

A faixa etária predominante de mulheres jovens, portanto, no auge da vida produtiva, chama a atenção que 4,5% delas não exerciam nenhum tipo de atividade, sendo, em geral, jovens recém-saídas da adolescência que moravam com os pais. É preocupante também que nenhuma das gestantes estudasse. Neste último caso, muitas vezes, é a responsabilidade com as atividades do lar mais as da maternidade, com a falta de suporte social que impõem a suspensão dos estudos. No entanto, sem a qualificação adequada, essas mulheres manterão o mesmo patamar de vida sem esperança de alteração futura.

O tipo de moradia mais comum à amostra foi a casa (85,4%), seguido de apartamento (6,2%), e 57,6% das gestantes tinham moradia própria. Para a maioria, as condições de moradia eram adequadas, mas, ainda persistia para algumas, uma situação precária, por viverem em locais inadequados (8,4%) como barracos ou cortiços ou por não terem imóvel próprio, tendo de pagarem aluguel ou viverem com outras pessoas (42,4%), refletindo uma

mudança maior de endereço, o que impactava negativamente em suas condições gerais de vida.

O número médio de co-habitantes (3,57 pessoas) foi compatível com o encontrado no país (IBGE, 2008). Nas últimas décadas, o tamanho das famílias vem sofrendo redução sistemática, como reflexo da queda da fecundidade.

As gestantes apresentaram uma renda familiar média de R$ 900,36, e a renda per capita média foi de R$ 291,65. O rendimento familiar mensal médio do Brasil é de R$ 2.763,47 (IBGE, 2008), sendo a renda per capita dos 40% mais pobres, moradores de zona urbana, de R$325,41. Portanto, tanto a renda familiar como a renda per capita média da amostra ficaram abaixo da renda brasileira, o que era esperado, tendo em vista que se estava trabalhando com uma amostra pertencente a uma camada socioeconômica desfavorecida.

Quanto ao arrimo familiar na amostra, 70,3% tinham como provedor principal outra pessoa que não a gestante (esposo e/ou companheiro, parentes, amigos), em 18,8% ambos colaboravam para o sustento e em 10,9%, a própria gestante era o esteio familiar. Este dado é importante, pois, como principal provedora, a gestante tem sobre si uma responsabilidade maior que pode afetar o bom desenvolvimento da gestação, como exemplo, gestantes que trabalham na área de serviços onde, às vezes, o ganho é dividido entre uma parte fixa e outra variável por vendas ou por produção, as limitações físicas impõem novo ritmo de trabalho, alterando os porcentuais recebidos e atingindo diretamente a renda mensal familiar. Além disso, em geral, onde o lar é chefiado por mulheres, o rendimento mensal costuma ser menor.

Das gestantes, 7,6% e 9,8%, respectivamente, sofreram agressões físicas e emocionais, antes ou durante a gravidez. A violência física e emocional tem sido reportada, como um fator de risco à depressão antenatal (Lovisi et al., 2005; Melville et al., 2010; Pereira, Lovisi, 2008; Rodriguez et al., 2008).

Quando a violência está associada à depressão na gestação, favorece o aparecimento de desfechos neonatais adversos, como baixo peso ao nascer (Rosen et al., 2007).

O principal agressor referido foi o parceiro, em ambos os casos, e algumas gestantes não quiseram indicar a pessoa responsável pelos abusos físicos ou mentais, mesmo tendo a garantia do sigilo dos dados. Portanto, a exposição à violência ocorreu provavelmente no ambiente doméstico.

Como parte da coleta foi nos domicílios, isso pode ter influenciado nos resultados obtidos, pois, embora a entrevista e a autoaplicação tenham ocorrido em local reservado, a presença de outras pessoas na casa serviria como um inibidor, visto que estudo realizado com amostra semelhante em São Paulo teve como resultado valores superiores com 18,6% que já sofreram violência física e 56,6% que foram vítimas de violência emocional (Murata et al., 2009). Outro estudo no Brasil também mostrou uma ocorrência de 18,2% na gestação (Manzolli et al., 2010).

Das gestantes, 13,6% referiram ter algum transtorno mental, como ansiedade ou depressão, sem necessariamente ter um diagnóstico médico, e apenas 6,1% estavam sob algum tipo de tratamento não medicamentoso.

O dado sugere que as ocorrências de sintomas depressivos na gestação encontradas neste estudo foram superiores ao número de mulheres que alegava ter algum transtorno mental antes de engravidar.

O transtorno mental familiar foi relatado por 32,6% das gestantes e foi uma variável preditora, segundo a regressão logística no domínio Dor. Ressalta-se que não havia comprovação por diagnóstico médico desses casos.

A gravidez é um período de importantes modificações físicas e psíquicas, o que determina uma alta proporção de queixas (Brasil, 2005). Apenas 12,1% não apresentaram queixas, porém 53,1% das gestantes referiram duas ou mais.

Sintomas físicos são relativamente comuns na gestação e, predominantemente, associados às mudanças fisiológicas que ocorrem na gravidez, porém a presença de grande número de queixas somáticas, consideradas “normais”, pode ser mais que uma resposta normal à

gestação, podendo estar associada a distúrbios psicológicos (Jomeen, Martin, 2005).

Das queixas apresentadas, lombalgia, náuseas e vômitos e dor em baixo ventre, que pode estar associada à infecção urinária, distensão vesical ou contrações uterinas, representaram 74,0% do total de queixas. Estes dados são compatíveis com estudo realizado em São Paulo com amostra semelhante no qual as gestantes relataram queixas de dor em baixo ventre (20,9%), náuseas e vômitos (20,3%) e lombalgia (18,5%) (Lima, 2006).

Na gravidez, a queixa de náuseas e vômitos também foi considerada comum em estudo sueco (Källén, Lundberg, Aberg, 2003).

A prevalência de dores na coluna foi investigada em uma amostra de 203 mulheres grávidas em São José do Rio Preto, SP. Cerca de 80,0% das gestantes relataram dor na coluna vertebral em algum período da gravidez, e os locais mais citados foram as regiões lombar e/ou sacroilíaca (Martins, Silva, 2005).

O tabagismo esteve presente em 18,2% da amostra, sendo compatível com outros estudos (Lovisi et al., 2005; Mitsuhiro et al., 2006) e foi uma variável que influiu nos sintomas depressivos elevados e em vários domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.

O etilismo foi superior a alguns estudos, quando somado o uso eventual com o frequente (12,9%) e compatível com outros. Lee et al., (2007) encontraram 4,2% em sua amostra de 335 gestantes, que também esteve associado à presença de sintomas depressivos. Haas et al., (2004) tiveram como resultado 13,5% de dependência de álcool em estudo longitudinal com 1.809 gestantes. Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) encontraram 9,1% de uso de álcool na gravidez e houve relação entre o consumo de álcool e maior média de pontuação nas subescalas de ansiedade, depressão e álcool do Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA), mas a diferença não foi significante.

O uso de drogas ilícitas (1,5%) verificado foi inferior a estudo realizado com gestantes adolescentes em São Paulo (6,0%) (Mitsuhiro, 2006).

O número médio de gestações (2,25 ± 1,40), bem como de paridade (1,02 ±1,08), filhos e filhos dependentes (1,65 ± 0,84), segue o padrão

reprodutivo da mulher brasileira, sendo um claro reflexo em decorrência da queda da taxa de fecundidade (IBGE, 2008).

O planejamento (22,1%) e a aceitação ou desejo da gestação (93,9%) também encontraram correspondência em outros estudos nacionais (Lovisi et al., 2005; Manzolli et al., 2010).

Embora o acesso a métodos anticoncepcionais seja universal no Brasil, só 87,2% das mulheres sexualmente ativas referiram utilizar algum método (IBGE, 2008). É alto o número de gravidez não planejada no País, o que sugere que as mulheres ainda precisam ser mais empoderadas quanto à sua capacidade de gerir a vida reprodutiva em conjunto ou separadamente do parceiro. Isto é importante, pois os dados sugerem que uma gravidez não planejada e/ou não aceita pode influenciar nos sintomas depressivos e em alguns domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.

O tipo de parto mais frequente foi o normal que somado ao fórceps representaram quase 70,0% de partos vaginais. Esta também foi a realidade brasileira encontrada nas mulheres atendidas pelo Serviço Único de Saúde (SUS), que tiveram 33,6% de cesárea, mas nas mulheres atendidas por convênio/particular a frequência foi de 80,8% (IBGE, 2008). Trata-se de um retrato interessante da inversão de cuidados adequados na assistência ao parto no Brasil.

Segundo a idade gestacional ao nascer, a maioria foi de gestação a termo, apenas 3% dos casos foram entre 35 e 36 semanas, portanto, partos prematuros. O percentual foi abaixo do encontrado para partos ocorridos entre 32 a 36 semanas de idade gestacional no Estado de São Paulo, em 2008, que foi de 6,1% conforme DATASUS (Brasil, 2008).

O baixo peso ao nascer ocorreu em 3,7% dos casos também menor que o verificado nos informes oficiais, em decorrência de serem gestações de baixo risco. Segundo dados DATASUS/SISNAC (Brasil, 2008) o percentual de recém-nascidos com baixo peso (entre 1.500 e 2.499 gramas) na população total do Estado de São Paulo foi de 6,6%.

Uma vez caracterizada a amostra, a seguir são analisados os dados relativos aos sintomas depressivos e à qualidade de vida relacionada à saúde.

Os resultados obtidos mostraram níveis satisfatórios de consistência interna, tanto para o EPDS como para os domínios do MOS-SF36 nas quatro etapas analisadas sugerindo, de forma geral, que os instrumentos mostraram-se consistentes para a amostra.

O coeficiente Alfa de Cronbach para o EPDS nas etapas variou de 0,82 a 0,85. Outro trabalho com temática semelhante também mostrou variação de 0,84 a 0,86 nas três etapas de aplicação do EPDS (Murata et al., 2009). Santos, Martins e Pasquali (1990) em trabalho de validação transversal encontraram coeficiente de 0,80.

Já para os domínios do MOS-SF36, a variação do coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,83 para Capacidade Funcional a 0,54 para Aspectos Sociais, na primeira etapa. Para a segunda etapa, foi de 0,85 para Capacidade Funcional a 0,65 para Aspectos Sociais; já na terceira etapa, foi de 0,83 para Capacidade Funcional a 0,68 para Estado Geral de Saúde. Na quarta etapa, variou de 0,85 para Dor a 0,63 para Aspectos Sociais. Os domínios Capacidade Funcional, Saúde Mental e Dor apresentam os coeficientes mais altos e Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais os mais baixos.

Nas quatro etapas, todos os domínios do MOS-SF36 estiveram acima do mínimo esperado de 0,50. Cabe ressaltar que valores altos de consistência não eram esperados para a amostra, por ser o MOS-SF36 um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde.

O instrumento é mais usado para sujeitos portadores de doenças crônicas, embora a maioria dos estudos em qualidade de vida com gestantes tenha se utilizado dele. Isto reflete a necessidade da construção de um instrumento de qualidade de vida para a população específica, ou seja, para gestantes, a fim de se detectar todas as mudanças que ocorrem na qualidade de vida da mulher na gravidez.

A comparação com os valores dos coeficientes Alfa de Cronbach obtidos por Valle et al. (2009) nos domínios do MOS-SF 36 em estudo realizado em um serviço de pré-natal de São Paulo, com amostra semelhante, mostrou que esses domínios, em geral, comportam-se da

mesma maneira, conforme pode ser observado nos dados da tabela a seguir.

Tabela 30 - Comparação dos valores dos coeficientes Alfa de Cronbach nos domínios do MOS SF36 do estudo atual e de Valle et al. 2009.

| Domínios | Estudo atual – Lima, 2011 | | | | Valle et al., 2009* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1ª Etapa α | 2ª Etapa α | 3ª Etapa α | 4ª Etapa α | 1ª Etapa α | 2ª Etapa α | 3ª Etapa α |
| **Capacidade Funcional** | 0,83 | 0,85 | 0,83 | 0,83 | 0,77 | 0,87 | 0,88 |
| **Aspectos Físicos** | 0,73 | 0,73 | 0,76 | 0,82 | 0,70 | 0,74 | 0,82 |
| **Dor** | 0,82 | 0,80 | 0,70 | 0,85 | 0,80 | 0,67 | 0,64 |
| **Estado Geral de Saúde** | 0,71 | 0,72 | 0,68 | 0,67 | 0,65 | 0,70 | 0,72 |
| **Vitalidade** | 0,70 | 0,75 | 0,71 | 0,75 | 0,77 | 0,82 | 0,80 |
| **Aspectos Sociais** | 0,54 | 0,65 | 0,69 | 0,63 | 0,57 | 0,65 | 0,71 |
| **Aspectos Emocionais** | 0,69 | 0,80 | 0,74 | 0,79 | 0,74 | 0,72 | 0,82 |
| **Saúde Mental** | 0,81 | 0,84 | 0,82 | 0,81 | 0,86 | 0,84 | 0,86 |

* Valle AR, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres gestantes atendidas em uma maternidade social. In: Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP; 2009.

Na gestação, a ocorrência encontrada dos sintomas depressivos foi de 29,5% na 20ª semana, 24,2% na 28ª semana e 24,5% na 36ª semana. No pós-parto, foi de 33,6%.

Em outros estudos, em países em desenvolvimento e no Brasil, a variação nos percentuais dos sintomas depressivos na gestação utilizando a EPDS foi de 8,3 a 37,9 (Pereira, Lovisi, 2008). A variação se deve à diversidade de idades gestacionais de aplicação do instrumento, ponto de corte adotado, além das diferenças sociodemográficas das amostras.

Estudo longitudinal realizado na Inglaterra com uma amostra bem ampla de 13.799 gestantes, com ponto de corte igual ao deste estudo, o percentual foi de 11,8% com 18 semanas de gestação, 13,5% com 32 semanas de gestação e 9,1% com 8 semanas de pós-parto (Evans et al., 2001).

No Brasil, o único trabalho encontrado que também abarcou o período pré e pós-natal com mesmo ponto de corte, em uma amostra final de 21 mulheres, encontrou valores superiores na gestação, sendo 37,9% no 3º trimestre da gestação, e valores inferiores no pós-parto com 12,0%  3 meses após o parto (Da-Silva et al., 1998).

Nota-se que, em ambos os estudos supracitados, os valores gestacionais foram superiores ao encontrado no puerpério, diferindo dos resultados obtidos nesta pesquisa, no qual o puerpério foi a etapa com o maior percentual, apresentando os dados em forma de U, com elevação nas primeira e última etapas e diminuição nas segunda e terceira. A razão de resultados tão diversos precisa ser melhor esclarecida, e talvez se deva às diferenças nas características demográficas amostrais.

Para o período puerperal, Santos, Martins, Pasquale, (1999), encontraram percentual de 13,4% em Brasília, em uma amostra coletada entre 6 a 24 semanas pós-parto, com mesmo ponto de corte. Em outros estudos internacionais,  os percentuais variaram de 8,0% a 26,0% (Santos et al., 2007). Lee et al. (2007) usando o ponto de corte em 13 pontos encontraram 24,2% na 6ª semana pós-parto. Igualmente aqui, a variação, além das características de cada amostra, foi em razão, provavelmente, dos pontos de corte diferentes do preconizado e tempos diversos de aplicação da escala no pós-parto.

Houve pouca alteração entre as posições nas quatro etapas na EPDS, sendo significante essa concordância (r=0,04 e p=0,001). Não foi possível a comparação desse dado com outros estudos, mas a parte estatística descritiva pode ser analisada, ou seja, ao se comparar a proporção de mulheres que tiveram alteração na posição de não sintomáticas na gestação para sintomáticas no puerpério (4,7%), Evans et al. (2001), encontraram 3,2% de casos novos, após o nascimento e Da-Silva et al. (1998), 33,3%.

Não houve significância nas diferenças entre médias da EPDS nas quatro etapas do estudo. As médias apresentaram uma tendência de queda (de 9,42 ± 5,91 na 20ª semana de gestação para 7,67 ± 5,68 no puerpério) ao longo da gestação e puerpério, porém, essa queda não foi significante (p= 0,088).

Igualmente a EPDS, o nível de concordância entre os postos das quatro etapas dos domínios do MOS-SF3 foi significativo, com exceção do Estado Geral de Saúde (p=0,290) e Aspectos Sociais (p=0,083), sendo maiores os coeficientes nos domínios Capacidade Funcional (r=0,45) e Dor (r=0,15).

Ao serem avaliados os escores médios dos diferentes domínios do MOS-SF36, ao longo das etapas, observou-se que nas três primeiras etapas (durante a gestação) o domínio Estado Geral de Saúde foi o que apresentou a maior média, com respectivamente, 74,93; 76,13; 76,23. Na quarta etapa, o que mostrou a maior média foi Capacidade Funcional com 86,57, sendo também a maior entre todos os domínios nas quatro etapas. Já os domínios Aspectos Físicos com 35,19 e Aspectos Emocionais com 50,00, ambos na terceira etapa, foram os escores médios mais baixos da amostra.

No Brasil, não existem dados populacionais de qualidade de vida relacionada à saúde. Portanto, a comparação ainda não é possível entre a qualidade de vida de gestantes de baixo risco e mulheres saudáveis em idade reprodutiva não grávida, porém estudos internacionais comparando esses dois grupos mostraram uma queda nos escores médios de alguns domínios do MOS-SF36 (Haas et al., 2004; Otchet et al., 1999). Pode-se inferir que o mesmo aconteça no Brasil, pois os valores médios dos escores obtidos no país, ou são semelhantes aos verificados nesses estudos internacionais ou são, em geral, inferiores.

A maioria dos domínios, com exceção de Estado Geral de Saúde e Saúde Mental, apresentou queda dos escores médios ao longo da gestação com recuperação no pós-parto, a níveis até superiores aos da primeira etapa. A queda nos escores das médias entre as etapas mostrou-se significante em Capacidade Funcional (p<0,000 com todas as etapas diferindo entre si), Aspectos Físicos (p=0,001 com diferença entre a primeira e quarta

etapas para a segunda e terceira), Dor (p<0,001 com a quarta etapa sendo diferente de todas as outras e as primeira e segunda etapas diferindo também da terceira) e Vitalidade (p=0,002 com diferença entre as primeira e quarta etapas para as segunda e terceira). Chama a atenção que as segunda e terceira etapas da gestação foram as que, de modo aparente, mais influenciaram negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres desta amostra.

Estes dados são condizentes com estudos internacionais transversais e longitudinais, utilizando o MOS-SF36 no todo ou só alguns domínios, que mostraram uma queda nos escores dos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e outros no decorrer da gravidez (Haas et al., 2004; Hueston; Kasik-Miller, 1998; Otchet, Carey, Adam, 1999).

No estudo de Otchet, Carey e Adam (1999), realizado no Canadá, em uma amostra final de 253 mulheres, a coleta de dados deu-se no 3º trimestre de gestação e até 6 semanas após o parto. As diferenças significantes entre as médias dos escores nas duas etapas ocorreram nos domínios Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais. Diversamente dos resultados deste estudo, os escores médios dos domínios no puerpério tiveram queda comparados ao período gestacional, exceto no Estado Geral de Saúde.

No Brasil, estudo transversal realizado com população semelhante também mostrou queda significante nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor (Lima, 2006).

Valle et al. (2009), realizaram uma pesquisa longitudinal em três etapas (20ª, 28ª e 36ª semanas) da gestação, em uma amostra de 130 gestantes de baixo risco. Também houve declínio nas médias dos escores de alguns domínios, mas não relataram, se houve significância estatística nas diferenças encontradas.

Quando comparada à saúde de um ano atrás, a saúde atual para as gestantes tinha permanecido igual ou melhorado muito ou pouco para 87,2% com 20 semanas de gravidez, para 84,1% com 28 semanas, para 87,9% com 36 semanas e para 92,4% das mulheres no pós-parto. Apenas para 2 gestantes (1,5%) da primeira etapa, a saúde estava muito pior; para 3 (2,3%) na segunda e 1 (0,8%) na terceira. Nenhuma gestante assinalou que a

saúde estava muito pior quando comparada à do ano anterior no pós-parto. As diferenças de porcentuais não foram significantes. Os resultados mostram que, apesar de provocar profundas mudanças físicas e psíquicas na mulher, a gravidez não altera de modo significativo a forma como a mulher autoavalia sua saúde atual quando a compara com a de 1 ano atrás.

A análise da influência das variáveis qualitativas nos sintomas depressivos na 20ª semana da gestação mostrou que foram significantes fumo (0,000), etilismo (0,043) e aceitação da gravidez (0,008). Lancaster et al. (2010) em revisão sistemática dos fatores de risco para a depressão antenatal também encontraram tabagismo e gestação não planejada/desejada. Igualmente, Pereira e Lovisi (2008) e Manzolli et al. (2010), também apontaram para dependência de substância e gestação não desejada. Lee et al. (2007) corroboraram com a associação entre etilismo e depressão no período gestacional.

Já para os domínios do MOS-SF36, o fumo foi a variável qualitativa que mais influenciou na qualidade de vida relacionada à saúde, pois foi significante em cinco domínios do MOS-SF36 (Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Políticas públicas eficazes voltadas à cessação do tabagismo devem ser implantadas, para que gestantes tenham acesso a ampla informação dos efeitos deletérios do cigarro sobre sua saúde e do concepto e ao tratamento, caso assim o desejem.

Ser praticante da religião professada, ter um parceiro fixo e condições de moradia, foram variáveis também importantes nesta análise, aparecendo em dois domínios cada uma. Outras variáveis que compareceram em apenas um domínio foram: etnia, religião, agressor na violência física, violência emocional, transtorno mental pessoal e familiar, planejamento e aceitação da gravidez.

Nos estudos publicados sobre a temática, não foram encontrados dados relativos a essas variáveis, mas os achados foram compatíveis com o que se teoriza sobre qualidade de vida percebida. Mais estudos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados à gestação

precisam ser realizados, a fim de estabelecer melhor quais variáveis interferem mais acentuadamente nessa fase.

Com relação às variáveis quantitativas que influenciam nos sintomas depressivos na gestação, foram significantes: gestação, paridade, filhos e filhos dependentes. É consensual que ter passado por mais gestações, parto e ter mais filhos aumenta a carga de trabalho da mulher, a quem socialmente ainda hoje cabe o maior envolvimento com a educação e cuidado dos filhos. Além disso, a gestante deprimida, em geral, tinha renda familiar menor, menor escolaridade, menos consultas de pré-natal e mais queixas somáticas que a assintomática.

Revisões sobre os fatores de risco para depressão no período gestacional corroboram com esses dados (Pereira, Lovisi, 2008; Lancaster et al., 2010).

Para os domínios do MOS-SF36, as variáveis significantes foram bem semelhantes às dos sintomas depressivos: gestação, paridade, filhos, filhos dependentes, queixas, anos de estudo e renda familiar. Também foi significativo o número de cômodos. Paridade, filhos e queixas foram as variáveis que mais influíram nos domínios (apareceram em três). Gestação, filhos dependentes, queixas, número de cômodos e anos de estudo, duas vezes cada, e renda familiar apenas uma vez.

Queixas também foi uma variável estatisticamente significante em outro estudo afetando o domínio Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental (Lima, 2006).

Na quarta etapa, as variáveis categóricas e quantitativas não mostraram diferença estatística entre os grupos de gestante com e sem sintomas depressivos. Na literatura, existem controvérsias se a depressão é fator de risco para baixo peso ao nascer e prematuridade (Lancaster et al., 2010). Este estudo não reforça a tese.

Com os domínios do MOS-SF36, apenas Aspectos Físicos apresentou diferença estatisticamente significante com tipo de parto ($p=0,015$), ou seja, as mulheres com parto normal ou fórceps tiveram escores médios maiores que as de parto cesárea, e com o Apgar de 1º minuto ($p=0,007$). O domínio Vitalidade mostrou diferença significante com a idade gestacional ao nascer

(p=0,019). Nenhum estudo publicado sobre o tema trouxe essas comparações.

Os resultados da correlação entre a EPDS e o MOS-SF36 foram satisfatórios, pois alguns domínios apresentaram correlação inversa forte, bem acima da esperada, como Saúde Mental, com variação do r=0,718 a 0,785, e Vitalidade, com variação do r=0,595 a 0,646. No geral, todos deram uma correlação acima de 0,25.

Estes resultados também foram encontrados por um estudo internacional e outro brasileiro. Utilizando o Inventário de Depressão de Beck, Mckee et al. (2001) mostraram correlação inversa com todos os domínios do MOS-SF36, de 0,23 na Capacidade Funcional a 0,69 na Saúde Mental. Couto et al. (2009), utilizaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e verificaram correlação inversa com os domínios do MOS-SF36.

A influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde foi demonstrada ao se verificar a diferença dos escores médios dos domínios do MOS-SF36 entre o grupo de gestante com sintomas depressivos e o grupo sem sintomas. O grupo de gestante com sintomas depressivos teve escores médios mais baixos em todos os domínios de todas as etapas. Nas primeira e terceira etapas da gestação, todos os escores médios dos domínios apresentaram diferença estatisticamente significante. Na segunda etapa, apenas o domínio Dor (p=0,121) não mostrou diferença significante e na quarta etapa, Aspectos Físicos (p=0,135).

Estes dados são compatíveis com outros estudos internacionais com a temática qualidade de vida e depressão na gestação, embora os instrumentos para avaliação dos sintomas depressivos e/ou depressão tenham sido outros, como: Inventário de Depressão de Beck, Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos e Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Couto et al., 2009; Haas et al., 2004; Mckee et al., 2001; Nicholson et al., 2006; Setse et al., 2009).

Na análise dos resultados da regressão logística multivariada da primeira etapa dos domínios do MOS-SF36, observou-se que a variável sintomas depressivos, verificada pela EPDS esteve presente em todos os

domínios, com exceção do Aspectos Físicos, contribuindo negativamente para a qualidade de vida relacionada à saúde.

Na Capacidade Funcional, a outra variável associada foi queixas (CR 0,892) que com a EPDS (CR 0,666) influenciam negativamente o domínio, tendo o modelo um valor preditivo de 71,5%.

A presença de um número elevado de queixas (duas ou mais) também influencia na presença de sintomas depressivos na gestação, ou seja, pode ser uma forma de revelar indiretamente o estado mental (Jomeen, Martin, 2005) e a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes. Portanto, é uma variável que deve ser sempre verificada pelos profissionais da saúde junto à gestante, no intuito de garantir uma qualidade de atenção no pré-natal adequada e holística.

No domínio Aspectos Físicos, a variável ser evangélica (CR 0,300) apresentou uma influência negativa com o domínio, quando comparada a não ter religião. Mais estudos devem ser feitos, a fim de esclarecer esse aspecto, que pode ter ocorrido por um número pequeno de gestantes sem religião, o que enviesaria a amostra nessa variável. Mas, planejar a gestação (CR 3,451) teve um efeito benéfico sobre o domínio. No entanto, o valor preditivo desse modelo foi de apenas 46,4%.

Para Dor, as variáveis EPDS (CR 0,819), Situação Conjugal (CR 0,217), Transtorno Mental Familiar (CR 0,222) e Anos de Estudo (CR 0,810) exerceram um efeito negativo sobre o domínio, com um valor preditivo alto de 77,7%. Ter sintomas depressivos elevados e ter um parente próximo com algum transtorno mental influenciam na percepção da dor. Mas, ter um parceiro e maior escolaridade, em geral, são fatores protetores para sintomas depressivos e deveriam também estender esse efeito aos domínios de qualidade de vida. Mais estudos devem ser feitos para a explicação do ocorrido que pode ser uma particularidade desta amostra.

No Estado Geral de Saúde, as variáveis EPDS (CR 0,866) e Moradia Emprestada (CR 0,087), quando comparadas com Morar com Parentes afetaram negativamente o domínio, tendo um valor preditivo de 70,8%. Na gestação, o reforço do suporte social é necessário para a vivência das alterações que ocorrem nesse período, além de apoiar no cuidado ao recém-

nascido que virá, portanto, morar com parentes como mãe, avós é importante e benéfico para a percepção geral de saúde, sendo melhor que morar em casa emprestada.

A Vitalidade foi influenciada negativamente pelos escores da EPDS (CR 0,767) e teve como fator de proteção a etnia caucasiana/ branca (CR 2,696) em comparação com a negra. É sabido que a raça/cor influencia nas condições de vida da população brasileira, e isto se reflete até na percepção que as próprias gestantes tiveram no domínio Vitalidade. O resultado reforça mais uma vez a importância da variável raça/cor ser analisada em todos os estudos sobre saúde e qualidade de vida da população, não só em gestantes e na formulação de políticas públicas de atenção à saúde. O valor preditivo alto do modelo, 82,1% dá sustentação a esse resultado.

Nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental, apenas a EPDS com respectivamente CR 0,871 e CR 0,688) mostrou influenciar os domínios, sendo seu efeito negativo, com valor preditivo de 69,7% e 86,2%.

No Aspectos Emocionais, a EPDS (CR 0,777) e Idade mais elevada (CR 0,900) mostraram-se como fatores de risco para menores escores no domínio. Já etnia Caucasiana (CR 3,368) e Moradia Própria (CR 3,747) foram fatores de proteção. Como já discutido, a raça/cor influencia a percepção da gestante sobre sua saúde e morar em casa própria denota melhor situação financeira que morar em casa de parentes, o que, com certeza, se reflete na percepção dos Aspectos Emocionais.

Na comparação dos resultados com as literaturas nacional e internacional, a presença de sintomas depressivos e/ou depressão também mostrou ter um efeito deletério sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, mesmo sendo avaliada por instrumentos diversos da EPDS (Couto et al., 2009, Haas et al., 2004; Nicholson et al., 2006; Setse et al., 2009).

Quanto às outras variáveis, os estudos não abrangem os mesmos aspectos. Apenas a raça/cor negra teve escores médios menores em diversos domínios do MOS-SF36 em dois estudos no Estados Unidos da América, também associados a maiores sintomas depressivos, quando comparados à raça/cor branca (Nicholson et al., 2006; Setse et al., 2009).

Quanto à regressão logística dos sintomas depressivos, foram fatores de proteção as variáveis situação conjugal (CR 0,182), anos de estudo (CR 0,634) e número de consultas (CR 0,424). Já queixas (CR 1,853) foi um fator de risco para sintomas depressivos.

Estudos nacionais e internacionais sobre sintomas depressivos na gestação confirmam esses dados (Couto et al., 2009; Setse et al., 2009; Manzolli et al., 2010; Zuckerman et al., 1989).

Na análise do modelo de regressão logística do MOS-SF36 na quarta etapa, novamente todos os domínios tiveram influência dos sintomas depressivos como fator de risco, com exceção do Aspectos Físicos. A chance de risco da EPDS variou nos domínios de 0,758 a 0,902 com valores preditivos entre 64,6% a 79,5%.

Os resultados mostram o efeito negativo dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde das puérperas.

No Aspectos Físicos, os fatores de proteção foram parto normal (CR 2,746) e parto fórceps (CR 15,265) quando comparados à cesárea, com valor preditivo novamente baixo de 39,7%. Setse et al., (2009) também avaliaram a variável tipo de parto, mas sem resultado significativo.

Na quarta etapa, no modelo logístico de regressão da EPDS, nenhuma variável mostrou significância.

Os resultados aqui discutidos sustentam a hipótese do estudo da influência dos sintomas depressivos na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres gestantes e no pós-parto.

# 7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos e considerando os objetivos propostos no presente estudo, concluiu-se que:

Os escores médios dos domínios do MOS-SF36 apresentaram declínio ao longo da gestação com recuperação no pós-parto, com exceção de Estado Geral de Saúde e Saúde Mental. Houve diferenças estatisticamente significantes em todas ou em alguma das quatro etapas nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Vitalidade.

As variáveis que influíram nos domínios do MOS-SF36, foram fumo em cinco domínios, paridade e filhos em três domínios, condição de moradia, número de cômodos, anos de estudo, gestação, praticante de religião, queixas, situação conjugal em dois domínios; etnia, filhos dependentes, renda familiar, religião, agressor na violência física, violência emocional, transtorno mental, transtorno mental familiar, planejamento e aceitação da gravidez em um domínio.

A proporção de gestantes com sintomas depressivos variou entre as quatro etapas, sendo de 29,5% com 20 semanas de gestação, 24,2% com 28 semanas, 24,5% com 36 semanas e 33,6% com 45 dias de pós-parto.

As variáveis que influíram nos sintomas depressivos foram fumo, etilismo, aceitação da gravidez, gestação, paridade, filhos, filhos dependentes, número de consultas de pré-natal, queixas, anos de estudo e renda familiar. Após a regressão logística da primeira etapa da EPDS, as variáveis significantes foram situação conjugal, anos de estudo e número de consultas de pré-natal como fatores de proteção e queixas como fator de risco. Não houve variável significante na regressão logística da quarta etapa da EPDS.

Houve correlação inversa significante em todos os domínios do MOS-SF36 e a EPDS nas quatro etapas.

Os escores médios dos domínios nas quatro etapas foram diferentes na comparação entre as gestantes sem sintomas depressivos e nas com sintomas, sendo significante em todos os domínios, em todas as etapas, exceto em Dor na segunda etapa e Aspectos Físicos na quarta etapa.

Os sintomas depressivos, avaliados pela EPDS, foram a variável presente em todos os domínios, com exceção de Aspectos Físicos, nas regressões logísticas das primeira e quarta etapas dos domínios do MOS-SF36, sendo um fator de risco para a piora da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres na gestação e no pós-parto.

A hipótese de que a presença dos sintomas depressivos na gestação e puerpério altera a percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco, encontra-se comprovada nesta amostra.

# 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a oportunidade de descrever a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelas mulheres ao longo da gestação e pós-parto, bem como entender a influência que os sintomas depressivos exercem na qualidade de vida dessas mulheres.

A promoção da saúde mental das mulheres em idade reprodutiva pode favorecer uma melhor adequação às alterações fisiológicas que a gestação, parto e puerpério desencadeiam.

O estudo foi relevante à medida que poderá contribuir para o debate de voltar o olhar da assistência pré-natal para a saúde mental das gestantes, dando espaço para a mulher ser ouvida e atendida naquilo que lhe é mais importante, pois toda a percepção subjetiva da qualidade de vida parece ser afetada pela presença de sintomas depressivos na gravidez. Também encoraja um cuidado mais abrangente, com interface multidisciplinar, das gestantes na atenção primária.

A continua vigilância no pré-natal, com triagens em diferentes pontos da gestação dos sintomas depressivos e da qualidade de vida relacionada à saúde, proporcionará melhor assistência nesse período de vida da mulher, além de ajudar a referenciar adequadamente e com mais presteza os casos necessários aos serviços indicados. Mas, isso requer, por parte dos profissionais de saúde, que atendem à mulher grávida, um treinamento das habilidades necessárias para a detecção da presença de sintomas depressivos na gestação. A identificação e o tratamento adequado da mulher com sintomas depressivos na gravidez podem, em tese, melhorar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde na gestação e pós-parto.

A pesquisa revelou uma situação que surpreendeu no processo de coleta de dados em estudos longitudinais, que foi uma perda de seguimento elevada, em grande parte, determinada por mudança de domicílio. A mobilidade na gestação/puerpério na classe socioeconômica mais desfavorecida parece ser maior que em outras e ocorre, provavelmente, por dois motivos, a busca de suporte familiar para ajudar nos cuidados com a

mulher e do recém-nascido e a falta de moradia própria, que leva à troca de domicílios constantes no intuito de adequar a despesa ao orçamento familiar.

As limitações do presente estudo - amostra não probabilística, com elevada perda no seguimento - podem não ter permitido o conhecimento mais abrangente sobre a influência que os sintomas depressivos exercem na qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres na gestação de baixo risco e no pós-parto. Também impedem uma extrapolação para outras populações, devendo os resultados serem utilizados com cautela em outras situações que não a da amostra.

Os resultados deste estudo são uma importante fonte de informação sobre como a presença dos sintomas depressivos na gestação pode afetar a percepção subjetiva da qualidade de vida, proporcionando subsídios para formulação de novas políticas e estratégias de atendimento às gestantes.

Esta pesquisa contribui também para demonstrar que há necessidade de incorporar no ensino dos profissionais da saúde, que atenderão a mulher no período gravídico-puerperal, a visão de que a qualidade de vida é um aspecto importante a ser observado na assistência, a fim de proporcionar uma atendimento integral à mulher e que as habilidades para triagem e detecção das alterações psíquicas precisam ser aprimoradas.

Estes resultados trazem novas indagações sobre quais são os mecanismos envolvidos na associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde, que ainda permanecem obscuros. Mais estudos precisam ser feitos para determinar as causas dessa associação e a direção exata em que elas ocorrem, ou seja, esclarecer se são os sintomas depressivos que alteram sempre a qualidade de vida percebida ou alterações na qualidade de vida por outros fatores podem levar ao desencadeamento de sintomas depressivos.

# 9 REFERÊNCIAS

Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacustic stimulation. Dev Neuropsycho. 2001;20(3):639-651.

Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Obstet Gynecol. 2004;104:467–76.

Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychisocial factors. J Psychosom Res. 1999; 46(4):391-4.

Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. J Obstet Gynecol N Nurs. 2006;35(4):491-498.

Bowling A. Measuring health, a review of quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINASC – Sistema de informações de nascidos vivos. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ Acesso em: 05 de jan de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2005. p.20.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E et al. 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.

Carvalho MHB, Francisco RPV, Brizot ML. Assistência pré-natal. In: Zugaib M. Obstetrícia. Barueri, SP: Manole; 2008. p.195-212.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey (SF-36)”. [Tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

Costa ASC. Análise da força muscular perineal na gestação e no puerpério [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. Sao Paulo Med J. 2009;127(4):185-9.

Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlate of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord. 2000;59:31-40.

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.

Dawson B, Trapp RG. Bioestatística básica e clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw –Hill Interamericana do Brasil, 2003. p. 121.

Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. Am J Epidemiol. 2002;155(4):293-301.

Descher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1231-3.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

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, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):612-8.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C et al. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. Int J Neurosci. 2008;118(1):95–103.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R et al. Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. J Reprod Infant Psychol. 2002;20 (3):149-157.

Fonseca TG. Modelo para uma criação de ocupações. Rev Brasileira de Est Pedag. 1967; 48(107):274-311.

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

Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999.

Giachello AL. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. J Med Syst. 1996;21(5):235-54.

Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. J Gen Intern Med. 2004;20:45-51.

Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. Health Psychol. 2000;19(6): 535-43.

Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley-Interscience Publication John Wiley and Sons; 1989.

Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. J Fam Pract. 1998;47(3):209-12.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Artmed, Porto Alegre, 2008. p.109.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br Acesso em: 04 jan. 2011).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007. Relatório final 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br Acesso em: 07 jan. 2010.

Jackson DJ, Lang IM, Ganiats TG. Epidemiological issues in perinatal outcomes research. Paediatr Perinat Epidemiol. 1999;13(4):392-404.

Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. J Psychosom Res. 2005;59(3):131-8.

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(3):251-5.

Källén B, Lundberg G, Aberg A. Relationship between vitamin use, smoking, and nausea and vomiting of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(10):916-20.

Koblinsky M, Timyan J, Gay, J. The health of women: a global perspective. [s.l.]: West View Press; 1992. p. 35.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol. 2000;95:487–90.

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;202:5–14.

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.

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Lindgren K. The relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Res Nurs Health. 2001;24:203-217.

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.

Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(10): 983-8.

Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(3):144-7.

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.

McDonald JH. Handbook of biological statistics. 2ª ed. Maryland: Sparky House, 2009.

McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol. 2001;97(6):988-93.

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. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(2):122-5.

Murata M, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Sintomas depressivos durante a gestação entre mulheres atendidas em uma maternidade social. In: 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP) 10-11 nov. Ribeirão Preto: USP; 2009. Disponível em: http://www.usp.br/siicusp/Resumos/17Siicusp/resumos/2807.pdf. Acesso em 05 de dez de 2010.

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

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance. United Kingdom: Alden Press; 2007. p.9.

Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Obstet Gynecol. 2006;107:798–806.

Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:898-906.

Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(4):351-7.

Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal. Obstet Gynecol 1999; 94:935-41.

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

Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Rev. psiquiatr. clín. 2008;35(4):144-153.

Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):593-8.

Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birth weight in a developing country. Acta Psychiatr Scand. 2007;115:481–486.

Raines D, Campbell D. Mulher de alto risco no pós-parto. In: Orshan SA. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães, dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.765-803.

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.

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

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C et al. 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). Acesso em 12 de nov. 2007.

São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Infocidade. 2011. Disponível em http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/index.php. Acesso em: 12 jan. 2011.

Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy (HIP) Study. Matern Child Health J. 2009;13:577–587.

Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord. 2003;74:67-83.

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

Symon A. A Review of mothers' prenatal e postnatal quality of life. Health and quality of life outcomes [serial online]. 2003;1(38). Disponível em: http://www.hqol.com/content/1/1/38. Acesso em 15 set. 2007.

Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality of life outcomes. N Engl J Med. 1996;334(13):835-40.

Valle AR, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres gestantes atendidas em uma maternidade social. In: 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP) 10-11 nov. Ribeirão Preto: USP; 2009. Disponível em: http://www.usp.br/siicusp/Resumos/17Siicusp/resumos/4848.pdf Acesso em 05 de dez de 2010.

Vallim A. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2007 Chapter V - Mental and behavioral disorders. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icd/en/. Acesso em: 21de fev. 2008.

Zucchi, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. Cad Saúde Pública. 1999;5:89-97.

Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. Am J Obstet Gynecol. 1989;160:1107–11.

# 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 lindeiro: _____

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?

( ) Sim ( ) Não 15. Por parte de quem? _____

16. Já sofreu ou sofre violência psicológica como ameaças de abandono, gritos antes ou durante esta gestação? ( ) Sim ( ) Não 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; ( ) dor 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.

Data: ___/___/_____ Nº de dias pós-parto _____

Dados do Pós-parto:

34. Idade gestacional ao nascer: _____

35. Tipo de parto: ( ) normal ( ) fórcipe ( ) cesárea

36. Peso da criança ao nascer (gramas): _____

37. Apgar no 1º minuto: _____ 38. Apgar no 5º minuto: _____

# Apêndice 2 – TCLE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa que a enfermeira Marlise de Oliveira Pimentel Lima, professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo, está fazendo sobre a qualidade de vida de mulheres grávidas e sintomas depressivos na gravidez. A pesquisa está sendo realizada com a orientação e participação da Professora Maria Alice Tsunechiro, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Eu autorizo as pesquisadoras a utilizar as informações que eu disser na entrevista para a realização da pesquisa e depois publicar em revistas e livros científicos ou apresentados em congressos e encontros dos profissionais da saúde.

Fui informada e esclarecida que será mantido segredo sobre a identificação do meu nome na pesquisa e de qualquer dado que possa de alguma forma me identificar. Também fui esclarecida que minha participação será voluntária.

Estou ciente de que serão feitas algumas perguntas sobre diferentes aspectos da minha vida como idade, escolaridade, moradia, entre outras e que terei de responder pessoalmente dois questionários com perguntas sobre vários itens de minha saúde física e mental, em três momentos durante a gravidez e uma vez após o parto.

Tenho garantido que posso desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer prejuízo no atendimento na maternidade pela minha decisão, bem como esclarecer qualquer dúvida que tenha no decorrer do trabalho.

Qualquer esclarecimento poderei obter pelos telefones:

(0xx11) 55120028 Marlise de Oliveira Pimentel Lima

(0xx11) 3061-7602 Maria Alice Tsunechiro

(0xx11) 3218-4043 Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo

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

São Paulo, ___ de _____ de 200__.

_____ _____

Assinatura da entrevistada Assinatura da pesquisadora

# Anexo 1 – EPDS

Data:_____ Idade Gestacional ou dias pós-parto:_____

**Escala de *Edinburgh* 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 – MOS-SF36

## VERSÃO EM PORTUQUÊS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – MOS-SF 36

**Instruções**: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente..... ... 1
Muito boa..... .. 2
Boa..... ..... 3
Ruim..... ..... 4
Muito ruim..... ..... 5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2
Quase a mesma de um ano atrás..... 3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... ... 4
Muito pior agora do que há um ano atrás..... .... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim. Dificulta muito | Sim. Dificulta um pouco | Não. Não dificulta de modo algum |
|---|---|---|---|
| a. **Atividades vigorosas**, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa | 1 | 2 | 3 |
| c. Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d. Subir **vários lances** de escada | 1 | 2 | 3 |
| e. Subir **um lance** de escada | 1 | 2 | 3 |
| f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g. Andar **mais de 1 quilômetro** | 1 | 2 | 3 |
| h. Andar **vários quarteirões** | 1 | 2 | 3 |
| i. Andar **um quarteirão** | 1 | 2 | 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4. **Durante as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como conseqüência de sua saúde física.** (circule um número em cada linha)

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| a. Você diminuiu **a quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c. Esteve **limitado** no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| d. Teve **dificuldade** de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex. necessitou de um esforço extra? | 1 | 2 |

5. **Durante as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária regular, **como conseqüência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)**?

(circule um número em cada linha)

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| a. Você diminuiu **a quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto **cuidado** como geralmente faz? | 1 | 2 |

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma..... 1
Ligeiramente..... 2
Moderadamente..... 3
Bastante..... 4
Extremamente..... 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma..... ... .... 1
Muito leve..... .... . 2
Leve. ..... 3
Moderada..... 4
Grave..... ..... 5
Muito Grave..... ..... 6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De maneira nenhuma..... ..... 1
Um pouco..... ..... 2
Moderadamente..... 3
Bastante..... 4
Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **ultimas 4 semanas**. (circule um número para cada linha)

| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

Todo o tempo..... ..... ..... 1
A maior parte do tempo..... ..... 2
Alguma parte do tempo..... . ... 3
Uma pequena parte do tempo..... 4
Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeira | Não sei | A maioria das vezes falsa | Definitivamente falsa |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# Anexo 3 - Parecer do CEP/SMS



SÃO PAULO

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

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

**Para**
**Profª Marlise 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 Marlise De Oliveira Pimentel Lima
- **Orientador**: Profa. Dra. Maria Alice Tsunechiro
- **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 Lídia, 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, calcada 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 freqüentarão 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.

**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 inócua, 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: smscep@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)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

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

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

2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineado no protocolo aprovado. Eventuais 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