MARJORI STHEFANY FANTIN

Avaliação emocional em gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal: um estudo sobre depressão, ansiedade e autoestima

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute

Versão corrigida e definitiva de acordo com a Resolução CoPGr 6018 de 13/10/2011

São Paulo

2021

MARJORI STHEFANY FANTIN

Avaliação emocional em gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal: um estudo sobre depressão, ansiedade e autoestima

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute

Versão corrigida e definitiva de acordo com a Resolução CoPGr 6018 de 13/10/2011

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Fantin, Marjori Sthefany
Avaliação emocional em gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal : um estudo sobre depressão, ansiedade e autoestima / Marjori Sthefany Fantin. -- São Paulo, 2021.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.
Orientadora: Gláucia Rosana Guerra Benute.

Descritores: 1.Anormalidades congênitas 2.Depressão 3.Autoimagem 4.Gravidez 5.Estresse psicológico 6.Ansiedade

USP/FM/DBD-275/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Resumo

Fantin MS. *Avaliação emocional em gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal:* um estudo sobre depressão, ansiedade e autoestima [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução: O diagnóstico de malformação fetal desperta sentimentos intensos nos casais, colocando em risco a saúde mental. **Objetivo**: Avaliar a associação das variáveis independentes (presença de ansiedade, autoestima, ajustamento conjugal e estresse) ao desfecho depressão. **Método**: Trata-se de um estudo transversal realizado com 115 gestantes que tiveram o diagnóstico de malformação fetal e que foram acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP no período de 2010-2020. Foram utilizados os instrumentos Prime-MD, PPP e DAS. Para a análise das tabelas de associação, foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Para as comparações entre as variáveis contínuas entre os grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. Foram realizados modelos de regressão logística binária e múltipla para estimar as Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). **Resultados**: A frequência prevalência de depressão foi de 20,9% com significância estatística entre o diagnóstico de depressão e presença de ansiedade (p<0,001), presença de estresse (p<0,001), na presença de autoestima (p=0,005) e ajustamento conjugal (p=0,019). Os fatores associados com a depressão foram: ansiedade (OR14,571; IC95% 5,06 – 41,98; p<0,001); presença de estresse (OR 14,966; IC95% 4,13 – 5423; p<0,001); autoestima (OR 4,184; IC95% 1,52 – 11,53; p=0,006) e satisfação conjugal (OR 3,004; IC95% 1,17 – 7,72; p=0,022) Na modelagem múltipla foi constatado que o diagnóstico de ansiedade mostrou-se fator independente ($OR_{ajustada}$=9,2; IC95% 9,2 – 9,2; p<0,001) à depressão; bem como a presença de estresse com uma $OR_{ajustada}$=9,414 (IC95% 2,370 – 37399; p=0,001). **Conclusão**: Com base nos achados do estudo mostra-se a importância de uma triagem psicológica no pré-natal e acompanhamento com equipe de saúde mental quando necessário. Tais dados apontam para a necessidade de avaliação e acompanhamento das

gestantes com diagnóstico de malformação fetal, visando a preservação da saúde mental.

Descritores: Anormalidades congênitas; Depressão; Autoimagem; Gravidez; Estresse psicológico; Ansiedade.

Abstract

Fantin MS. *Emotional assessment in pregnant women diagnosed with fetal malformation:* a study on depression, anxiety, and self-esteem [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2021.

Introduction: A diagnosis of fetal malformation arouses intense feelings in couples, putting their mental health at risk. **Objective:** To evaluate the association between independent variables (anxiety, self-esteem, marital adjustment, and stress) and a depression outcome. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted with 115 pregnant women who received a diagnosis of fetal malformation and were followed up at the Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica - HCFMUSP from 2010 to 2020. The Prime-MD, PPP, and DAS tools were used. Analysis of the association tables was performed with the chi-square test. Group comparison of the continuous variables was carried out with the Mann-Whitney nonparametric test. To estimate the odds ratio (OR) and their respective 95% confidence intervals (95% CI), multiple and binary logistic regression models were computed. **Results:** Prevalence of depression was 20.9%. There was a statistically significant relationship between depression and anxiety ($p<0.001$), stress ($p<0.001$), self-esteem ($p=0.005$), and marital adjustment ($p=0.019$). The factors associated with depression were anxiety (OR 14.571; 95%CI 5.06 – 41.98; $p<0,001$), stress (OR 14.966, 95%CI 4.13 – 5423; $p<0,001$), self-esteem (OR 4.184; 95%CI 1.52 – 11.53; $p=0,006$), and marital satisfaction (OR 3.004; 95%CI 1.17 – 7.72; $p=0,022$). In multiple modeling, anxiety ($OR_{adjusted}=9.2$, 95%CI=9.2 – 9.2; $p<0,001$) and stress ($OR_{adjusted}=9.414$, 95%CI 2.370 – 37399; $p=0,001$) turned out to be independent factors relative to depression. **Conclusion:** The study findings underscore the prenatal need for psychological screening and, when necessary, follow-up with a mental health team. A case in point is pregnant women with a diagnosis of fetal malformation, who may need assistance to maintain their mental health.

Descriptors: Congenital abnormalities; Depression; Self concept; Pregnancy; Stress, psychological; Anxiety.

Dedicatória

A Deus por ter me amparado até o presente momento.

Aos meus pais Claudinei e Mirian e meu irmão Thayman por sempre estarem ao meu lado e me mostrarem os verdadeiros valores da vida.

Agradecimento

Ao Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por me permitirem realizar esse projeto e por toda a estrutura oferecida.

A Doutora Gláucia Rosana Guerra Benute, minha orientadora, por me acolher e me guiar durante todos esses anos e por me permitir fazer parte da sua trajetória.

Ao Dr Marcelo Zubaib, professor titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, pela oportunidade concedida.

A Dra. Rossana Pulcinelli Vieira Franscisco, pela oportunidade acadêmica e pelo incentivo a pesquisa.

A Dra Lisandra Stein Bernardes Ciampi de Andrade, pela dedicação em me ensinar e por todo o conhecimento compartilhado.

A Dra Maria de Lourdes Brizot pela presença e contribuição no exame de qualificação.

A Sra. Lucinda Cristina Pereira, por todo o apoio e atenção nesse tempo.

A minha amiga Isabella Vernillo, pela parceria durante esses anos e pelos planos e projetos compartilhados, tanto acadêmicos como de vida.

Aos meus amigos Jéssica, Roberta e Rafael pela ajuda, contribuição e risadas ao longo desse tempo.

A todos os meus colegas e equipe do GAI, por me acolherem e compartilharem comigo todo o conhecimento adquirido.

A Stela Peres, estatística do departamento, por todo o apoio, correção e risadas.

As minhas pacientes, por confiarem em mim e por dividirem sua história e seus sonhos.

Aos meus pais Claudinei e Mirian e ao meu irmão Thayman, por serem sempre a minha fortaleza e por acreditarem em mim.

Aos meus padrinhos Thabata e Ricardo, que desde sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram.

A minha amiga Andresa Vilhegas, que compartilhou o início desse projeto comigo e permaneceu como uma grande amiga para a vida.

A todos da banca examinadora, pelo incentivo e carinho nas correções

A todos os funcionários e colaboradores do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela colaboração na realização deste estudo.

Epígrafe

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

Sumário

1 Introdução 1

2 Objetivos 4

3 Revisão de Literatura 5

3.1 Medicina Fetal 5
3.2 Depressão 6
3.3 Ansiedade 12
3.4 Autoestima 16
3.5 Relacionamento Conjugal 18
3.6 Estresse 21

4 Método 23

4.1 Casuística 23
4.1.1 População alvo 23
4.1.2 Critérios de Inclusão 23
4.1.3 Critério de Exclusão 23
4.2 Instrumentos 23
4.3 Cálculo do tamanho Amostral 26
4.4 Procedimentos 26
4.5 Análise dos dados 27
4.6 Ética 28

5 Resultados 29

6 Discussão 36

7 Conclusão 42

8 Anexos 43

8.1 ANEXO A 43

8.2 PRIME (ANEXO B) 44
8.3 PRIME-MD – ANSIEDADE (ANEXO C)..... 45
8.4 ANEXO D 46
8.5 ANEXO E 47
8.6 ANEXO F 52
8.7 ANEXO G..... 57

9 Referências Bibliográficas..... 59

Lista de Siglas, Símbolos e Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPPesq	Comitê de ética em pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
DAS	*Dyadic Adjustment Scale*
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
EUA	Estados Unidos da América
EPDS	*Edinburgh Postnatal Depression Scale*
GAI	Grupo de apoio integral a gestantes e familiares
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IC95%	Intervalo de confiança com 95% de certeza
MFF	Malformação fetal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	*Odds Ratio* (razão de chances)
PPP	*Prenatal Psychosocial Profile*
PRIME-MD	*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TA-SOE	Transtorno de Ansiedade sem outras especificações
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	*World Health Organization*

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados dos estudos de depressão em gestantes.....10

Tabela 2: Revisão de literatura ansiedade 15

Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com os dados sociodemográficos e características da amostra estudada - 115 gestantes com diagnóstico de analomia fetal – HCFMUSP, 2018-2019.....30

Tabela 4: Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade, renda familiar, tempo de relacionamento gestações anteriores e semana gestacional -115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.....31

Tabela 5: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre dados sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019. 31

Tabela 6: Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade, renda familiar, gestações anteriores em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.....32

Tabela 7: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre depressão, complicação em gestações anteriores ,psicopatologia prévia, problema prévio de saúde mental e problema de saúde mental atual - 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.....32

Tabela 8: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre o diagnóstico de depressão e diagnóstico de ansiedade, presença de estresse, satisfação no apoio social com o parceiro e apoio social com outras pessoas, presença de autoestima e ajustamento conjugal, em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019. 33

Tabela 9: Análise de regressão logística binária univariada entre depressão e as variáveis preditoras do estudo – HCFMUSP, 2018-2019. 34

Tabela 10: Modelo de modelagem múltipla entre variáveis que apresentaram significância estatística na regressão logística – HCFMUSP, 2018-2019. .35

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a malformação fetal como anormalidades funcionais ou estruturais que afetam o embrião ou o feto podendo ocorrer desde malformações menores até condições severas que podem levar a óbito. A maioria das malformações fetais é de etiologia desconhecida e podem ser detectadas no pré-natal por meio de ultrassonografia e/ ou testes genéticos.[1]

O diagnóstico de malformação fetal encontra-se entre os problemas considerados de saúde pública, decorrente da morbidade pediátrica. Acomete gestantes em todo o mundo, independentemente de classe social, idade, etnia e condição de saúde da mulher.[2]

No Brasil, não existe um número exato de casos de malformação fetal que foram diagnosticados durante o período pré-natal, no entanto, Cosme e cols.,[3] apontam que, dos cerca de três milhões de nascimentos ao ano, aproximadamente 60 mil são diagnosticados com algum tipo de malformação fetal. Especificamente no município de São Paulo, os autores destacam que entre os anos de 2010 e 2014, foram registrados 819.018 nascidos vivos, dos quais 14.657 foram diagnosticados com algum tipo de malformação fetal, mostrando que a cada 1.000 nascidos vivos, há uma prevalência de 17,9 casos de malformação fetal.

As causas para o diagnóstico de malformação fetal são descritas como ambientais, genéticas ou multifatoriais, porém ainda não se sabe a sua etiologia e há poucos estudos a acerca dos fatores ambientais, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.[4,5]

O diagnóstico de malformação fetal pode ser considerado como causa de intenso sofrimento aos pais, desencadeando sentimento de rejeição, rompimento do apego, angústias, medos e preocupações intensas, além de sintomatologia depressiva durante o processo gestacional. As inúmeras mudanças desencadeadas a partir do diagnóstico provocam alterações cognitivas, sejam de

ordem física, psíquica ou social, ameaçando a constituição do vínculo materno-fetal. Estas experiências, quando intensas, também podem favorecer o aparecimento da depressão.[6]

Além disso, com o avanço do período gestacional, a gravidade da malformação detectada intraútero pode variar, uma vez que novas informações de diagnóstico podem ser adicionadas às informações preliminares.[7]

Visando compreender o sofrimento psíquico no período gestacional, Wu e cols.,[8] estudaram 48 mulheres com diagnóstico fetal de cardiopatia complexa e constataram sofrimento psicológico materno em 65% dessas mulheres, em contraste com 25% das mulheres grávidas com feto saudável.

Kerting e cols.,[9] realizaram estudo com 170 gestantes com o objetivo de comparar níveis de depressão e ansiedade em 3 grupos (com fetos saudáveis, com malformação fetal e interrupção tardia da gravidez e gestantes com malformação fetal e parto prematuro). Foi observado que 22,4% das gestantes com malformação fetal e interrupção tardia da gravidez apresentaram transtorno psiquiátrico, comparadas com 18,5% das gestantes com malformação fetal e parto prematuro e 6,2% das mulheres com fetos saudáveis.

O transtorno de ansiedade também tem sido apresentado como um componente emocional que acompanha todo o período gestacional. Os índices de ansiedade materna durante a gravidez são, em sua maioria, heterogêneos, sendo que sintomas de ansiedade e transtornos mentais podem ser comuns no período perinatal, estes sintomas podem transitar de leve a grave.[10] Araujo, Pacheco e Pimenta[11] mostraram que, quando há um mal diagnosticado e falta de tratamento em mulheres gravidas com transtornos de ansiedade, as consequências podem ser graves tanto para a mãe como para o bebê, como depressão pós-parto, prematuridade, entre outros.

Wilpers e cols.,[12] realizaram estudo nos Estados Unidos com 44 gestantes, sendo 19 com diagnóstico de malformação fetal e 25 sem o diagnóstico, e verificaram que as gravidas com malformações fetais tiveram

maiores escores médios de estado de ansiedade do que aquelas que não receberam este diagnóstico (43,58 versus 29,08, p=0,002).

Estudo realizado por Aite e cols.,[13] apontaram que a ansiedade e os níveis de estresse materno estão intimamente relacionados à incerteza diagnóstica e à gravidade da malformação.

A relação conjugal pode estar intimamente relacionada com o sofrimento psíquico. Segundo, Antunes e Patrocínio[14], alguns casais podem se reaproximar depois da notícia do diagnóstico de malformação fetal e então a crise pode surgir como uma situação de integração e melhora no relacionamento do casal.

Entretanto, também existem casais que se distanciam um do outro ou permanecem em um estado de tristeza ou depressão em um período que pode se estender além do puerpério, fato que demonstra a importância e a necessidade de ofertar um acompanhamento psicológico para estes casais durantes as consultas de pré-natal.

Estudo realizado por Rychilk e cols.,[15] com 59 gestantes diagnosticadas com malformação fetal (MFF) cardíaca, foi observado que a baixa satisfação conjugal relacionada ao parceiro foi associada com maiores níveis de depressão (p<0,01) e ansiedade (p<0,01).

Frente a vulnerabilidade psíquica das gestantes que tiveram o diagnóstico de malformação fetal e os poucos estudos nacionais que buscam compreender os diferentes fatores desencadeados a partir deste diagnóstico, este estudo se propõe a avaliar a presença de depressão e a sua associação com as variáveis ansiedade, autoestima, relacionamento conjugal e estresse, entre as gestantes que tiveram o diagnóstico de malformação fetal. A elucidação destes aspectos servirá para proporcionar uma adequação na assistência prestada, elevando a qualidade dos trabalhos desenvolvidos com estas gestantes.

2 Objetivos

O presente estudo envolvendo gestantes com diagnóstico de malformação fetal teve como objetivos:

Objetivo principal

- Avaliar a associação das variáveis independentes (presença de ansiedade, autoestima, ajustamento conjugal e estresse) ao desfecho depressão.

Objetivos secundários:

- Verificar a presença de depressão e ansiedade;

- Avaliar a presença de estresse, apoio do companheiro, apoio social, autoestima e ajustamento conjugal.

3 Revisão de Literatura

3.1 Medicina Fetal

A Medicina Fetal, surgiu por volta de 1960 e pode ser definida como “A ciência que estuda o desenvolvimento e fisiologia do feto, a fisiopatologia das malformações e dos distúrbios congênitos, bem como o diagnóstico e o tratamento (quando possível) das anormalidades no período antenatal”.[16]

Há 40 anos, os obstetras tinham pouco acesso ao desenvolvimento do feto. Com o passar do tempo e com o avanço das tecnologias diagnósticas houve mudança importante nesse panorama, principalmente a partir dos exames de imagem, o que possibilitou maior acesso e entendimento das patologias fetais.[17]

O ultrassom gestacional é um exame de imagem que tem uma função importante durante o período perinatal. Tem como objetivo acompanhar a evolução do feto e detectar malformações fetais.[18] Também possibilita identificar possíveis alterações morfológicas individuais, sinais indiretos relacionados (restrição do crescimento fetal e alterações do volume de líquido amniótico, entre outras), além das malformações associadas, que podem apresentar relações diretas com possíveis quadros sindrômicos. Frente aos resultados da ultrassonografia que detectam malformação fetal, pode ser indicada a necessidade de realizar exames mais específicos e, por vezes, invasivos.[19]

A malformação fetal pode ser vista como um problema de saúde pública, pois abrange um grande aspecto de malformações e representa grande morbidade pediátrica. Podem estar presentes em gestantes de todas as classes socioeconômicas, idades, etnias e situações de saúde.[2] Há poucos estudos sobre sua etiologia ou sobre as causas podem ser ambientais, genéticas ou multifatoriais, principalmente em países em desenvolvimento.[4,5]

Há uma complexidade na classificação dos subgrupos das anormalidades congênitas individuais, e em sua maioria podem sofrer influência pelo modelo de estudo em que os dados serão utilizados. As malformações podem ser estruturais, metabólicas, comportamentais ou funcionais; únicas ou múltiplas, de

pequeno ou grande significado clinico.[20] Marden e cols.,[21] realizaram uma descrição da classificação que divide as malformações em duas categorias: malformações maiores, quando causa um efeito adverso funcional ou impacta na vida social do ser humano, como por exemplos: anencefalia, fenda labial ou palatina, hidrocefalia, cardiopatia, entre outros e malformações menores, que não causam consequências médicas para os indivíduos, por exemplos: nevus pigmentares, prega simiesca, polidactilia e clinodactilia do quinto dedo.

Estima-se que as malformações fetais acometam entre 2% a 3% dos nascidos vivos no mundo, sendo que 1,2% destes são consideradas como malformações maiores, ou seja, com graves consequências médicas, funcionais ou estéticas à criança.[22,23]

O diagnóstico de malformação fetal desperta sentimentos intensos nos casais. Andrade[24] descreve em seu estudo que casais que se deparam com o diagnóstico de malformação fetal durante a gestação podem desenvolver sentimento de culpa pela malformação fetal, sofrimento pela possibilidade da morte do filho, sentimento de tristeza, além da preocupação da possibilidade de sofrimento do filho durante a vida e também dúvida em relação a como os demais filhos vão reagir frente a descoberta da malformação fetal e de alta possibilidade de morte do irmão/irmã.

A depressão, entre os transtornos psiquiátricos que podem ocorrer na gestação, é a mais importante.[25] Os sintomas comuns entre os transtornos de depressão são a existência de sentimento de tristeza persistente e/ou humor deprimido, associado com falta de interesse ou prazer em quase todas as atividades.[5]

3.2 Depressão

A depressão apresenta uma alta incidência e altos custos diretos e indiretos de tratamento. Devido a isso é considerada um problema de saúde pública, além do elevado potencial de morbidade e mortalidade.[20] É estimado que mais de 300 milhões de pessoas tenham este transtorno no mundo todo.[20] A OMS destaca que as características da depressão são diferentes das

oscilações usuais de humor e dos comportamentos emocionais vividos frente aos desafios da vida cotidiana.[26] Quando o quadro depressivo é de longa duração e com intensidade grave ou moderada, pode tornar-se uma condição de saúde crítica, podendo causar grande sofrimento à pessoa afetada, além de disfunção no trabalho, na escola e no meio social.

Reconhecida como um dos transtornos mentais mais incapacitantes do mundo, a OMS em seu relatório publicado em 2017 aponta um aumento da depressão na população geral de 18,4% entre os anos de 2005 e 2015.[22]

Na 5ª edição da classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos transtornos Mentais (DSM-5), a depressão é caracterizada como humor de tristeza, vazio ou de irritação, podendo haver alterações somáticas e cognitivas, como mudanças no pensamento e na forma como o indivíduo percebe o mundo e a si mesmo.[27] Estas características afetam de forma significativa o funcionamento físico, cognitivo e emocional do indivíduo.

A literatura não apresenta consenso acerca dos índices de prevalência de depressão durante a gestação. Estudos mostram estimativas entre 9% a 61,4% de depressão em gestantes, com variação entre os trimestres gestacionais e condições de gestação: baixo e alto risco.[28,29]

Estudo realizado por Yin e cols.,[30] incluindo revisões sistemáticas e meta-análises conduzidas até 28 de fevereiro de 2019, avaliou a prevalência global de depressão pré-natal e seus potenciais fatores associados. Em 173 estudos e 182 relatórios, o estudo mostrou prevalência combinada de qualquer depressão pré-natal de 20,7% (IC95% 19,4% - 21,9%, p=0,0001) e em 72 estudos e 79 notificações, encontrou prevalência combinada de depressão pré-natal maior de 15,0% (IC95% 13,6% - 16,3%, p=0,0001). Os autores mostram ainda que a prevalência de depressão pré-natal foi maior em países de baixa renda (30,3%; IC95% 23,5 – 37;1%; p=0,001) ou renda média (30,8%; IC95% 15,3 - 46,4%; p=0,001), em estudos que utilizaram instrumentos de autor-relato (22,4%; IC95% 21,0 - 23,8%; p=0,001) ou realizados após o ano de 2010 (23,1%, IC95% 0,9 - 25,3%; p=0,001). Apontam como fatores de risco para depressão o histórico de depressão ($OR^{ajustada}$ 3,17, IC95% 2,25 - 4,47; p=0,001), a falta de apoio social

($OR^{ajustada}$ 3,13; IC95% 1,76 - 5,56; *p*=0,104), o estado civil solteiro, separado ou divorciado ($OR^{ajustada}$ 2,37; IC95% 1,80 - 3,13; *p*=0,009), a gravidez não planejada ($OR^{ajustada}$ 1,86; IC95% 1,40 - 2,47; *p*<0,001), o desemprego ($OR^{ajustada}$ 2,41; IC95% 1,76 - 3,29; *p*=0,058) e experiência de violência ($OR^{ajustada}$ 2,72; IC95% 2,26 - 3,27; *p*=0,001).[30]

Frente a estes dados e a morbidade depressiva durante o período gestacional, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* recomendam que seja realizado um rastreio e uma investigação da depressão entre todas as mulheres grávidas durante o período perinatal.[31,33]

Lopes e cols.,[32] realizaram uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de sistematizar o conhecimento clínico e epidemiológico sobre doenças mentais em mulheres gravidas. Nessa revisão com 10 artigos com desenho metodológico transversal, publicados entre 2008 e 2019 foi possível encontrar 41,4% a 57,1% de prevalência de transtornos mentais comuns.

O mesmo estudo, avaliando pesquisas longitudinais, incluíram 9 artigos, e mostraram incidência de transtornos mentais comuns entre 3,5% e 33,6% no Brasil, e entre 8,6% e 57,1% em países europeus. Os fatores que aumentam a probabilidade para transtorno mental comum foram: o histórico de depressão em algum momento da vida, gravidez não planejada, não ter companheiro, e condição socioeconômica desfavorável.[32]

Lima e cols.,[33] realizaram estudo longitudinal com 272 gestantes de baixo risco nas 20ª, 28ª e 36ª semanas gestacionais em 12 unidades de saúde da cidade de São Paulo. A frequência de sintomas depressivos foi de 27,2% na primeira semana gestacional, 21,7% na segunda semana gestacional e de 25,4% na terceira semana gestacional. Os fatores de proteção associados com a depressão foram escolaridade (*p*=0,001) e gestação planejada (*p*<0,001). Violência psicológica atual ou anterior foram considerados como fator de risco (*p*=0,003) para depressão ao longo da gravidez.

Estudo realizado por Cunha e cols.,[34] mostraram que o diagnóstico de malformação fetal pode levar a alterações psicoafetivas que impactam no modo de enfrentamento da situação e contribuem para uma piora na saúde mental da gestante. Os autores avaliaram indicadores de depressão e ansiedade em 66 gestantes com diagnóstico de malformação fetal e observaram associação significativa (p<0,01) de depressão e ansiedade no primeiro trimestre e associação significativa (p=0,0462) de depressão quando o diagnóstico foi detectado no segundo trimestre da gestação.

Borges & Petean[35], realizaram estudo incluindo 33 gestantes com o objetivo de conhecer o tipo de enfrentamento utilizado diante do diagnóstico de malformação fetal. Os autores constataram que 25 gestantes apresentaram indicadores clínicos, sendo 15 (45,5%) para ansiedade e 10 (30,3%) para depressão. O estudo concluiu que independentemente da natureza do indicador clínico, a maioria das gestantes (48,5%) utilizou a estratégia de enfrentamento focalizada na religiosidade.

Em revisão de literatura realizada por Albertini[36], a pesquisadora assinalou diferenças na prevalência de depressão entre estudos nacionais e internacionais publicados nos anos de 2014 à 2018 entre gestantes de baixo-risco de 9% à 27,2% e em estudos nacionais e internacionais publicados entre o período de 2010 e 2018 realizados entre gestantes de alto-risco uma variação de 9% à 61,4%.

Nulman e cols.,[37] observaram que, nos casos em que se diagnostica depressão no período pré-natal, além das medidas de suporte, as principais opções de tratamento são psicoterapia e antidepressivos.

Em estudo realizado com 65 gestantes no Brasil, com o objetivo avaliar a eficácia de intervenção psicológica em gestantes que receberam o diagnóstico de malformação fetal, foi observado que o índice de depressão foi de 14,85% enquanto que o de gestantes de baixo risco o índice de depressão foi de 8,54%.[38]

Estudos internacionais que avaliaram a presença de depressão entre gestantes, indicaram que as gestantes com menor condição socioeconômica,

baixa escolaridade, elevado nível de estresse ao longo da vida, conflitos nas relações conjugais e familiares, violência doméstica, gestação atual de alto risco e que possuiam outros filhos foram fatores de risco para o desenvolvimento da depressão durante a gravidez.[33,39–41] A tabela 1 sintetiza os resultados dos estudos de depressão apontados nesta seção.

Tabela 1: Resultados dos estudos de depressão em gestantes

Autor	Objetivo	Participantes	Diagnóstico de MFF no período gestacional	Conclusão
Gorayeb, Gorayeb, Duarte, 2013[38]	Avaliar a eficácia de intervenção psicológica em gestantes que receberam o diagnóstico de malformação fetal	65 gestantes	Com malformação fetal	A intervenção psicológica foi eficaz para alívio de depressão e ansiedade no grupo de gestantes com malformação fetal.
Borges, & Petean, 2018[35]	Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes que receberam o diagnóstico de malformação fetal e sua relação com, vínculo materno fetal, presença de ansiedade e depressão e o diagnóstico de malformação fetal.	33 gestantes	Com malformação fetal	25 gestantes apresentaram indicadores clínicos, sendo 15 (45,5%) para ansiedade e 10 (30,3%) para depressão
Lima e cols., 2017[33]	Identificar a frequência de sintomas depressivos em 3 etapas no decorrer da gestação e verificar variáveis associadas.	272 gestantes	Baixo risco	Os sintomas depressivos tiveram a frequência de 27,2% na primeira etapa, 21,7% na segunda etapa e 25,4% na terceira etapa
Albertini, JGL, 2019[36]	Identificar a associação entre depressão e os desfechos de parto e nascimento.	760 gestantes	Alto risco e baixo risco	A prevalência de depressão foi de 20,66%. Foi identificado que o peso do recém-nascido e o índice de Apgar <7 no 1º minuto foram significativamente menores no grupo com depressão quando comparados com o grupo sem depressão

Continua

Continuação

Yin X e cols., 2020[30]	Avaliar a prevalência global de depressão pré-natal e esclarecer seus potenciais fatores associados	245 estudos	Baixo e alto risco	Histórico de depressão, falta de apoio social, estado civil solteiro ou separado, gravidez não planejada, desemprego e experiência de violência foram significativamente associados à depressão pré-natal.
Xing Qiu e cols., 2020[41]	Avaliar a associação entre gravidez indesejada e o risco de desenvolver depressão pós-parto.	30 estudos envolvendo 65.454 participantes nessa metanálise	Gravidez indesejada baixo e alto risco	Mulheres que engravidaram involuntariamente em comparação com aquelas que pretendem engravidar apresentam risco significativamente maior de desenvolver depressão pós-parto

A depressão no período gestacional pode ser um fator de risco associado, a DPP (depressão pós-parto). Em metanálise conduzida por Xing Qiu e cols.,[42] incluindo 30 estudos caso-controle e de coorte que envolveram 65.454 participantes, com o objetivo de avaliar a associação entre gestação indesejada e depressão pós-parto, foi observada associação entre o risco de gestação não desejada e depressão pós-parto (p=<0,0001).

Por este motivo, além da preocupação nos serviços de obstetrícia, a depressão materna também é uma variável que preocupa os serviços de pediatria, pois podem ocasionar mudanças na estrutura familiar, o surgimento de déficits cognitivos e de problemas emocionais em crianças que tem mães com o diagnóstico de depressão. Em sua maioria, é possível perceber que mães com depressão possuem dificuldades emocionais e com isso podem ficar menos responsivas, afetando sua relação com o bebê, tendo como consequência a privação psicossocial e possíveis déficits nas condições de desenvolvimento adversos.[43]

Assim, compreender os fatores de risco associados à depressão bem como realizar avaliação adequada durante o período perinatal possibilita o tratamento e o gerenciamento das consequências advindas deste transtorno para o binômio mãe/filho.[44]

3.3 Ansiedade

Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de casos de ansiedade no âmbito nacional e internacional. Segundo relatório publicado pela OMS[22] em 2017, os casos de ansiedade em 2005 eram de 264 milhões, enquanto que em 2015 refletiu um aumento 14,9% nesses casos, sendo que 4,6% das pessoas com ansiedade são mulheres e 2,6% homens. O Brasil é um dos países que possui a maior taxa de indivíduos com algum tipo de transtorno de ansiedade. Segundo a OMS, estima-se que 9,3% dos brasileiros apresentam algum transtorno de ansiedade.[22]

Os transtornos de ansiedade têm como principal característica o medo e a ansiedade excessivos. A diferença entre o medo e a ansiedade é que o medo é uma resposta a uma ameaça real e a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura.[27] A ansiedade pode ser entendida como uma resposta do organismo que ocorre diante a uma situação aversiva, com a função de esquiva ou fuga dessas situações.[45]

Durante o período que antecede o parto, entre 9% e 22% das mulheres possuem algum transtorno de ansiedade.[46,47] É comum a presença de ansiedade frente aos procedimentos diagnósticos realizados durante o pré-natal, que fornecem dados sobre a gravidez e o desenvolvimento do bebê. A ultrassonografia obstétrica, mesmo sendo um procedimento não invasivo, pode aumentar a ansiedade nas gestantes pela possibilidade de detectar possíveis alterações no feto.[48]

Em um estudo longitudinal realizado em São Paulo incluindo 300 gestantes com idade entre 18 e 39 anos, com o objetivo identificar a presença e a associação entre possíveis diagnósticos de transtornos mentais em gestantes de baixo risco, foi observado que 25,3% das gestantes apresentaram sintomas que indicavam algum diagnóstico provável de transtorno mental, sendo 15,33% com sintomas de depressão e 19,3% com ansiedade/pânico.[49]

Em uma revisão sistemática que incluiu 41 estudos, realizada por Kliemann, Böing e Crepaldi[50], com objetivo de mensurar os fatores de risco para

ansiedade e depressão durante o período gestacional, os principais fatores de risco relacionados a aspectos cognitivos foram: baixo apoio social, vivência de situações violentas, intercorrências na gestação, presença de estresse na gestação, conflitos no relacionamento conjugal e familiar, transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas no período gestacional, fatores socioeconômicos desfavoráveis, idade materna avançada ou prematura, baixa escolaridade e gestação não planejada ou indesejada.

Estudo transversal realizado no Brasil, no estado de Minas Gerais, com 209 gestantes com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico de transtorno de ansiedade atual e/ou outro transtorno mental, uso de ansiolíticos e/ou outro psicofármaco, ou ter participado do estudo piloto, avaliou a ansiedade e os fatores associados à sua ocorrência.

Os resultados mostraram que a ansiedade está presente em 26,8% das participantes, com maior frequência no terceiro trimestre de gestação (42,9%). Os autores constataram associação significativa na presença de ansiedade, na gestação, nos critérios de ocupação (p=0,04), gestações anteriores com complicação (p<0,01), aborto anterior e/ou ameaça de parto prematuro (p=0,05), gravidez desejada (p=0,01), quantidade de abortos (p=0,02), frequência no consumo diário de cigarros (p<0,01) e uso de drogas ilícitas (p=0,01).[51]

Estudo de coorte prospectivo realizado na África do Sul com 649 gestantes, avaliou a prevalência de depressão e ansiedade no início da gestação (G1) e após a gestação (G2). O grupo G1 apresentou uma taxa de 15% de ansiedade e o grupo G2 de 17%. Os autores também observaram que o estresse familiar é fator de risco para ansiedade com 1,7 vez maior chance para a depressão (IC95% 1,1 – 2,7; p=0,027).[52]

Wu e cols.,[8] avaliaram 140 gestantes nos EUA, sendo 48 com diagnóstico de cardiopatia fetal congênita e 92 gestantes de baixo risco. Os resultados apontaram que entre as gestantes com diagnóstico de cardiopatia fetal congênita, 21 (44%) apresentaram ansiedade, já as gestantes de baixo risco 24 (26%) apresentaram ansiedade.

Outro estudo também realizado nos EUA, com 44 gestantes no segundo e terceiro trimestre de gestação com o objetivo de avaliar a ansiedade materna em gestantes com o diagnóstico de malformação fetal com necessidade cirúrgica. Entre as participantes, 19 tinham o diagnóstico de malformação fetal e 25 não. As gestantes com o diagnóstico de malformação fetal apresentaram maiores escores médios de ansiedade, quando comparadas com as gestantes sem diagnóstico de malformação fetal 43,59 versus 29,08 (p=0,002).[12]

O quadro comparativo da revisão da literatura entre os estudos avaliando a associação de depressão e ansiedade está apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Revisão de literatura sobre estudos que avaliaram a presença de ansiedade e depressão

Autor	Objetivo	Participantes	Tipo de gestação	Conclusão
Wilpers e cols., 2017[12]	Investigar a ansiedade materna em gestantes com diagnóstico de malformação fetal que requer cirurgia	44 gestantes	Baixo e alto risco	Gestantes com o diagnóstico de malformação fetal apresentaram maiores escores médios de ansiedade, quando comparadas com as gestantes sem diagnóstico de malformação fetal
Kliemann, Böing e Crepaldi, 2017[50]	Mensurar os fatores de risco para presença de depressão e ansiedade no período gestacional.	41 estudos	Baixo e alto risco	Os fatores de risco foram relacionados a aspectos cognitivos, rede de apoio, estresse, uso de drogas ilícitas, fatores socioeconômicos e gravidez não planejada e indesejada
Silva e cols., 2017[51]	Avaliar ansiedade e os fatores associados à sua ocorrência	209 gestantes	Baixo risco e alto risco	A ansiedade se mostrou frequente nas gestantes. Saber os fatores associados se mostrou importante para intervenções durante o pré-natal
Costa e cols., 2018[49]	Verificar a presença e a associação entre diagnósticos prováveis de transtornos mentais em gestantes de baixo risco	300 gestantes	Baixo Risco	25,3% apresentaram diagnóstico provável de transtorno mental, sendo (19,3%), ansiedade/pânico.
Wu e cols., 2020[8]	Avaliar ansiedade em sendo 48 gestantes com diagnóstico de cardiopatia fetal congênita e 92 gestantes de baixo risco	140 gestantes	Baixo e alto risco	44% gestantes com diagnóstico de cardiopatia fetal apresentaram ansiedade, já as gestantes de baixo risco 26% apresentaram ansiedade
Redinger e cols., 2020[52]	Avaliar o índice de depressão e ansiedade no início (G1) e após a gestação (G2)	279 gestantes	Baixo e alto risco	O grupo G1 apresentou um índice de 15% com ansiedade e G2 com 17%.

Frente aos resultados dos estudos apresentados, é importante avaliar quais os outros fatores que podem estar associados com o risco de depressão durante o período gestacional e com diagnóstico de malformação fetal. Mostra-se relevante estudar como as gestantes buscam passar por esse momento e como fica a relação com si mesma.

3.4 Autoestima

O termo autoestima é muito utilizado na linguagem do senso comum, por isso torna-se necessário esclarecer a definição a ser utilizada neste estudo, baseada na análise do comportamento.[53,54]

Entende-se que os sentimentos de autoestima podem ser compreendidos como estados corporais associados com eventos ambientais, sociais ou físicos e não mera manifestação da mente de indivíduo. Sentimentos e comportamentos são resultados da história genética e ambiental em conjunto com a situação atual. Assim, o ambiente em que a gestante está inserida desde o início de sua vida até o momento presente irá retratar o sentimento de autoestima.[55,56]

Sampaio[57] descreve que a gravidez pode ser um momento de vulnerabilidade emocional para algumas mulheres devido a oscilações de humor e mudanças corpóreas. Costa[58] destaca que as mudanças do período gestacional podem desencadear estresse, ansiedade e baixa autoestima, que podem ser considerados fatores de risco para a DPP.

Jesse & Swanson[59] realizaram estudo incluindo 324 gestantes com gravidez única que estavam com 16-28 semanas de gestação; auto identificadas como raça ou etnia afro-americana, caucásica ou hispânica; entre 19 e 44 anos; e que falavam inglês ou espanhol. Os resultados mostraram relação entre depressão, estresse, apoio social e autoestima. A depressão foi avaliada pelo inventário BDI-II (Inventário de Depressão de Beck) e o estresse, apoio social e autoestima foram avaliados pela escala PPP (*Prenatal Psychosocial Profile*). Foi observada prevalência de 33% de sintomatologia depressiva e quase três vezes (OR 2,74) maior chance entre as gestantes que relataram baixa autoestima a

vivenciar elevados sintomas de depressão durante o período gestacional em comparação com as demais participantes, além disso, o maior nível de estresse ($p<0,01$), pouco apoio social ($p<0,01$) e baixa autoestima ($p<0,01$) apresentaram-se como fatores de risco para depressão.

Em um estudo incluindo 227 gestantes (167 atendidas em unidade básica de saúde e 60 em ambulatório pré-natal de alto risco), foram avaliados o perfil psicossocial e os fatores de risco relacionados ao estresse, autoestima e apoio social utilizando a escala PPP. O escore médio de autoestima foi de 29,2 ± 3,2, porém, sem correlação significativa entre gestação de alto risco e baixa autoestima ($p=0,882$). A baixa autoestima foi associada entre gestantes com feto único ($p=0,044$), parto cesárea ou vaginal ($p=0,036$), compilações em gestações anteriores ($p=0,027$), histórico de violência ($p=0,043$) e histórico de violência psicológica ($p=0,001$).[60]

Bortoletti, Silva e Tirado[61], descrevem que o diagnóstico de malformação pode impactar na autoestima dos pais. Ao receber a notícia da malformação, o casal pode achar que possuem algum defeito ou que são incapazes de gerar um bebê com saúde. Este impacto pode ser mais intenso na mulher, pois a mesma sente o bebê como uma extensão sua.

A autoestima pode ter impacto na vida da gestante, dificultando estratégias de enfrentamento durante essa fase, por isso, faz-se necessário desenvolver estudos que considerem este construto na avaliação de gestantes, mais especificamente nos casos que envolvem diagnóstico de malformação fetal.[61]

Poucos estudos se preocuparam em avaliar a autoestima das mulheres no período gestacional. A importância de estudar a autoestima neste período se deve ao fato de avaliar como a gestante está se relacionando com si própria e como ela percebe a própria imagem nesse período, também é importante saber o quanto se sente capaz de lidar com o período gestacional.[61]

3.5 Relacionamento Conjugal

A consolidação do relacionamento conjugal é um fator importante no estabelecimento de vínculos entre casais. Esta consolidação é uma das fases esperadas ao longo da vida e é conhecida por ser uma tarefa complexa.[45] A formação de um casal, embora seja a união de dois indivíduos, precisa ser compreendida de modo complexo, pois representa a sobreposição de dois subsistemas inteiros.[62]

Rosado & Wagner[63] realizaram revisão sistemática avaliando a qualidade dos relacionamentos amorosos, definida de forma complexa e multifacetada. Observaram que a experiência de ser um casal, está positivamente associada à melhora na saúde física, mental e profissional dos seres humanos. Destacam que uma boa qualidade conjugal está relacionada a aspectos do ciclo vital (ter filhos) e também variáveis relacionadas a história de cada um (percepção do relacionamento conjugal) e do contexto atual (emprego satisfatório e condição socioeconômica favorável).

Spanier[64] apontou que um bom ajustamento conjugal é uma consequência de processos conjugais, como o compartilhamento de ideias, resolução de conflitos e comunicação satisfatória. Com base nisso, desenvolveu o instrumento DAS (*Dyadic Adjusment Scale*), uma escala composta por quatro dimensões (coesão, consenso, afeto e satisfação) que mostram se o casal está em um relacionamento conjugal ajustado ou não ajustado.

No que se diz respeito ao relacionamento conjugal no período gestacional, Magagnin e cols.,[65] relatam em seu estudo que a transição de casal para pais é um período em que a atenção que era orientada para o casal, passa a ser orientada para a relação pais e filhos. Quando esta transição é bem-organizada o resultado é um ajustamento dos comportamentos e como consequência, boa satisfação.

Ao longo da gestação há mudanças na vivência do casal. Antes da gestação os planos de vida e os comportamentos são voltados para a vida a dois, após a descoberta da gravidez estes comportamentos passam a ser

direcionados ao filho, assim, as prioridades do relacionamento conjugal passam a assumir um novo enfoque a partir desta nova realidade.[66]

Assim, o processo da parentalidade e a transição de casal para pais, pode ser entendida como uma possibilidade da aceitação e adaptação do bebê que passou a modificar o ambiente. Contudo, dada as alterações ambientais, emocionais e físicas decorrentes da chegada do bebê, alguns casais não conseguem se relacionar de maneira harmoniosa.[67]

Para um ajustamento conjugal satisfatório, Silva[68] refere que é necessário que o casal compreenda que a preocupação e os cuidados com o bebê passarão a ser primordiais frente ao funcionamento familiar e conjugal nos momentos iniciais.

Piccinini[69] descreve em seu estudo o papel do companheiro durante a gestação. Nos dias atuais, na sociedade ocidental, há uma diferença dos papeis assumidos tradicionalmente. O pai, além do papel de provedor das necessidades da família passa a ser o suporte emocional para as mães, enquanto a mãe assume o papel de cuidadora primária.[70,71]

No estudo de Piccinini[69] com famílias brasileiras, também foi observado que o pai tem o papel de ser a principal fonte de apoio das mães. A sensação da gestante em saber que está recebendo cuidados, a auxilia para uma qualidade de vida melhor durante o período de gravido puerperal, com diminuição da probabilidade do desenvolvimento de depressão pós-parto.[72]

Mesmo para as gestantes que não possuem companheiros, mostra-se de extrema importância uma rede de apoio nesse período. A existência de apoio social durante a gestação é essencial para atenuar acontecimentos potencialmente preocupantes existentes no dia a dia, principalmente durante as transformações psicossociais e fisiológicas relacionadas com a gravidez.[33]

Dada as configurações atuais familiares, em 2016 foi criado no SUS o programa Pré-Natal do Parceiro, que surgiu com ideia de transformar as construções de papeis que, algumas vezes, ainda apontam que a

responsabilidade da reprodução e do cuidado dos filhos está associado com as mulheres e, assim, diminuem a responsabilidade dos pais nos processos de compromissos e deveres relacionados com a parentalidade.[73]

Conde & Figueiredo[74] descrevem que uma das principais preocupações dos pais durante a gravidez é a possibilidade do diagnóstico de malformação fetal. Receber essa notícia pode estar relacionado ao fim de um sonho.[14] O diagnóstico pode causar mudanças agressivas e dramáticas na expectativa dos pais. Os sentimentos de incapacidade, destruição e morte podem passar a ser presentes. Inicia-se um processo de luto pela perda do filho saudável, enquanto o casal passa a ter outras expectativas em relação a esta gestação.[75] Benute e cols.,[75] em um estudo realizado com 35 gestantes, com o diagnóstico de malformação fetal, descrevem que a reação dos casais frente ao diagnóstico pode envolver a presença de raiva, desespero e inadequação, podendo levar a alterações do sono e de alimentação, afetando a saúde do casal.

Estudo longitudinal realizado com 16 gestantes e 14 cônjuges, com o objetivo de descrever o relacionamento de casais que tiveram o diagnóstico de malformação fetal letal, mostrou que casais com maior cumplicidade no relacionamento, compartilhamento da tomada de decisões e apoio mútuo tiveram melhor desfecho após a morte fetal.[76]

No estudo de Machado[77] realizado com 10 casais que receberam o diagnóstico de malformações congênitas, foi observado que casais com relacionamento conjugal satisfatório enfrentam positivamente o diagnóstico. Também houve uma diminuição na vida social do casal, que estava relacionada com a vulnerabilidade frente a vergonha de gerar um filho malformado. No mesmo estudo foi percebido que o sentimento de culpa aparece como principal fator que interfere no relacionamento conjugal. O autor concluiu que neste período pode haver casais que se reaproximam, assim a crise é considerada uma situação de crescimento auxiliando na maturidade entre eles. E também há a possibilidade de casais que se distanciam, devido ao fato de se sentirem incapacitados diante da angústia causada pela situação.

No estudo de Benute & Gollop[78] avaliando a relação do casal após o diagnóstico de malformação fetal compatível com a vida, verificaram que em 20% dos casais que receberam o diagnóstico, o relacionamento ficou mais fortalecido devido ao diálogo constante entre eles. Em 35%, não houve mudança no relacionamento e em 45% aumentaram os conflitos e estes estavam relacionados a projeção de raiva, angústia e culpa.

Assim, a partir da mudança no contexto da gestante após a descoberta da malformação fetal é importante pensar no impacto que um diagnóstico tem sobre a vida do parceiro e também na relação conjugal do casal.

3.6 Estresse

O estresse é considerado um processo de adaptativo que mede o nível de capacidade de adaptação às adversidades, frente a uma ameaça real ou imaginária que pode afetar a integridade física ou mental do ser humano.[79]

A presença de estresse na gestação, pode ter relação com eventos específicos como náuseas, gestação não planejada, preocupação na mudança corporal por causa da gravidez, receio do parto e de diagnósticos desfavoráveis.[80]

Esper e cols.,[81] verificaram a média de cinco eventos estressores durante a gestação, índice considerado alto, principalmente relacionados com situação socioeconômica desfavorável, vivência de violência, uso de substâncias tóxicas ou ilícitas, presença de quadro depressivo, pânico e complicações na gestação.

O diagnóstico de malformação fetal provoca impacto na vida da gestante e o modo como esta recebe o diagnóstico e o tipo de prognóstico delineado, ou seja, a possibilidade ou não de realizar tratamento para o feto, pode impactar no desenvolvimento de estresse.[82]

Em Taiwan, estudo realizado com 300 gestantes, com objetivo de explorar os preditores de estresse durante gestação, avaliadas por meio do instrumento *Pregnancy Stress Rating Scale* e da EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale)*, verificaram que a depressão é fator preditivo (OR 1,08) para o nível

aumentado de estresse durante a gestação e correlação negativa entre o estresse e o apoio social, mostrando que pior apoio social é fator preditivo de maiores níveis percebidos de estresse.[83]

O estresse na gestação também pode prejudicar a saúde do binômio materno/fetal. Diego e cols.,[84] verificaram que o estresse na gestação pode ocasionar complicações no momento do parto, além de ser um fator de risco para a DPP e resultar em consequências prejudiciais para a saúde do feto, como restrição de crescimento fetal, prematuridade no parto e peso abaixo do esperado ao nascer.

Um estudo realizado por Bush e cols.,[85] que teve como objetivo avaliar a associação entre estresse pré-natal e doença infantil, avaliou 109 gestantes e seus filhos, no período pré-natal e após o nascimento. O estudo mostrou que a elevação de cada 1 ponto no estresse médio está associada a um aumento de 38% na incidência de infecções infantis (razão da taxa de incidência, 1,38; IC95%, 1,01 – 1,88; $p<0,05$) e um aumento de 53% na diversidade da doença (IRR, 1,53; IC95%, 1,25 – 1,88; $p<0,01$). O estudo concluiu que a triagem e o apoio para redução do estresse durante a gravidez podem beneficiar a saúde materna e infantil.

Um estudo realizado com 25 gestantes, com o objetivo de descrever as emoções vividas após o diagnóstico de malformação fetal e avaliar a presença e a fase de estresse em que essas gestantes se encontravam, utilizou os inventários de estresse ISSL, de ansiedade o BAI e de depressão o BDI. Os resultados mostraram que o estresse está presente na maioria das gestantes (85%) e aparece associado com depressão ($p=0,032$) e com ansiedade ($p=0,0024$). A maioria das gestantes recebeu o diagnóstico de malformação fetal no período perinatal, o que mostra que, para estas participantes, o momento em que o profissional deu a notícia esteve relacionado com a experimentação de maior ou menor sintomas de estresse.[86]

4 Método

4.1 Casuística

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, aprovado pelo comitê de ética da Instituição - CAPPesq - sob o número 41506915.5.0000.0068.

4.1.1 População alvo

Foram convidadas a participar deste estudo 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal que foram acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP no período de 2010-2020.

4.1.2 Critérios de Inclusão

- Idade superior a 18 anos;

- Ter recebido diagnóstico de malformação fetal;

- Realizar acompanhamento pré-natal no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

4.1.3 Critério de Exclusão

Foram excluídas as mulheres que não completaram o protocolo de pesquisa.

4.2 Instrumentos

- Dados sociodemográficos **(Anexo A).**

Foi realizada uma entrevista semidirigida com protocolo previamente elaborado, com o objetivo de coletar dados sociodemográficos. Durante a entrevista, o pesquisador podia interromper para fazer perguntas que esclareçam lacunas e que orientem o assunto para uma ou outra direção.

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

O PRIME-MD proporciona reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais. É composto por 5 módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência). Podem ser utilizados todos os módulos ou aqueles de particular interesse. Para este estudo, foi utilizado o Guia de Avaliação Clínica, módulo para avaliar transtornos de humor, especificamente a Depressão Maior e Transtornos de Ansiedade.

O instrumento foi traduzido para o português por Fráguas Junior e Henriques Junior[87], retraduzido para o inglês e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime – MD, Dr.Spitzer[88]. O Prime–MD demonstrou boa sensibilidade e especificidade para os grupos diagnósticos maiores, quando aplicado por médicos de serviço de atenção primária.

- *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP) – (**Anexo D**)

O instrumento consta com três escalas separadas que medem estresse, autoestima e apoio social/companheiro e foi validada para o Brasil por Weissheimer.[89] É um instrumento padronizado para a população brasileira, que tem por finalidade avaliar o perfil psicossocial de gestantes, sendo composto por 44 itens, divididos em 4 subescalas: estresse, apoio social do companheiro, apoio social recebido de outras pessoas e autoestima.

A subescala “estresse” é composta por 11 frases. As respostas são divididas em quatro grupos de pontuação de 1 a 4, os escores podem variar de 11 a 44, sendo que maiores escores significam maior estresse. A subescala de apoio do companheiro e apoio social que é composta por 22 frases, sendo que as respostas são pontuadas de 1 a 6; os escores variam de 11 a 66, sendo que maiores valores indicam maior satisfação com o apoio social recebido do companheiro e/ou de outras pessoas. A escala de apoio do companheiro foi aplicada apenas nas gestantes que, no momento da entrevista tinham um companheiro. A subescala de autoestima é composta por 11 frases, em que as respostas podem ser pontuadas de 1 a 44, sendo que maiores valores indicam maior autoestima.

- *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (**ANEXO E**)

A escala de satisfação conjugal (DAS), foi criada por Spanier[90] e validada no Brasil por Magagnin[65]. Esta escala é composta por 32 itens que buscam representar o ajustamento conjugal através das dimensões consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto, respondidos por meio de uma escala tipo Likert. O escore total da escala pode variar de 0 a 151 pontos, obtidos por meio da soma dos escores nos quatro fatores (consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto). De acordo com Spanier[90], escores iguais ou abaixo de 101 pontos são indicativos de indivíduos desajustados ou em sofrimento no relacionamento conjugal e aqueles que obtiverem 102 ou mais pontos, são classificados como ajustados.

O consenso diádico avalia a percepção do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação, tais como: financeiras, lazer, religiosas, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas, tempo gasto junto, tomadas de decisão, tarefas domésticas, tempo com lazer e decisões profissionais.

Satisfação diádica abrange a adaptação entre marido e mulher, companheirismo, intimidade afetiva, desempenho de papéis, gravidez, chegada do primeiro filho, discussão sobre o divórcio, separação, saída de casa após uma briga, confiança no parceiro, troca de beijos, felicidade do casal, futuro do casal,

compromisso para o bom desempenho do casal. A coesão diádica refere-se à união, ao desejo de manter-se unido pelos ideais. Abrange os itens: envolvimento em questões externas e internas, estimulante troca de ideias, rir juntos, discutir calmamente entre si, trabalhar juntos em um ou vários projetos. O fator expressão de afeto se manifesta através do relacionamento carinhoso, afetuoso e troca de afeto. Inclui demonstração de afeição, relações sexuais, demonstração de amor e disposição no relacionamento.

4.3 Cálculo do tamanho Amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, primeiramente, realizou-se um estudo piloto com 80 gestantes que apresentavam o diagnóstico de malformação fetal, por não haver estudos na literatura que avaliassem a associação das variáveis independentes: presença de estresse, ansiedade e ajuntamento conjugal a presença de depressão.

A partir da frequência de depressão observada no estudo piloto (15%), bem como da diferença da proporção na frequência de ansiedade entre pacientes com depressão (71,4%) e sem depressão (15,2%), do escore médio do ajustamento entre as gestantes diagnosticadas com depressão (26.10 ± 4.95) e sem depressão (33.96 ± 5.4) e do escore médio do estresse dentre as gestantes diagnosticadas com depressão (26.00 ± 6.76) e sem depressão (16.62 ± 5.22), foi calculada a amostra necessária, considerando alfa de 5% e um poder de 80% (β – 1), magnitude do efeito de 2.5, para uma hipótese bicaudal; assim estimou-se um tamanho amostral mínimo de 52 gestantes com o desfecho.

4.4 Procedimentos

Todas as gestantes que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As gestantes convidadas encontravam-se aguardando consulta de pré-natal no ambulatório de medicina fetal, configurando amostra não probabilística por conveniência. A partir de

então, foram coletados dados sociodemográficos e foram realizadas as entrevistas. Este procedimento para a coleta de dados teve duração aproximada de 1h30 e a aplicação dos instrumentos seguiu a ordem disposta no item instrumentos. Os instrumentos foram aplicados por duas psicólogas, devidamente treinadas, do programa de pós-graduação de obstetrícia.

Não houve nenhum protocolo excluído, pois, todas as gestantes convidadas completaram a pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Trata-se de um estudo quantitativo. Os resultados foram apresentados na forma de médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos, frequências absolutas e relativas. Para a análise das tabelas de associação, foi utilizado o teste do Qui-quadrado, aplicando-se a correção de Yates para continuidade. Nas situações em que o teste de qui-quadrado não pôde ser aplicado, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para comparações entre as variáveis contínuas foi testada a aderência a curva normal pelo teste do Smirnov-Komolgorov, e como os dados não apresentaram normalidade, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. Foi adotado como nível de significância o valor 0,05 (alfa=5%). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes ($p<0,05$)

Foram realizados os modelos de regressão logística binário e múltiplo para estimar as *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para a modelagem múltipla, foram consideradas as varáveis com p significativas e aquelas com valor de $p<0,20$. A técnica de inserção das variáveis na modelagem considerou do menor ao maior valor de p. Foi considerado como melhor modelo aquele que apresentou ajuste da OR e do IC95%, e boa qualidade do modelo pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS for Windows versão 16.0.

4.6 Ética

Este estudo encontra-se inserido no projeto de pesquisa intitulado Coorte de pacientes gestantes de fetos com malformação fetal. O estudo bem como o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional sob o número 41506915.5.0000.0068 **(anexos F e G).**

5 Resultados

Nesse estudo foram incluídas 115 gestantes, sendo que 24 (20,9%) apresentaram diagnóstico de depressão; 30 (26,1%) diagnóstico de ansiedade; 56 (48,7%) apresentaram baixa autoestima; 41 (35,7%) baixa satisfação com apoio social do companheiro; 43 (37,4%) baixa satisfação com o apoio de outras pessoas e 31 (26,9%) apresentaram relacionamento conjugal desajustado.

A tabela 3 apresenta a caracterização geral da população estudada, distribuição dos dados sócio demográficos, tipo de malformação fetal, presença de comorbidade materna e histórico de psicopatologia e problema de saúde mental das gestantes.

Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com dados sociodemográficos e características da amostra estudada - 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.

Categorias	Variáveis	N	%
Estado civil	Casado/amasiado	96	83,5
	Solteiro	19	16,5
Escolaridade	Fundamental completo	28	24,3
	Médio completo	63	54,8
	Superior completo	24	20,9
Praticante de religião	Sim	69	60
	Não	28	24,5
	Não possui religião	18	15,7
Trabalha atualmente	Sim	53	46,1
	Não	62	53,9
Diagnóstico de Malformação Fetal	Cardiopatia	28	24,3
	Malformação do Sistema nervoso central	26	22,6
	Malformações do tronco	24	20,9
	Alteração cromossômica	12	10,4
	Malformações múltiplas	9	7,8
	Sistema Excretor	6	5,2
	Anomalia pulmonar	4	3,5
	Isomunização	3	2,6
	Transfusão feto fetal	3	2,6
Doença materna	Sim	31	27,0
	Não	84	73,1
Psicolpatologia prévia	Sim	11	9,6
	Não	104	90,4
Uso de medicação psiquiátrica atual	Sim	1	0,9
	Não	114	90,1
Problema de saúde mental em algum momento da vida	Sim	20	17,4
	Não	95	82,6
Problema de saúde mental atual	Sim	7	6,1
	Não	108	93,9

As variáveis idade, renda familiar, tempo de relacionamento, número de gestações anteriores e semana gestacional estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade, renda familiar, tempo de relacionamento gestações anteriores e semana gestacional -115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.

Variável	N	Média ± dp	Mediana (Min - Máx)
Idade	115	29,23 ± 6,90	30 (18 – 44)
Renda familiar (R$)	101	2.875,04 ± 2.788,86	2200,00 (500 – 20.000)
Tempo de relacionamento (meses)	109	84,1 ± 75,7	60 (4 – 312)
Gestações	115	2,2 ± 1,3	2 (1 – 6)
Semana Gestacional	115	30,9 ± 5,7	32 (3 – 39)

Não foram constatadas diferenças significativas entre as frequências de ocorrências do diagnóstico de depressão associados com variáveis categóricas relacionadas com dados sociodemográficos. Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre dados sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.

Variáveis	Categorias	Depressão				*P*
		Ausência (n=91)		Presença (n=24)		
		N	%	N	%	
Parceiro fixo	Sim	18	75,0	78	85,7	0,224**
	Não	6	25,0	13	14,3	
Escolaridade	Fundamental completo	8	28.6	20	71.4	0,150*
	Médio completo	14	22.2	49	77.8	
	Superior completo	2	8.3	22	91,7	
Trabalho remunerado	Sim	10	41.7	43	47.3	0,625**
	Não	14	58.3	48	52.7	
Religião	Sim	16	66,73	53	58,2	0,454**
	Não	8	33,3	38	41,8	

Fisher's exacts test; **Pearson Chi-Square

Não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis idade, renda familiar e gestações anteriores de acordo com a presença e ausência do diagnóstico de depressão. Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos dados de acordo com média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis idade, renda familiar, gestações anteriores em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019

Variáveis	n	Depressão				*P*
		Ausência (n=91)		Presença (n=24)		
		Média ± dp	Mediana (Min-Máx)	Média ± dp	Mediana (Min-Máx)	
Idade	115	29,05 ± 6.97	30 (18-44)	29,75 ± 7,04	30,5 (18-41)	0,610
Renda familiar	101	3.049,74 ± 3.053,14	2.200 (500-20.000)	2.209,52 ± 1.216,92	1.700 (900-5.000)	0,331
Gestações anteriores	115	2,14 ± 1,25	2 (1-6)	2,5 ± 1,44	2 (1-6)	0,209

Foram realizados testes para a verificação das diferenças de frequências de ocorrências entre depressão e o histórico gestacional, o histórico de psicopatologia e o problema de saúde mental nas gestantes entrevistadas.

Foi encontrada diferença significativa entre as frequências de depressão e psicopatologia prévia (*p*=0,05) e entre depressão e problema de saúde mental atual (*p*=0,004), conforme apresentados na tabela 7.

Tabela 7: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre depressão, complicação em gestações anteriores, psicopatologia prévia, problema prévio de saúde mental e Problema de saúde mental atual em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019

Variáveis	Categorias	Depressão				*P*
		Ausência (n=91)		Presença (n=24)		
		N	%	N	%	
Psicopatologia prévia	Sim	6	6,6	5	20,8	**0,05***
	Não	85	93,4	19	79,2	
Problema prévio de saúde mental	Sim	17	18,7	3	12,5	0,562*
	Não	74	81,3	21	87,5	
Problema de saúde mental atual	Sim	2	2,2	5	20,8	**0,004***
	Não	89	97,8	19	79,2	
Complicação em gestação anterior	Sim	15	16.5	5	20,8	0,762*
	Não	76	83,5	19	79,2	

Fisher's exacts test

Na associação entre o diagnóstico de depressão e presença de ansiedade, estresse, autoestima, apoio do parceiro, apoio de outras pessoas e

ajustamento conjugal, constou-se diferença significativa entre as frequências de diagnóstico de depressão e as variáveis: presença de ansiedade (*p*<0,001), presença de estresse (*p*<0,001), presença de autoestima (*p*= 0,005) e ajustamento conjugal (*p*=0,019) conforme descrito na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição dos dados de acordo com a associação entre o diagnóstico de depressão e diagnóstico de ansiedade, presença de estresse, satisfação no apoio social com o parceiro e apoio social com outras pessoas, presença de autoestima e ajustamento conjugal, em 115 gestantes com diagnóstico de malformação fetal – HCFMUSP, 2018-2019.

Variáveis	**Categorias**	**Depressão**				***P***
		Ausência (n=91)		**Presença (n=24)**		
		N	**%**	**N**	**%**	
Diagnóstico de ansiedade	Sim	13	14,3	17	70,8	**<0,001**
	Não	78	85,7	7	29,2	
Presença de estresse	Sim (>= 18.5)	29	31,9	21	87,5	**<0,001**
	Não (<=18.5)	62	68,1	3	12,5	
Presença de autoestima	Sim (>= 33.4)	53	58,2	6	25	**0,005**
	Não (<33.4)	38	41,8	18	75	
Satisfação apoio social do companheiro	Sim (>=56.2)	57	66,3	11	47,8	0,145
	Não (<56.2)	29	33,7	12	52,2	
Satisfação apoio sócia de outras pessoas	Sim (>53.7)	59	64.8	13	54.2	0,352
	não<= 53.7	32	35,2	11	45,8	
Ajustamento conjugal	Ajustados >=102	71	78	13	54,2	**0,019**
	Não ajustados<=101	20	22	11	45,8	

Foi realizada regressão logística entre depressão e as variáveis deste estudo. Constatou-se que as gestantes que afirmaram ter Psicolpatologia prévia apresentaram uma chance 3,7 vezes maior para ter depressão (OR3,728; IC95% 1,03 – 13,50; *p*=0,045), quando comparadas com aquelas que não realizaram este acompanhamento.

Observou-se que as pacientes que apresentaram algum problema prévio de saúde mental e que estavam realizando acompanhamento psicológico no momento da entrevista apresentaram uma chance 11,7 vezes maior (OR 11,711; IC95% 2,11 – 64,94; *p*=0,005) de depressão. Para o diagnóstico de ansiedade obteve-se OR 14,571 (IC95% 5,06 – 41,98; *p*<0,001); presença de estresse OR 14,966 (IC95% 4,13 – 5423; *p*<0,001); autoestima OR 4,184 (IC95% 1,52 –

11,53; *p*=0,006) e satisfação conjugal OR 3,004 (IC95% 17 – 7,72; *p*=0,022). Tabela 9.

Tabela 9: Análise de regressão logística binária univariada entre depressão e as variáveis preditoras do estudo – HCFMUSP, 2018-2019.

Variáveis		OR	IC 95%		*P*
			Inferior	Superior	
Parceiro		2,00	0,67	5,98	0,215
Escolaridade*	**Fundamental completo**	4,400	0,83	23,22	0,081
	Médio completo	3,143	0,66	15,03	0,151
Religião		1,057	0,30	3,67	0,619
Complicação gestação Anterior		1,333	0,43	4,13	0,618
Psicopatologia prévia		3,728	1,03	13,50	**0,045**
Problema prévio de saúde mental		0,622	0,17	2,33	0,480
Problema de saúde mental atual		11,711	2,11	64,94	**0,005**
Diagnóstico de ansiedade		14,571	5,06	41,98	**<0,001**
Presença de estresse		14,966	4,13	54,23	**<0,001**
Satisfação apoio social do companheiro		2,144	0,84	5,45	0,109
Satisfação apoio social de outras pessoas		1,560	0,63	3,88	0,339
Presença de autoestima		4,184	1,52	11,53	**0,006**
Satisfação conjugal		3,004	1,17	7,72	**0,022**

**** Para escolaridade a categoria superior completa foi utilizada como referência***

Foi realizada modelagem múltipla a partir de todas as variáveis que apresentaram significância estatística (*p*<0,20) na regressão logística univariada. Foi constatado que o diagnóstico de ansiedade se mostrou fator independente ($OR_{ajustada}$= 9,2 [IC95% 9,2 – 9,2; *p*<0,001]) associado com depressão; bem como a presença de estresse com uma $OR_{ajustada}$= 9,414 (IC95% 2,370 – 37,399; *p*=0,001), ajustado pela variável “psicopatologia prévia”. Tabela 10.

Tabela 10: Modelo de modelagem múltipla entre variáveis que apresentaram significância estatística na regressão logística – HCFMUSP, 2018-2019.

Variáveis	OR(ajustada)	IC 95%		P
		Inferior	Superior	
Diagnóstico de ansiedade	9,200	9,200	9,200	**<0,001**
Presença de estresse	9,414	2,370	37,399	**0,001**
Psicopatologia prévia	2,634	0,501	13,859	0,253

6 Discussão

Este estudo procurou entender quais variáveis encontram-se associadas à depressão em gestantes que tiveram o diagnóstico de malformação fetal. Na avaliação realizada foi identificado índice de 20,9% de depressão. São escassos os estudos que avaliaram a depressão em gestantes com malformação fetal quando comparados com estudos sobre gestantes em geral, no entanto, entre estes estudos foram encontrados índices que variaram entre 14,85%, 30,3% e 62% de depressão.[34,35,38] Deste modo, a amplitude para depressão foi de 14,85% a 62%, denotando que os dados obtidos neste estudo encontram-se alinhados coma faixa delimitada na literatura.[34]

O processo de depressão pode ser compreendido como um conjunto complexo de comportamentos. O diagnóstico de malformação fetal, combinado com a falta de repertório para o enfretamento da situação de crise desencadeada pelas alterações abruptas do processo gestação, pode-se esperar que o humor depressivo pode ocorrer como um subproduto desta condição.[91]

Constatou-se que um dos fatores de risco para depressão foi o Psicolpatologia prévia (tabela 7). Este estudo mostrou que essas gestantes têm 3,7 maior chance para a presença de depressão (OR 3,7 – tabela 9) quando comparadas com as gestantes que não tiveram acompanhamento psiquiátrico. Esse fator de risco também aparece descrito na literatura nacional e internacional.[92,93]

Este resultado nos mostra a importância da atenção no pré-natal para existência de depressão prévia ao período gestacional e encaminhamento adequado, pois a recorrência da depressão aparece descrita na literatura como um evento que tem 50% de chance de ocorrer.[94] Os sintomas de depressão, mesmo para aqueles pacientes que realizaram manutenção com remédios, reaparecem com índices que podem variar de 9 a 57%.[95]

A recorrência de episódios de depressão maior, vem sendo alvo de preocupação e investigação devido ao seu alto índice, a prevenção desta recorrência é investigada tanto com tratamentos medicamentosos como com

psicoterapia.[96] Isso pode nos mostrar a importância da necessidade de acompanhamento e tratamento adequado bem como investigação na triagem do pré-natal com estas gestantes.

Outro fator de risco para a depressão foi o Problema de saúde mental atual (no momento da entrevista) (tabela 7). Gestantes que realizam acompanhamento psicológico no momento da entrevista mostram uma chance 11,7 vezes maior para depressão. Esse resultado pode mostrar que parte das gestantes entrevistadas, mesmo com sintomas de depressão, já apresentam uma consciência da importância de um acompanhamento especializado em saúde mental, que tenha o propósito de auxiliá-las a desenvolver estratégias de enfrentamento que possam promover melhor qualidade de vida e melhoras dos sintomas psiquiátricos, como depressão. A realização desse acompanhamento durante a gestação também pode contribuir para prevenção de complicações no processo da própria gestação e de possíveis patologias, como intercorrências no parto e puerpério e/ou parto prematuro.[97]

A ansiedade também aparece como um fator associado com a depressão. Neste estudo, entre as pacientes com depressão durante a gestação, 70,8% delas apresentaram sintomas de ansiedade (tabela 8), com uma chance 14,5 vezes maior para depressão. Apesar da ansiedade e da depressão serem geralmente conceitualizadas como transtornos independentes, elas podem ser altamente comórbidas. Os sintomas de ansiedade podem ser encontrados em cerca de 50% a 80% das pessoas que receberam diagnóstico de depressão.[98]

Sintomas como fadiga, alteração no sono, irritabilidade e déficit na concentração costumam a se sobrepor entre si e com isso, podem confundir o diagnóstico entre depressão e ansiedade.[99] Coryell, Fiedorowicz e Solomon[100] concluíram em seu estudo que pacientes com o diagnóstico de depressão acompanhados pela presença de ansiedade podem desenvolver aumento dos episódios depressivos, além de maior duração da depressão.

Na gestação de alto risco a ansiedade pode estar associada a eventos de perda, frustração, medo e fracasso.[101]

O medo é o sentimento produzido pela percepção de um perigo presente ou eminente, já a ansiedade é um sentimento produzido pela incerteza de que o perigo exista.[102] Neste estudo, foi possível perceber que há pacientes que presenciam ambos os sentimentos, pois muitas delas recebem o diagnóstico de malformação fetal juntamente o risco de morte ou casos onde o diagnóstico de malformação fetal vem com o diagnóstico da possibilidade de tratamentos com maior probabilidade de sobrevida.

Além da ansiedade, também foi possível perceber que as gestantes com depressão apresentam maior estresse quando comparadas com o grupo sem depressão (tabela 8). Esse resultado também aparece em outros três estudos que também avaliaram a presença de depressão e estresse. O primeiro estudo realizado nos EUA, investigou 101 gestantes e encontrou que a presença de estresse era fator preditivo da presença de depressão.[103]

O segundo estudo realizado em Taiwan, avaliando 300 gestantes, observou correlação positiva (p<0,001) entre a presença de estresse e a presença de sintomatologia depressiva, com um *Odds Ratio* (OR) de 1,08, indicando que mulheres com aumento de 1 ponto no estresse psicológico enfrentaram um risco 1,08 vezes maior de depressão pré-natal.[83]

Da mesma forma, o terceiro estudo de Woods e cols.,[80] apontaram que, mulheres americanas com diagnóstico de depressão maior ou menor tinham 9,6 vezes maior chance de serem diagnosticadas com alto estresse ao longo da gravidez quando comparadas com mulheres sem diagnóstico de depressão. Uma vez que foi encontrada associação entre depressão e estresse, os autores sugerem uma maior investigação nessa área. Também discutem que, como a depressão pode ser passível de intervenção durante a gravidez, pesquisas futuras podem incorporar essa variável em um modelo de suporte de gerenciamento do estresse na gravidez.

O mecanismo da resposta de estresse a situações vividas na gestação pode estar relacionado em como a gestante percebe as demandas desse processo e como planeja as possibilidades de ação. Os comportamentos frente a esta situação podem depender da relação entre fatores comportamentais,

cognitivos e fisiológicos. Os aspectos cognitivos estão relacionados ao modo como as gestantes avaliam as situações para realizar uma ação. Neste mesmo aspecto o comportamento é avaliado frente a percepção do risco, possibilitando que a gestante tenha comportamentos de defesa ou de busca para solução. Essa solução está diretamente relacionada com a história de vida das gestantes, sendo assim, os comportamentos não serão pautados na situação real, mas sim em experiências prévias.[104]

Em nosso estudo, foi observado que o grupo de gestantes com depressão tem menor autoestima, quando comparadas com o grupo sem depressão (tabela 8). Esse resultado também aparece em um estudo realizado nos EUA, onde gestantes com baixa autoestima eram 3 vezes mais propensas a ter sintomatologia depressiva. Mesmo os valores sendo diferentes entre os grupos, percebe-se que ambos pontuaram um número considerável, esse alto índice de baixa autoestima pode estar relacionado com o diagnóstico de malformação fetal.[59]

A literatura mostra que a depressão pode ocorrer devido ao fato da malformação fetal afetar diretamente a autoestima dos pais, que podem sentir que possuem algum “defeito” ou que não são capazes de gerar um bebê saudável, e que isso pode ser mais agudo nas gestantes, uma vez que ela sentem que a criança é uma extensão sua.[61]

A autoestima também pode estar relacionada com a noção que a gestante tem de si mesma e até mesmo de seus valores e julgamentos sobre suas próprias ações. Essa noção de si mesma é construída ao longo da vida e também é influenciada pelo contexto em que foi inserida e pelas vivências por que passou.[55,56] Além disso, situações de vulnerabilidade, baixa renda e falta de estudo podem comprometer a autoestima dos indivíduos.[105]

Receber apoio neste momento pode ser fundamental, e, em nosso estudo, o grupo das gestantes com depressão apresentaram uma satisfação com companheiro mais baixa, quando comparadas com o grupo sem depressão (tabela 8) o mesmo resultado se dá para o ajustamento conjugal. A relação entre apoio do companheiro e o diagnóstico de depressão encontram-se associados,

o mesmo ocorrendo em relação aos resultados da insatisfação da gestante com o apoio recebido do parceiro. A presença do companheiro durante as consultas de pré-natal transmite sentimento de segurança e afeto a mulher, assim como o incentivo na continuidade do acompanhamento.[106]

Nesse estudo, gestantes com depressão mostraram um apoio social/familiar menor do que as gestantes sem depressão (tabela 8). Esse resultado também aparece em outros estudos apresentados na literatura. Um estudo Italiano que avaliou 404 gestantes, mostrou que mulheres que apresentaram sintomas depressivos relataram uma frequência significativamente maior de eventos de vida estressores e baixo apoio social.[107] De modo geral o suporte familiar/social também pode ser considerado como um fator de proteção da saúde mental da gestante e essa rede de apoio apresenta uma função favorável para auxilia-las a elaborar métodos de enfretamento.[108]

O apoio do companheiro, a boa relação conjugal e o apoio social são necessários para um melhor suporte para a gestante durante o período da gestação, pois, além de estarem relacionados com a sintomatologia depressiva, existe associação entre a falta de apoio social e a baixa autoestima.[60,109]

A gestação em si é uma fase de mudanças para a mulher, bem como a chegada de um filho traz mudanças para o casal. Quando esse momento é agravado pela notícia do diagnóstico de malformação fetal, essa gestante e seu companheiro precisam receber apoio de uma base familiar e ou social e também da equipe de saúde.

Este estudo constatou que a baixa autoestima, o aumento dos níveis de estresse, a falta de apoio social, a presença de ansiedade e o relacionamento conjugal desajustado estão associados com a presença de depressão. Desde modo, as recomendações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* para que os profissionais envolvidos no cuidado da gestante, examinem as pacientes pelo menos uma vez durante o período perinatal para identificar se há sintomas de depressão e ansiedade, tornam-se ainda mais relevantes, uma vez que outras questões de saúde mental se associam à presença de depressão.[30]

Caso a paciente seja diagnosticada com sintomas de depressão e ansiedade no pré-natal, é recomendado que uma triagem adicional ocorra durante a consulta de pós-parto. Destaca-se que o rastreamento por si só pode ter benefícios clínicos, embora o início do tratamento ou o encaminhamento para profissionais de saúde mental ofereçam o benefício máximo.

7 Conclusão

Este estudo constatou a presença de depressão em 20,9%; presença de ansiedade em 26,1%; baixa autoestima em 48,7%; baixa satisfação com apoio social do companheiro em 40,9%; baixa satisfação com o apoio de outras pessoas em 37,4% e ausência de relacionamento conjugal ajustado em 27% das gestantes com diagnóstico de malformação fetal.

O diagnóstico de depressão apresentou associação significativa com a presença de ansiedade, presença de estresse, baixa autoestima e ausência de relacionamento conjugal ajustado.

Quando avaliado o risco, observou-se que as mulheres que apresentaram depressão tiveram 14,571 vezes maior chance para presença de ansiedade; 14,966 vezes maior chance para presença de estresse; 4,184 vezes maior chance para baixa autoestima e 3,004 vezes maior chance para ausência de ajustamento conjugal.

Estes dados revelam a necessidade de avaliação e acompanhamento das gestantes com o diagnóstico de malformação fetal, visando a preservação da sua saúde mental.

8 Anexos

8.1 ANEXO A

Dados sociodemográficos e Entrevista semi-dirigida

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevista nº: _____ Nº do Protocolo: _____
Nome:_____RGHC:_____Idade:_____
Telefone:_____Naturalidade:_____Escolaridade:_____
Estado civil: ☐ solteira sem namorado ☐solteira com namorado ☐ casada ☐ amasiada ☐ divorciada ☐ viúva
Nome do marido/parceiro:_____Idade:_____
Tempo de relacionamento:_____
Mora com quem?_____
Data de nascimento: _____/_____/_____

I. Financeiro

Ocupação: _____ Renda Pessoal:_____

Renda Familiar:_____ Quanta pessoas vivem com essa renda?_____

II. Crença

Religião: ☐ Não tem ☐ Católica ☐ Espirita/ kardecista ☐ Budista ☐ Mormom ☐ Protestante ☐ Evangélica ☐ Outras: _____Praticante ☐ sim ☐ não

III. Gestação

Paciente: ☐ gestante ☐ puérpera ☐ outros Semanas gestacionais_____
Número de gestações _____ Número de partos_____ N° filhos vivos_____
Quantos partos vaginais? _____ Quantas cesáreas? _____Fórceps? _____
Complicações nas gestações anteriores? ( ) sim ( ) não
Qual(is)?_____

Gestação desejada

☐ por você ☐ pelo pai do bebê ☐ pelos dois ☐ nenhum dos 2 ☐desconhecido

IV. Aborto

Espontâneo ☐ sim ☐ não Quantos? _____ Natimorto ☐ sim ☐ não Quantos? _
Provocado ☐ sim ☐ não Quantos? _____ Neomorto ☐ sim ☐ não Quantos? _

V. Encaminhamento

Ambulatório: ☐ Medicina Fetal ☐ GAI

VI. Atendimento

Diagnóstico materno: _____
Diagnóstico do feto _____
Tempo de tratamento no ambulatotório do HC (em meses):_____
Acompanhamento psiquiátrico anterior? ☐ sim ☐ não Por que?_____ Há quanto tempo? _____
Acompanhamento psiquiátrico atual? ☐ sim ☐ não Por que?_____
Há quanto tempo? _____
Faz uso de alguma medicação psiquiátrica momento? ☐ sim ☐ não Há quanto tempo? _____
Quais?_____
Acompanhamento psicológico anterior? ☐ sim ☐ não Por que?_____
Há quanto tempo? _____
Problema de saúde mental atual? ☐ sim ☐ não Por que?_____
Há quanto tempo? _____

8.2 PRIME (ANEXO B)

MÓDULO DE HUMOR		
Depressão Maior Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias?		
Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?	**Sim**	**Não**
Sentir-se cansada ou tendo pouca energia?	**Sim**	**Não**
Pouco apetite ou comendo demais?	**Sim**	**Não**
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	**Sim**	**Não**
Sentindo-se “para baixo”, deprimida ou sem esperanças?	**Sim**	**Não**
Sentindo-se mal em relação a você mesma -- ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família “para baixo”?	**Sim**	**Não**
Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	**Sim**	**Não**
Estar o mais inquieta ou irrequieta do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto **-** movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	**Sim**	**Não**
Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? **Se Sim, (anote abaixo)**: Fale-me à respeito.	**Sim**	**Não**
). Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	**Sim**	**Não**

8.3 PRIME-MD – ANSIEDADE (ANEXO C)

Questões	Sim	Não
teve crise de ansiedade no último mês?		**vá para 33**
18. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês. Isso já aconteceu antes?		**vá para 33**
19. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere?		**vá para 33**
20. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você?		**vá para 33**
Pense na em sua última crise realmente intensa		
21. Você teve falta de ar?		
22. Seu coração acelerou, deu um pulo, teve batedeira ou palpitação?		
23. Você teve dor ou pressão no peito?		
24.Você suou?		
25. Você sentiu como se estivesse se sufocando?		
26. Você teve ondas de calor ou calafrios?		
27. Você teve náuseas ou desconforto no estômago, ou a sensação de que teria uma diarréia?		
28. Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar?		
29. Você teve formigamento ou dormência em partes do corpo?		
30. Você teve tremores ou abalos?		
31. Você ficou com medo de morrer?		
32. Quatro ou mais de 21 à 31 assinalados?	**Pânico**	**TASOE**
ANSIEDADE GENERALIZADA		
33. Você tem se sentido nervoso, ansioso ou inquieto na maioria dos dias no último mês?		**Vá para 44**
Durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por alguns desses problemas?		
34. Sentindo-se inquieto que é difícil ficar parado?		
35. Cansando-se facilmente?		
36. Músculos com tensão ou dor ou doloridos?		
37. Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo?		
38. Dificuldade para se concentrar nas coisas tais como ler um livro ou assistir tv?		
39. Ficar incomodado ou irritado facilmente?		
40. Há 3 ou mais assinalados de 34 a 39?	**Continue**	**Vá para 44**
41. No último mês esses problemas o dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?		**TASOE-45**
42. Nos últimos 6 meses você tem estados muito preocupado com diversas coisas?		**TSOE-45**
43. Quando você está preocupado desse jeito, você descobre que não consegue parar?	**TAG-45**	**TSOE-45**
44. Foram diagnosticados Transtorno do Pânico ou Transtorno de Ansiedade SOE?		**Finalizar**
ANSIEDADE DEVIDO À DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRA DROGA		
45. Os sintomas de ansiedade atuais provavelmente são devidos aos efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?	**Adic. R/O TA devido a doença, medicação ou outra droga**	**saída**

8.4 ANEXO D

Versão final em português do *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP-VP)

Número: _____

Nome paciente: _____

Data Nascimento: _____RGHC_____

PERFIL PSICOSOCIAL NO PRÉ-NATAL (PPP)

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

Avaliação do Estresse

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

(1) nenhum estresse **(2)** algum estresse

(3) estresse moderado **(4)** estresse intenso

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

	nenhum	**algum**	**moderado**	**intenso**
A. Preocupações financeiras (por exemplo: alimentação, moradia, saúde, transporte).	1	2	3	4
B. Outras preocupações com dinheiro (por exemplo: contas, etc).	1	2	3	4
C. Problemas relacionados à família (companheiro, filhos, etc).	1	2	3	4
D. Ter de mudar de endereço, mesmo que tenha sido recentemente ou que acontecerá no futuro.	1	2	3	4
E. Perda recente de alguém especial.	1	2	3	4
F. Gestação atual.	1	2	3	4
G. Estar sofrendoviolência/abuso: sexual, emocional, ou física.	1	2	3	4
H. Problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4
I. Problemas no trabalho (por exemplo: ter sido despedida, etc).	1	2	3	4
J. Problemas relacionados aos amigos.	1	2	3	4
K. Sentir-se geralmente sobrecarregada.	1	2	3	4

8.5 ANEXO E

Prenatal Psychosocial Profile
PPP-VP

Avaliação do Estresse

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

(1) nenhum estresse **(2)** algum estresse

(3) estresse moderado **(4)** estresse intenso

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

	nenhum	algum	moderado	intenso
A. Preocupações financeiras (por exemplo: alimentação, moradia, saúde, transporte).	1	2	3	4
B. Outras preocupações com dinheiro (por exemplo: contas, etc).	1	2	3	4
C. Problemas relacionados à família (companheiro, filhos, etc).	1	2	3	4
D. Ter de mudar de endereço, mesmo que tenha sido recentemente ou que acontecerá no futuro.	1	2	3	4
E. Perda recente de alguém especial.	1	2	3	4
F. Gestação atual.	1	2	3	4
G. Estar sofrendoviolência/abuso: sexual, emocional, ou física.	1	2	3	4
H. Problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4
I. Problemas no trabalho (por exemplo: ter sido despedida, etc).	1	2	3	4
J. Problemas relacionados aos amigos.	1	2	3	4
K. Sentir-se geralmente sobrecarregada.	1	2	3	4

Avaliação do apoio de companheiro e de outras pessoas

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

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

As frases abaixo descrevem vários tipos de apoio. Em uma escala de l a 6, com o número l correspondendo a **'muito insatisfeita**[9] e o número 6 correspondendo a **'muito satisfeita',** solicito que você marque na tabela o número que corresponde a quanto você se sente satisfeita com o apoio que recebe do seu **companheiro.**

Apoio do companheiro:

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

Avaliação da autoestima

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

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

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

DAS - Anexo E

Muitas pessoas têm desacordos em seus relacionamentos. Por favor, indique o grau aproximado de acordo ou desacordo entre você e seu / sua parceiro(a) da seguinte lista, colocando um X. Coloque um X em apenas uma resposta por questão.

	Concordam os sempre	**Concordamos na maioria do tempo**	**Discordamos ocasionalmente**	**Discordamos frequentemente**	**Discordamos na maioria do tempo**	**Discordamos sempre**
1. Administração das finanças da família						
2. Assuntos de recreação						
3. Assuntos religiosos						
4. Demonstração de afeição						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Comportamento correto ou apropriado						
8. Filosofia de vida						
9. Em relação a negócios com parentes						
10. Propósitos, metas e coisas importantes						
11. Quantidade de tempo gastos juntos						
12. Tomada de decisões importantes						
13. Tarefas domésticas						
14. Atividades e tempo de lazer						
15. Decisões profissionais						

	Todo tempo	**A maioria do tempo**	**Mais frequente do que não**	**Ocasionalmente**	**Raramente**	**Nunca**
16. Quantas vezes vocês têm discutido ou considerado o divórcio, separação ou término do seu relacionamento?						
17. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) saem de casa após uma briga?						
18. Em geral, quantas vezes você pensa que as coisas entre você e seu (sua) parceiro(a) estão indo bem?						
19. Você confia em seu (sua) parceiro(a)?						
20. você se arrepende de ter casado (ou ir viver junto)?						
21. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) brigam?						

22. Quantas vezes você e seu (sua) parceiro(a) irritam um ao outro?						
23. Você beija seu (sua) parceiro(a)	**Todo dia**	**Na maioria dos dias**	**Ocasionalmente**	**Raramente**	**Nunca**	**--------**
24. Você e seu (sua) parceiro(a) envolvem-se em interesses externos juntos?	**Todos eles**	**A maioria deles**	**Alguns deles**	**Poucos deles**	**Nenhum deles**	**--------**

Quantas vezes você diria que os seguintes eventos ocorrem entre você e seu (sua) parceiro(a)?

	Nunca	**Menos que uma vez por mês**	**Algumas vezes por mês**	**Algumas vezes por semana**	**Uma vez ao dia**	**Mais frequentemente**
25. Tem uma estimulante troca de ideias						
26. Riem juntos						
27. Calmamente discutem alguma coisa						
28. Trabalham juntos em um projeto						

Existem algumas coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique se os itens abaixo causaram diferenças de opiniões ou foram problemas em seu relacionamento durante as semanas passadas recentes (Responda SIM ou NÃO).

	SIM	NÃO
29. Estar cansado demais para relações sexuais		
30. Não demonstrar amor		

31. Os pontos abaixo representam diferentes graus de felicidade em seu relacionamento. O ponto médio "feliz" representa o grau de felicidade da maioria dos relacionamentos. Por favor, indique o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas de seu relacionamento.

Extremamente infeliz	Razoavelmente infeliz	Um pouco infeliz	Feliz	Muito feliz	Extremamente feliz	Perfeito

32. Qual das afirmações seguintes melhor descreve como você se sente sobre o futuro do seu relacionamento?

	Quero desesperadamente que meu relacionamento dê certo e faria quase tudo para que assim seja.
	Quero muito que meu relacionamento dê certo e farei tudo o que eu puder para que assim seja.
	Quero muito que meu relacionamento dê certo e farei a minha parte (o que estiver ao meu alcance) para que assim seja.
	Seria bom se meu relacionamento desse certo, mas não posso fazer mais do que eu faço atualmente para mantê-lo.
	Seria bom se meu relacionamento desse certo,, mas me recuso a fazer mais do que já faço atualmente para mantê-lo.
	Meu relacionamento nunca dará certo e não há nada mais que eu possa fazer para mantê-lo.

8.6 ANEXO F

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COORTE DE PACIENTES GESTANTES DE FETOS COM MALFORMAÇÃO
Pesquisador: Lisandra Stein Bernardes
Área Temática:
Versão: 5
CAAE: 41506915.5.0000.0068
Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.133.306

Apresentação do Projeto:
Estudo descritivo em uma coorte de gestantes com fetos com malformações. Serão acompanhadas as pacientes gestantes atendidas no Ambulatório de Pré-Natal da Medicina Fetal da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com diagnóstico ultrassonográfico de malformação fetal e que necessitem de programação para o parto. Serão incluídas no estudo 240 gestantes com os seguintes critérios: •Diagnóstico ultrassonográfico de malformação fetal com necessidade de nascimento em centro terciário para programação de intervenção e acompanhamento pós-natal; •Acompanhamento pré-natal e parto no HCFMUSP; •Gestantes que concordarem em participar do estudo através de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão descritas as taxas de complicações durante o Pré-Natal e o parto dessas gestantes. A análise e descrição dos resultados obtidos visam à melhor atenção nos cuidados pré-natais e aumento da expectativa de vida pós-natal.
A emenda visa a incluir a avaliação da condição emocional da gestante após o diagnóstico de malformação fetal no período pré-natal e no pós-parto. Serão acrescentados questionários para esta avaliação.
ESTA É A RESPOSTA DOS PESQUISADORES AOS QUESTIONAMENTOS DA CAPPESQ.

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

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da emenda são:

•Verificar presença de depressão e ansiedade;

•Avaliar o processo de luto decorrente do diagnóstico de malformação fetal letal e/ou com prognóstico reservado;

•Verificar presença de sentimento de culpa decorrente do diagnóstico de malformação fetal;

•Avaliar o processo de vínculo materno fetal após o diagnóstico de malformação fetal letal/prognóstico;

•Identificar presença de apoio social;

•Avaliar ajustamento conjugal;

•Avaliar estratégias de enfrentamento

•Comparar os resultados entre gestantes acompanhadas pelo Grupo de Apoio Integral à Gestante com Diagnóstico de Malformação Fetal (GAI) e gestantes acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

•Avaliar no período pós- parto:

• depressão e ansiedade;

• ajustamento conjugal;

• processo de luto;

•Avaliar características da personalidade e avaliar a associação com o processo de luto vivenciado;

•Comparar os resultados entre gestantes acompanhadas pelo Grupo de Apoio Integral à Gestante com Diagnóstico de Malformação Fetal (GAI) e gestantes acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

Também solicitam a inclusão de mais três pesquisadoras: Andresa Vilhegas, Marjori Fantin e Glaucia Guerra Benute.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes são mínimos, por se tratar de estudo observacional, sem intervenções a serem realizadas pela equipe de pesquisa. Também não haverá benefícios diretos para os participantes, mas os dados obtidos podem auxiliar a programar o acompanhamento das gestantes com fetos malformados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo em uma coorte em gestantes com fetos com malformações. Será muito útil para a Programação do Atendimento dessas gestantes e de seus recém-nascidos. A emenda visa a

incluir a avaliação da condição emocional da gestante após o diagnóstico de malformação fetal no período pré-natal e no pós-parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foi acrescentado novo TCLE incluindo as modificações do projeto.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo descritivo em uma coorte de gestantes com fetos com malformações. Será muito útil para a Programação do Atendimento dessas gestantes e de seus recém-nascidos. A emenda visa a incluir a avaliação da condição emocional da gestante após o diagnóstico de malformação fetal no período pré-natal e no pós-parto.

Alguns aspectos devem ser esclarecidos para que se possa concluir o parecer:

1. No projeto inicial não consta a comparação com outros grupos em seguimento ("Comparar os resultados entre gestantes acompanhadas pelo Grupo de Apoio Integral à Gestante com Diagnóstico de Malformação Fetal (GAI) e gestantes acompanhadas no Ambulatório de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP"). Favor esclarecer como serão obtidos estes dados. Se o desenho for prospectivo, é necessário um TCLE para estas participantes;
2. O TCLE original não contempla esta parte da avaliação, detalhando o que vai ser realizado;
3. As gestantes que forem diagnosticadas com depressão ou ansiedade terão atendimento? Onde e por quem?
4. As alterações devem estar presentes nos dados postados na Plataforma Brasil, no impresso PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO;
5. Os novos membros incluídos na equipe serão os responsáveis pela avaliação psicológica?
6. Favor anexar um relatório parcial do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_896401_E3.pdf	05/04/2017 11:33:47		Aceito
Outros	CARTA_CAPPesq_alterac_27_01_17.	05/04/2017	Lisandra Stein	Aceito

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

Outros	pdf	11:05:38	Bernardes	Aceito
Outros	EMENDA_05_04_17.pdf	05/04/2017 11:04:56	Lisandra Stein Bernardes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Adendo_Projeto_27_01_17.doc	05/04/2017 11:03:45	Lisandra Stein Bernardes	Aceito
Outros	EMENDA_PROJETO_08_07_16.pdf	08/07/2016 11:57:00	Lisandra Stein Bernardes	Aceito
Outros	ANEXO_ADENDO_PROJETO_GAI_08_07_16.doc	08/07/2016 11:56:31	Lisandra Stein Bernardes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ADENDO_PROJETO_GAI_08_07_16.doc	08/07/2016 11:56:01	Lisandra Stein Bernardes	Aceito
Outros	CIAPP 408_14 FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE EMENDAS E BROCHURAS FINAL 07-05-15.pdf	07/05/2015 15:20:24		Aceito
Outros	CARTA EMENDA 09-04-15 CIAPP 408_14 FINAL.pdf	09/04/2015 14:35:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ADENDO CIAPP 408_14 08-04-15.doc	09/04/2015 14:34:13		Aceito
Folha de Rosto	CIAPP_408_14 FOLHA DE ROSTO FINAL.pdf	04/02/2015 16:58:40		Aceito
Outros	CIAPP_408_14_APROVA_ETICA_CONSELHO_DOG.pdf	29/01/2015 12:06:27		Aceito
Outros	CIAPP_408_14_APROVA_CIAPP.pdf	29/01/2015 12:05:48		Aceito
Outros	CIAPP_408_14_CADASTRO_PROTOCOLO_PESQUISA.pdf	29/01/2015 12:05:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CIAPP_408_14_TCLE.pdf	29/01/2015 12:04:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CIAPP_408_14_PROJETO_VINICIAL.pdf	29/01/2015 12:03:58		Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

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

SAO PAULO, 24 de Abril de 2017

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

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

8.7 ANEXO G

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP
TERMO DE CONSENTIMENTO
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

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

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : COORTE DE PACIENTES GESTANTES DE FETOS COM MALFORMACAO CONGENITA
PESQUISADOR : MARIANE DE FATIMA YUKIE MAEDA
CARGO/FUNÇÃO: MEDICA PESQUISADORA, INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 135611
UNIDADE DO HCFMUSP: AMBULATORIO DA CLINICA OBSTETRICA DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	x□	RISCO MÉDIO	□
RISCO BAIXO	□	RISCO MAIOR	□

3.DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 ANOS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Você está sendo convidada a participar do estudo "Coorte de pacientes gestantes de fetos com malformação congênita". Durante as consultas no Pré-Natal da Medicina Fetal, serão colhidos dados referentes ao seu seguimento no Pré-Natal, ultrassonografias, exames e dados clínicos, além de dados sobre o seu bebê, durante a gestação e após o nascimento.

O objetivo é melhorar a assistência dada as mães de fetos com malformação fetal e também melhores cuidados ao recém-nascido. Com este estudo, observaremos as malformações mais frequentes, as complicações durante o Pré-Natal, além dos dados relativos aos recém-nascidos durante a internação hospitalar. Durante a consulta de Pré-Natal serão inseridos os dados em uma tabela para que possamos ter o seguimento de todas as pacientes. Não serão realizados exames adicionais e não haverá nenhuma alteração no seu seguimento Pré-Natal. O parto será realizado no Hospital das Clínicas, desde que haja vaga, conforme já foi lhe explicado. O seguimento do recém-nascido será realizado pela equipe da Pediatria e Cirurgia Pediátrica, considerando a doença do seu bebê. Os dados do seu filho também serão incluídos numa tabela. As suas informações e do seu bebê serão analisadas em conjunto com a de outras pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente. Você terá acesso aos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecer suas dúvidas, ou sair do estudo. A principal pesquisadora é a Dra. Luciana Harumi Fujise, que pode ser encontrada no telefone (11)26616209. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Dra. Mariane de Fatima Yukie Maeda sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data ___/___/___
Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data ___/___/___
Assinatura da Testemunha

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ___/___/___

Assinatura do responsável pelo estudo

9 Referências Bibliográficas.

1. OPAS OMS | Relatório Anual do Diretor 2016 [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://www.paho.org/annual-report-2016/Portugues.html

2. SAÚDE M DA, Saúde S de A à, Estratégicas D de AP. Gestação de Alto Risco Manual Técnico - 5ª Edição. 5ª. Editora do Ministério da Saúde, editor. Brasilia - DF; 2012.

3. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de são paulo no período de 2010 a 2014 | Rev. paul. pediatr;35(1): 33-38, jan.-mar. 2017. tab | LILACS [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845721

4. Mazzu-Nascimento T, Melo DG, Morbioli GG, Carrilho E, Sales Luiz Vianna F, Anjos Da Silva A, et al. Teratogens: a public health issue-a Brazilian overview. 2017;

5. CID-10 – Vol. 1: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Edusp [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://www.edusp.com.br/livros/cid-10-1/

6. Benute GRG, Nomura RMY, Liao AW, Brizot M de L, de Lucia MCS, Zugaib M. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. Midwifery. 2012;28:472–5.

7. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Næs T, Skari H, Haugen G. Ultrasonographic detection of fetal malformation and parental longitudinal psychological stress responses. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50:83–83.

8. Wu Y, Kapse K, Jacobs M, Niforatos-Andescavage N, Donofrio MT, Krishnan A, et al. Association of Maternal Psychological Distress With In Utero Brain Development in Fetuses With Congenital Heart Disease. JAMA Pediatr. 2020;174:e195316–e195316.

9. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, et al. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth--a 14-month follow up study. Arch Womens Ment Health. 2009;12:193–201.

10. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. Arch Womens Ment Health. 2012;15:21–30.

11. Araújo DMR, Pacheco AH de RN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8:333–40.

12. Wilpers AB, Kennedy HP, Wall D, Funk M, Bahtiyar MO. Maternal Anxiety Related to Prenatal Diagnoses of Fetal Anomalies That Require Surgery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017;46:456–64.

13. Aite L, Zaccara A, Trucchi A, Brizzi C, Nahom A, Iacobelli B, et al. When uncertainty generates more anxiety than severity: the prenatal experience with cystic adenomatoid malformation of the lung. J Perinat Med. 2009;37:539–42.

14. Sofia do Couto Antunes M, Patrocínio C. A MALFORMAÇÃO DO BEBÉ. VIVÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO CASAL. 2007;8:239–52.

15. Rychik J, Donaghue DD, Levy S, Fajardo C, Combs J, Zhang X, et al. Maternal Psychological Stress after Prenatal Diagnosis of Congenital Heart Disease. J Pediatr. 2013;162:302-307.e1.

16. Zugaib Obstetrícia – 4ª Edição - Editora Manole [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://www.manole.com.br/zugaib-obstetricia-4-edicao/p

17. Azevedo da Silva R, da Costa Ores L, Campos Mondin T, Nolasco Rizzo R, Gomes da Silva Moraes I, Jansen K, et al. Common mental disorders and self-esteem in pregnancy: prevalence and associated factors. 2010;26:1832–8.

18. Melo CTV de, Vaz PRG. Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. MATRIZes. 2019;13:91–112.

19. Quais os Exames usados para Pesquisa de Malformações Fetais | Gravidez e Saude da Mulher [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://gravidezesaudedamulher.wordpress.com/2015/08/31/pesquisa-de-malformacoes-fetais/

20. Lacerda ALT. Depressao: Do Neuronio Ao Funcionamento Social. 1ª. Jones & Bartlett, editor. São Paulo;

21. Marden PM, Smith DW, McDonald MJ. Congenital anomalies in the newborninfant, including minor variations. J Pediatr. 1964;64:357–71.

22. Organization WH. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization; 2017. 116 p.

23. EUROCAT Guide 1.4 and Reference Documents EUROCAT (2013). EUROCAT Guide 1.4: Instruction for the registration of congenital anomalies EUROCAT Guide 1.4 and Reference Documents (Last update version 28/12/2018).

24. Andrade LSBC de. Grupo de apoio integral às gestantes de fetos com malformação: utilização de conceitos de cuidados paliativos no atendimento em medicina fetal. Universidade de São Paulo; 2017.

25. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde | Silva | Cogitare Enfermagem [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/69308/pdf

26. Depression [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

27. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição.

28. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. J Affect Disord. 2015;175:18–24.

29. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga MV, Tirado-Otálvaro AF. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015;66:94.

30. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2021;83:101932.

31. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Undeserved Women. ACOG Committee Opinion No. 757: Commitee on Obstetric Practice: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol. 2018;132:208–12.

32. Lopes RS, Lucchese R, Silva GC, Vera I, Souza LMM de, Mendonça RS de. O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. Humanidades e Tecnol. 2020;19:35–54.

33. Lima M de OP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta Paul Enferm. 2017;30:39–46.

34. CUNHA ACB da, PEREIRA JP, CALDEIRA CLV, CARNEIRO VMS de P. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. Estud Psicol. 2016;33:601–11.

35. Borges MM, Petean EBL. Malformação fetal: enfrentamento materno, apego e indicadores de ansiedade e depressão. Rev da SPAGESP. 2018;19:137–48.

36. Albertini JGL. Avaliação de depressão em gestantes e associação com desfechos de parto e nascimento. 2019;

37. Nulman I, Koren G, Rovet J, Barrera M, Streiner DL, Feldman BM. Neurodevelopment of Children Prenatally Exposed to Selective Reuptake Inhibitor Antidepressants. J Clin Psychiatry. 2015;76:e842–7.

38. Gorayeb RP, Gorayeb R, Berezowski AT, Duarte G. Effectiveness of psychological intervention for treating symptoms of anxiety and depression among pregnant women diagnosed with fetal malformation. Int J Gynecol Obstet. 2013;121:123–6.

39. Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC. Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women. J Res Med Sci. 2014;19:807–12.

40. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia / Depresija In Anksioznost Pri Ženskah Med Nosečnostjo V Sloveniji. Slov J Public Heal. 2015;54:45–50.

41. Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, Underwood L, Pryor JE, Carr PA, et al. Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. J Affect Disord. 2015;186:66–73.

42. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. J Psychosom Res. 2020;138:110259.

43. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol em Estud. 2005;10:47–55.

44. Silva CA dos S, Silva FE da. Cuidados de prevenção a depressão pós-parto e suporte a mulheres no período puerperal. 2020;

45. Zamignani DR, Alves Banaco R. Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade 1 Resumo. 2005;

46. Paiva M de FS de, Pessoa JM do N, Pessoa KN, Maia PC de VS. Transtorno de ansiedade durante o período gestacional. Rev Trab ACADÊMICOS - UNIVERSO RECIFE. 2017;4.

47. Feinberg ME, Jones DE, Roettger ME, Hostetler ML, Sakuma K-L, Paul IM, et al. Preventive Effects on Birth Outcomes: Buffering Impact of Maternal Stress, Depression, and Anxiety. Matern Child Health J. 2016;20:56–65.

48. Nakić Radoš S, Košec V, Gall V. The psychological effects of prenatal diagnostic procedures: maternal anxiety before and after invasive and noninvasive procedures. Prenat Diagn. 2013;33:1194–200.

49. Costa DO, Souza FIS de, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. Cien Saude Colet. 2018;23:691–700.

50. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. Mudanças - Psicol da Saúde. 2017;25:69–76.

51. Silva MM de J, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. Rev da Esc Enferm da USP. 2017;51.

52. Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Antenatal depression and anxiety across pregnancy in urban South Africa. J Affect Disord. 2020;277:296–305.

53. Ferrari S. Câncer na gestação: avaliação de depressão, ansiedade, autoestima e vínculo materno-fetal. 2019;

54. Silva AI da, Marinho GI. Auto-estima e relações afetivas - doi: 10.5102/ucs.v1i2.507. Univ Ciências da Saúde. 2003;1:229–37.

55. José Guilhardi H. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In.

56. Brandão MZ, Conte FC, Mezzaroba SM. Comportamento Humano; tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor. ESETec Editores Associados, editor. Santo André; 2018. 158 p.

57. Neto LF de S. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. Alvares LB, editor. Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba. 2013;15.

58. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4380

59. Jesse DE, Swanson MS. Risks and Resources Associated With Antepartum Risk for Depression Among Rural Southern Women. Nurs Res. 2007;56:378–86.

60. Morandin KMM. Avaliação do perfil psicossocial das gestantes atendidas na rede básica de saúde do município de Catanduva-SP. 2011;

61. Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho A, Nakamura MU, Santana RM, Mattar R. Psicologia na pratica obstetrica. Manole; 2007. 370–370 p.

62. Walsh F. Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade. Artmed Editora; 2016.

63. Szpoganicz Rosado J, Wagner A. Qualidade, Ajustamento e Satisfação Conjugal: Revisão Sistemática da Literatura. Pensando Famílias. 19:21–33.

64. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. J Marriage Fam. 1976;38:15.

65. Magagnin B, Maria J, Augusto JE, Rodrigues T. Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal.

66. Brazelton TB, Cramer BG. As primeiras relações. WMF Martins Fontes, editor. WMF Martins Fontes; 1992. 288 p.

67. Szejer M. Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Psicólogo EC do, editor. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

68. Silva IM da. O desenvolvimento da relação do casal durante a transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida : um estudo longitudinal da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. 2013;

69. Piccinini CA, Da Rosa M, Tonantzin S, Gonçalves R, Lopes RS, Tudge J. O Envolvimento Paterno durante a Gestação.

70. Talú Andréa Dartora De Martini. A transição para a parentalidade: Expectativas, sentimentos e síndrome de couvade dos futuros pais ao longo da gestação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.

71. Levy-Shiff R, Israelashvili R. Antecedents of Fathering: Some Further Exploration. Dev Psychol. 1988;24:434–40.

72. Singley SG, Hynes K. Transitions to Parenthood: Work-Family Policies, Gender, and the

Couple Context. http://dx.doi.org/101177/0891243204271515. 2016;19:376–97.

73. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. 2016;

74. Conde A, Figueiredo B. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. Análise Psicológica. 2007;25:381–98.

75. Benute GRG, Nomura RMY, Lucia MCS de, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol e Obs. 2006;28:10–7.

76. Côté-Arsenault D, Denney-Koelsch E. “Love Is a Choice”: Couple Responses to Continuing Pregnancy With a Lethal Fetal Diagnosis: https://doi.org/101177/1054137317740798. 2017;26:5–22.

77. Eugênia M, Machado C. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal: uma reflexão sobre a atuação do psicólogo hospitalar Couples that receive a prenatal diagnosis of fetal malformation: a thought about the role of hospital psychologists. Rev SBPH. 15.

78. Machado ME da C. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal: uma reflexão sobre a atuação do psicólogo hospitalar. Rev da SBPH. 2012;15:85–95.

79. Brito A de, Faro A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. Psicol em Pesqui. 2016;10:64–75.

80. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2010;202:61.e1-61.e7.

81. Esper LH, Furtado EF. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog (Edição em Port. 2010;6:368–86.

82. Oliveira JV, Westphal F, Abrahäo AR. Impacto do desfecho neonatal em puérperas de recém-nascidos portadores de anomalia congênita. Cogitare enferm. 2015;358–65.

83. Chang H-C, Chen S-Y, Chen C-H. Predictors of Antenatal Psychosocial Stress in Taiwanese Women. J Nurs Res. 2016;24:193–200.

84. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight. Psychosom Med.

2006;68:747–53.

85. Bush NR, Savitz J, Coccia M, Jones-Mason K, Adler N, Boyce WT, et al. Maternal Stress During Pregnancy Predicts Infant Infectious and Noninfectious Illness. J Pediatr. 2021;228:117-125.e2.

86. Vicente SRCRM, Paula KMP de, Silva FF da, Mancini CN, Muniz SA. Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita1. Estud Psicol. 2016;21:104–16.

87. Fraguas Jr R, Henriques Jr SG, De Lucia MS, Isifescu D V., Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. J Affect Disord. 2006;91:11–7.

88. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy F V, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA. 1994;272:1749–56.

89. Weissheimer AM, Mamede MV. Prenatal Psychosocial Profile: translation, cross-cultural adaptation and validation to its use in Brazil. Midwifery. 2015;31:1157–62.

90. Spanier G, Randall Kropp P, Hart SD, Webster CD, Eaves D. DAS Dyadic Adjustment Scale. US. 1989;Canada:1–800.

91. Mariano K, Correia L, Borloti E. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual (Woman and Depression: A Behavioral-Contextual Analysis).

92. Luis MAV, Oliveira ER de. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Rev da Esc Enferm da USP. 1998;32:314–24.

93. Kim HG, Mandell M, Crandall C, Kuskowski MA, Dieperink B, Buchberger RL. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. Arch Womens Ment Health. 2006;9:103–7.

94. Balon R. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Psychotherapies, alone and in combination. In: Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guidelines. Second edition. Ann Clin Psychiatry. 2008;20:182–3.

95. Byrne SE, Rothschild AJ. Loss of Antidepressant Efficacy During Maintenance Therapy. J Clin Psychiatry. 1998;59:279–88.

96. Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and

Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression. J Clin Psychiatry. 2005;66:455–68.

97. Campos RC. Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. Análise Psicológica. 2012;18:15–35.

98. Thase ME, Demyttenaere K, Earley WR, Gustafsson U, Udd M, Eriksson H. Extended release quetiapine fumarate in major depressive disorder: analysis in patients with anxious depression. Depress Anxiety. 2012;29:574–86.

99. Ahlberg A-C, Ljung T, Rosmond R, McEwen B, Holm G, Åkesson HO, et al. Depression and anxiety symptoms in relation to anthropometry and metabolism in men. Psychiatry Res. 2002;112:101–10.

100. Coryell W, Fiedorowicz JG, Solomon D, Leon AC, Rice JP, Keller MB. Effects of anxiety on the long-term course of depressive disorders. Br J Psychiatry. 2012;200:210.

101. Baseggio DB. Fatores Correlacionados à Gestação de Risco e Parto Prematuro em Adolescentes. Rev Psicol da IMED. 2011;3:506–16.

102. Skinner BF. Questoes Recentes na Analise Comportamental. Papirus, editor. Campinas; 1995. 193 p.

103. Jackson FM, Rowley DL, Curry Owens T. Contextualized Stress, Global Stress, and Depression in Well-Educated, Pregnant, African-American Women. Women's Heal Issues. 2012;22:e329–36.

104. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira R de O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul. 2003;25:65–74.

105. Carlos J, Toro-Huamanchumo I, Junior II, Torres-Román S, Bendezú-Quispe G, Lima H. Embarazo en la adolescencia: abordando la epidemia Pregnancy in the adolescence: addressing the epidemic. Rev Cuba Med Gen Integr. 2016;32.

106. Martello NV, Wilhelm LA, Cremonese L, Prates LA, Alves CN, Ressel LB. Percepções de gestantes acerca da participação do companheiro na gestação. Saúde (Santa Maria). 2017;43:21–6.

107. Agostini F, Neri E, Salvatori P, Dellabartola S, Bozicevic L, Monti F. Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women. Matern Child Health J. 2015;19:1131–41.

108. Gonçalves M, Baptista MN, Farcas D. IPSF: análise da estrutura interna em uma amostra de jovens adultos portugueses. Aval psicol. 2016;15:115–23.

109. Barbosa dos Santos A, Elena Peluti Santos K, Torres Rego Monteiro G, Rezende do Prado P, Lameira Maciel Amaral T, Qualidade De Vida De Uma Série De Gestantes Atendidas Em Rede Pública De Saúde AE. SELF-ESTEEM AND QUALITY OF LIFE IN A SERIES OF PREGNANT WOMEN ATTENDED IN A PUBLIC HEALTH NETWORK*. Cogitare enferm. 2015;20:389–96.