Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal

Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study

Marlise de Oliveira Pimentel Lima[1]
Maria Alice Tsunechiro[2]
Isabel Cristina Bonadio[2]
Marcella Murata[3]

Descritores
Depressão; Gravidez; Cuidado pré-natal; Complicações na gravidez; Enfermagem obstétrica

Keywords
Depression; Pregnancy; Prenatal care; Pregnancy complications; Obstetric nursing

Submetido
3 de Outubro de 2016

Aceito
10 de Fevereiro de 2017

Resumo

Objetivo: Identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde.

Métodos: Estudo longitudinal realizado com 272 gestantes de 12 unidades de saúde do Município de São Paulo. Os dados foram obtidos por meio de um formulário para as variáveis independentes e da Escala de depressão pós-parto de *Edimburgo* aplicada nas 20ª, 28ª e 36ª semanas gestacionais. Utilizou-se modelo de equações de estimação generalizadas para avaliar os fatores associados e chances de risco.

Resultados: A frequência de sintomas depressivos foi de 27,2%, 21,7% e 25,4%. Maior escolaridade, gestação planejada e continuidade da gestação foram fatores de proteção. Sofrer ou ter sofrido violência psicológica foi fator de risco independente do período gestacional.

Conclusão: A frequência de sintomas depressivos na gestação foi elevada. Os fatores associados foram maior escolaridade, gestação planejada, continuidade da gestação e sofrer ou ter sofrido violência psicológica.

Abstract

Objective: To identify the frequency of depressive symptoms during pregnancy and verify their association with sociodemographic, obstetric and health variables.

Methods: A longitudinal study conducted with 272 pregnant women in 12 health units in the city of São Paulo. Data were obtained using a form for the independent variables, and the Edinburgh Postpartum Depression Scale applied at the 20th, 28th and 36th gestational weeks. A model of generalized estimating equations was used to evaluate the associated factors and odds ratio.

Results: The frequency of depressive symptoms was 27.2%, 21.7% and 25.4%. Higher educational level, planned pregnancy and continuity of gestation were protective factors. Suffering or having suffered psychological violence was an independent risk factor of the gestational period.

Conclusion: The frequency of depressive symptoms during pregnancy was high. The associated factors were higher educational level, planned pregnancy, continuity of pregnancy, and suffering or having suffered psychological violence.

Autor correspondente
Marlise de Oliveira Pimentel Lima
Rua Arlindo Béttio, 1000,
03828-000, Ermelino Matarazzo,
São Paulo, SP, Brasil.
moplima@usp.br

DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700007

[1]Escola de Artes, Ciência e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[2]Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
[3]Hospital do Rim e Hipertensão, Fundação Oswaldo Ramos, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliado com especial atenção por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental.

Ao longo dos anos, a preocupação em avaliar a saúde mental da gestante de forma sistematizada tem merecido pouca atenção, provavelmente pela crença de a gravidez ser um período de bem-estar e pela maior valorização dos profissionais com os transtornos psicóticos que podem ocorrer no pós-parto, por necessitarem de hospitalização.[1]

Durante a gravidez, 10% a 15% de todas as mulheres vivenciam sintomas de ansiedade e depressão leves a moderados. Os sintomas, em geral, são semelhantes aos que ocorrem na depressão em qualquer outro período da vida da mulher, tais como falta de apetite e de energia e sentimentos de culpa. Além do sofrimento para a própria mulher, essas manifestações podem interferir no processo adequado de desenvolvimento fetal, aumentam o risco de eventos adversos na gestação para mãe e feto como pré-eclâmpsia, podendo associar-se a resultados obstétricos desfavoráveis como parto prematuro e baixo peso ao nascer. A depressão pode persistir no período pós-parto comprometendo o comportamento parental, o relacionamento com o parceiro e familiares, o processo de formação do vínculo entre mãe e filho, o desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial da criança.[2-5]

As pesquisas sobre a depressão e seus efeitos no período pré-natal são recentes, datando de duas décadas passadas, havendo um incremento a partir de então.

Na gravidez, a prevalência da depressão parece variar conforme o grau de desenvolvimento do país. Estudos apontam que, nos países desenvolvidos como Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá e Suécia, as taxas de prevalência são mais baixas, em torno de 10% e 15% e, nos países em desenvolvimento como Brasil, Bangladesh, Paquistão e África do Sul, a média é por volta de 25%.[6-8]

No Malawi, país menos desenvolvido, as taxas na gestação foram de 10,7% para depressão maior e de 21,1% para depressão menor. Na Turquia a prevalência no primeiro trimestre de gestação foi de 16,8%.[9,10]

A prevalência também oscila conforme idade ou trimestre gestacional, em média 7,4% no primeiro trimestre a 12,0% no último.[7]

A presença de sintomas depressivos como alteração no padrão de sono, tristeza sem razão definida, diminuição do desempenho e sentimento de culpa, entre outros, é comum na gestação, variando de 11,9% a 33,8%, e indica um risco para depressão.[7,11,12]

Portanto, a mulher grávida deve ser avaliada para garantir um encaminhamento especializado dos casos suspeitos de depressão para diagnóstico e conduta.

Nesse sentido, pode-se destacar a posição recente do serviço nacional de saúde dos Estados Unidos da América recomendando o rastreamento de sintomas depressivos durante a gestação e pós-parto.[13]

Embora seja um problema relevante de saúde pública, dada a sua frequência, poucos estudos recentes foram encontrados sobre sintomas depressivos na gestação em países emergentes.[8] Logo, há necessidade de novos estudos que analisem a saúde mental da mulher ao longo do período gestacional.

Os objetivos deste estudo foram identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde.

Métodos

Estudo longitudinal realizado em três etapas (20ª, 28ª e 36ª semanas gestacionais, com variação de ± 2 semanas) em 12 serviços de pré-natal da zona sul do Município de São Paulo que atendem gestantes no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de subprojeto de investigação mais ampla denominada "Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional".

Foram incluídas no estudo gestantes de risco habitual que realizaram acompanhamento pré-natal nos serviços mencionados. Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos, idade gestacional ≤22ª semanas e capacidade de leitura e compreensão dos instrumentos de coleta de dados. Os de exclusão foram: diagnóstico de gemelaridade ou comorbidade clínica ou obstétrica no decorrer da

gestação, bem como tratamento farmacológico para transtornos mentais.

Cabe mencionar que, iniciando a primeira etapa de coleta com 20 semanas gestacionais, garantiu-se a inclusão no estudo de mulheres grávidas sem patologia clínica, obstétrica e mental prévia, com os resultados de exames laboratoriais clínicos normais e sorológicos negativos, verificados no prontuário e ou no cartão da gestante.

Para seleção das participantes foi realizada consulta ao Sistema Nacional de Cadastro de Gestantes (SIS-Pré-Natal), para localizar as gestantes elegíveis. As mulheres que atendiam aos critérios de inclusão no estudo e que compareceram na consulta de pré-natal na idade gestacional determinada para a primeira etapa da coleta, foram convidadas a participar mediante esclarecimento sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

O tamanho amostral mínimo para este estudo foi calculado com base na fórmula: $n=z^2.p.q/e^2$, sendo: n=tamanho amostral mínimo; z=coeficiente de confiança, cujo valor adotado de 1,96 para um alfa de 0,05; p=prevalência do fenômeno estudado; q=complementar de prevalência (1-p); e=erro máximo em valor absoluto. Com base no estudo nacional que indica a prevalência de 20,7% de sintomatologia depressiva durante o período gestacional, adotou-se um valor de 0,22 o que equivale a maior relação entre p e q, e precisão desejada de 5%.[12] Assim, obteve-se n=264.

Considerando-se 40% de perdas de seguimento, foram incluídas 443 gestantes na etapa inicial. Houve perda de 171 gestantes, 99 na segunda etapa e 72 na terceira. Os principais motivos foram: desvinculação do serviço por mudança de endereço, encaminhamento para pré-natal de alto risco por complicações clínicas -obstétricas, tais como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, gemelaridade e parto prematuro. Não houve exclusão, no decorrer do estudo, de gestantes por tratamento farmacológico de transtornos mentais. A amostra final constituiu-se de 272 gestantes (61,4%) que completaram as etapas do estudo.

Foi realizada uma comparação das variáveis de estudo entre a amostra final e o grupo de perdas, não havendo diferenças entre os grupos, com exceção da violência psicológica (p=0,013) que esteve presente em maior proporção na amostra final.

O recrutamento das participantes do estudo ocorreu no período de julho de 2008 a setembro de 2009. O seguimento das gestantes perdurou até janeiro de 2010.

Para a coleta foram utilizados dois instrumentos. Um formulário destinado à obtenção de dados sociodemográficos, obstétricos e de saúde aplicado na primeira etapa e a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*-EPDS, versão traduzida e validada em português falado no Brasil, empregada nas três etapas.[14] EPDS é um instrumento de respostas simples, projetado para ser aplicado por profissional não especializado em saúde mental, para uso até doze meses pós-parto, podendo, também, ser utilizada em qualquer fase da gestação.[12,15] É um instrumento autoaplicável, composto por dez enunciados e abrange os seguintes sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. Cada enunciado possui quatro opções de respostas pontuadas de 0 a 3 de acordo com a ausência, presença e intensidade dos sintomas. O escore final varia de 0 a 30, por soma simples dos pontos de cada item, mostrando que quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos.

Como a intenção deste estudo foi avaliar a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação, optou-se por uma abordagem longitudinal, a partir de uma idade gestacional precoce (20ª semana gestacional), com intervalo de oito semanas entre as etapas, considerando a evolução das modificações gravídicas que ocorrem no organismo materno.

A aplicação dos instrumentos de coleta foi realizada por enfermeiras, pesquisadoras do presente estudo, e ocorreu antes ou após a consulta de pré-natal, em sala privativa, após a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No período correspondente às idades gestacionais previstas para o seguimento, a coleta ocorreu no serviço de saúde ou no domicílio, conforme a preferência da gestante.

A variável dependente do estudo foi a presença de sintomas depressivos e o ponto de corte adotado foi o escore ≥13, conforme sugerido em estudo realizado no Brasil (especificidade de 88,4% e sensibilidade de 59,5%).[12]

Destaca-se que em cada etapa da coleta foi oferecido, se desejado, às gestantes com sintomas depres-

sivos o encaminhamento a um serviço filantrópico com profissionais de saúde mental para avaliação e tratamento, caso necessário.

As variáveis independentes foram: idade em anos completos, anos de estudo, etnia autodefinida (branca, preto/pardo, amarela), situação conjugal (com e sem parceiro), religião (católica, evangélica, outro, sem religião), trabalho remunerado (não, sim), renda familiar em salário mínimo de 2009 (≤R$465,00; R$466,00 ├ R$931,00; R$932,00 ├ R$ 1.397,00; ≥R$1.398,00), número de gestações incluindo a atual (um, dois, três ou mais), número de partos (nenhum, um, dois, três ou mais), número de filhos vivos (nenhum, um, dois, três ou mais), número de filhos que vivem com a gestante (nenhum, um, dois, três ou mais), número de queixas gestacionais como náusea, vômito, queimação, dor lombar citada (nenhuma, uma, duas, três ou mais), sofrer ou ter sofrido violência física como tapas, empurrões ou psicológica como ameaças de abandono, gritos, antes ou durante a gravidez (não, sim) e quem foi o agressor (parceiro, familiares, outros), planejamento da gravidez (não, sim), aceitação da gravidez (não, sim, em processo de aceitação), uso de tabaco (não, sim), uso de álcool (não, sim), uso de outras drogas (não, sim), problema mental prévio ou atual (não, sim) e problema mental na família (não, sim).

A confiabilidade da EPDS foi verificada pelo coeficiente Alfa de *Cronbach*. Para comparar os resultados da EPDS ao longo das três etapas foi utilizado o teste de *Friedman*.

O modelo de equações de estimação generalizadas (GEE) para distribuição binomial foi utilizado para avaliar todos os possíveis preditores para sintomas depressivos e chances de risco, englobando as três etapas do estudo. No modelo múltiplo foram incluídas todas as variáveis cujos testes associativos (qui-quadrado e *T-Student*) tiveram p-valor <0,20 e a seleção de variáveis foi realizada pelo método de eliminação regressiva (*backwards stepwise*). O nível de significância foi fixado em 5%. As análises foram feitas pelo *Statistical Program for Social Science* (SPSS)® versão 17.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo (CAAE: 0060.0.162.000-08 Parecer nº 154/08 - CEP/SMS).

Resultados

As 272 gestantes do estudo possuíam as seguintes características: idade (n=271) 25,3 (5,4) anos; brancas (n=269) 52,1%; escolaridade (n=270) 9,5 (2,5) anos de estudo; com companheiro (n=268) 91%; católicas (n=263) 60,5%; renda familiar (n=269) 50,6% até R$ 931,00; primigestas 37,5%; com um ou mais partos 65,9%, com um ou mais filhos vivos 66,7%; uma ou mais queixas gestacionais citadas 90,1%; fumantes 19,8%; etilistas 28,7%; usuárias de drogas ilícitas (n=271) 4,8%; sofredoras de violência física (n=271) e psicológica antes ou durante a gestação foram, respectivamente, 11,8% e 29,8%, tendo como principal agressor o parceiro e familiares (87,1% e 78,6); não planejaram a gravidez (n=270) 71,9% e aceitaram (n=271) 90,8%.

A frequência de sintomas depressivos das três etapas e o coeficiente Alfa de *Cronbach* são apresentados na tabela 1.

Apresentaram sintomas depressivos durante todo o período gestacional 7% das gestantes, em alguma etapa 38,5% e em nenhuma 54,5%, o que mostra pouca variação entre os postos conforme Teste de *Friedman* ao longo da gestação (p=0,23) e entre os escores ≥13 (p=0,12).

A frequência de gestantes que marcaram de um a três pontos em cada enunciado ao longo das etapas é mostrada a seguir na tabela 2.

Sentir-se ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (Enunciado 4) foi o item mais frequente entre as gestantes da amostra, mantendo ao longo da gestação porcentagens acima de 80%. Culpar-se sem necessidade quando as coisas saem erradas (Enunciado 3) também foi frequente, mas apresentou queda ao longo da gravidez, enquanto sentir-se esmagada pelas tarefas e acontecimentos diários (Enunciado 6) elevou-se com a evolução da gestação. Os três enunciados se referem a sintomas de diminuição de desempenho e culpa. O Enunciado 10, ideação de morte e suicídio foi o que esteve presente em menor proporção.

A análise associativa de sintomas depressivos com variáveis independentes mostrou-se significativa com: escolaridade (p<0,001), nú-

Tabela 1. Sintomas depressivos em gestantes, conforme resultados da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, nas três etapas

ETAPAS (semanas gestacionais)	≤12 n(%)	≥13 n(%)	Escore da EPDS Mínimo	Máximo	Média(DP)	Alfa de *Cronbach*
20ª	198(72,8)	74(27,2)	0	27	9,1(5,9)	0,83
28ª	213(78,3)	59(21,7)	0	29	8,6(5,7)	0,84
36ª	203(74,6)	69(25,4)	0	24	8,6(5,6)	0,84

Tabela 2. Gestantes que marcaram de um a três pontos em cada enunciado da ***Edinburgh Postnatal Depression Scale***, nas três etapas

Enunciado da EPDS	1ª Etapa n(%)	2ª Etapa n(%)	3ª Etapa n(%)
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	99(36,3)	91(33,5)	99(36,4)
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.	134(49,2)	123(45,2)	131(48,1)
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	210(77,2)	203(74,7)	184(67,7)
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	228(83,8)	233(85,6)	217(80,1)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	123(45,2)	119(43,8)	127(46,6)
6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	197(72,4)	218(80,1)	226(83,1)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.	96(35,3)	98(36,0)	114(42,2)
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	141(51,8)	143(52,6)	141(52,2)
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado	138(50,8)	130(47,8)	134(49,6)
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	61(22,4)	43(15,7)	39(14,5)

mero de gestações (p<0,001), número de partos (p<0,001), número de filhos (p<0,001), número de filhos que vivem com a gestante (p=0,006), número de queixas na gravidez (p=0,039), planejamento da gravidez (p<0,001), fumo (p<0,001), violência física (p=0,007), psicológica (p=0,001) e problemas mentais referidos pela gestante (p=0,024).

A avaliação dos possíveis preditores para a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação (modelo GEE) mostrou que houve diferenças entre as etapas conforme mostram os dados da tabela 3.

A chance de apresentar sintomas depressivos diminuiu em 21,6% e 21,5%, respectivamente, nas segunda e terceira etapas. Ter planejado a gravidez diminuiu a chance de apresentar sintomas depressivos durante a gestação (primeira etapa - 75,4%; segunda etapa - 91,4%; terceira etapa - 56,1%). Já possuir maior escolaridade diminuiu a chance em 14,3% por ano de estudo, independentemente da idade gestacional. Portanto, maior escolaridade, planejamento da gravidez e o evoluir da gestação foram fatores de proteção.

Sofrer ou ter sofrido violência psicológica elevou em duas vezes a chance de apresentar sintomas depressivos ao longo da gestação, sendo, portanto, um fator de risco.

Tabela 3. Razão de chance (RC) intervalo de confiança e nível de significância para sintomas depressivos em gestantes

Variáveis	RC	IC 95%	*p-value*
Idade Gestacional			0,007
20ª semana	1		
28ª semana	0,784	0,565 - 1,088	
36ª semana	0,785	0,539 - 1,143	
Escolaridade (anos)	0,857	0,780 - 0,941	0,001
Gestação Planejada			< 0,001
Não	1		
Sim	0,246	0,108 - 0,559	
Violência Psicológica			0,003
Não	1		
Sim	2,184	1,355 - 3,521	

Discussão

Na interpretação dos resultados deste estudo, é importante considerar a limitação imposta pela amostra constituída por gestantes atendidas no sistema público de saúde, o que impede a generalização dos resultados para o universo de mulheres grávidas.

Os resultados evidenciaram a necessidade de atenção direcionada à saúde mental, desde o início da gestação, e ofereceram subsídios para formulação de estratégias de atendimento especializado à mulher com a utilização da EPDS como um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos na assistência pré-natal.

Uma proporção expressiva de mulheres com sintomas depressivos no decorrer da gravidez foi observada neste estudo, sobretudo, naquelas com idade gestacional precoce. Estudos utilizando a EPDS e mesmo ponto de corte (≥13) mostraram variação na frequência. No Brasil 20,7% com idade gestacional média de 27,7 semanas.[12] Na Etiópia 24,9% com predomínio de mulheres no último trimestre.[8] Na Tanzânia o resultado foi superior com 33,8% de sintomas depressivos na gestação.[7]

A frequência relativamente alta observada no início da gestação neste estudo pode ser em razão das mudanças que ocorrem no organismo da mulher e sua aceitação frente à condição de grávida e pode estar relacionada, também, ao apoio e à aceitação recebidos de seu parceiro e da família. No último trimestre, em torno da 36ª semana, ocorreu igualmente uma elevação da frequência. Este momento, caracterizado como período pré-parto, não é raro observar-se aumento da preocupação com a proximidade do parto e nascimento.

Utilizando como ponto de corte ≥12 alguns estudos europeus apresentaram frequências menores. Na Holanda a frequência foi de 6,0% na 12ª e na 36ª semanas de gestação e na Noruega 8,0% com 28 semanas de gestação.[5,16]

No Brasil estudo longitudinal com ponto de corte ≥11 apresentou frequências superiores com 33,3% no segundo trimestre gestacional e 27,9% no terceiro.[17]

Essas variações podem decorrer das diferentes formas de utilização da EPDS relativos à idade gestacional e aos pontos de corte. Dessa forma, a análise dos resultados obtidos nas pesquisas deve considerar esses aspectos metodológicos.

Não se pode deixar de ressaltar também que, além de diferenças econômicas entre os países, há diferenças culturais, étnicas e de história de vida distintas das mulheres que participaram desses diversos estudos, o que interfere nos resultados de prevalência.[5,18]

Os sintomas depressivos são pouco valorizados pelas mulheres por atribuírem que eles fazem parte do processo gestacional, logo aceitos como algo normal e passível de adaptação com o passar do tempo e por uma presumível valorização social negativa que ainda persiste sobre a atenção à saúde mental.[19]

Neste estudo observou-se que o tipo de sintoma depressivo mais frequente foi o de diminuição de desempenho e culpa, conforme sugerem os enunciados 3, 4 e 6 da escala utilizada. Cabe mencionar que estudos de análise fatorial com a EPDS mostraram um fator de ansiedade (subescala 3A) relacionada aos enunciados 3, 4 e 5. Porém, a EPDS não distingue se o escore de ansiedade desses três itens, é uma característica da depressão no período perinatal ou se é uma morbidade distinta.[20,21]

Embora esses sintomas sejam relativamente comuns na gestação, os profissionais envolvidos nesse processo devem estar atentos às manifestações de comportamento de mulheres que evidenciam reações emocionais exacerbadas e atuar para amenizar os sentimentos negativos, se possível, transformando-os em positivos. A presença desses sintomas, em níveis elevados, pode levar a desfechos maternos e perinatais desfavoráveis.[2-5]

O menos frequente foi a ideação de morte e suicídio, no entanto, a sua presença em todas as etapas mostra a importância de uma ferramenta de triagem específica para a identificação de gestantes em situação de risco. Em pesquisa realizada na Tanzânia, apenas duas (0,5%) mulheres relataram ideação suicida, valor inferior aos deste estudo. No Brasil a prevalência encontrada de ideação suicida em gestantes foi de 6,3%.[7,22]

Foram fatores de proteção neste estudo a escolaridade mais elevada, o planejamento da gravidez e o decorrer da gestação. Por sua vez, sofrer ou ter sofrido violência psicológica foi fator de risco para a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação.

Revisão sistemática apontou como fatores de risco principais para a presença de sintomas depressivos a história anterior de depressão ou doença mental, gravidez não planejada ou não aceita, ausência de parceiro ou de suporte social, alto nível de estresse percebido e ter sofrido eventos adversos na vida, história de abuso ou violência doméstica, história passada ou presente de complicações gestacionais e perda fetal. Além desses fatores, também foram apontados dificuldade financeira, baixa escolaridade, desemprego e dependência de substâncias psicoativas.[7,23]

Planejar a gravidez foi fator de proteção, variando conforme o evoluir da gestação. Nesse contexto, o não planejar a gestação foi fator de risco para depressão perinatal segundo estudo de revisão sistemática com metanálise.[24]

A violência psicológica foi fator de risco para a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação, tendo como principais agressores o parceiro e familiares. Em pesquisas longitudinais realizadas no Brasil e na Turquia um dos fatores associados à depressão gestacional foi a exposição à violência doméstica, bem como, em estudo de revisão.[17,25,26]

Atualmente, a violência contra a mulher é um problema social bastante valorizado e tem merecido reconhecimento pelos órgãos governamentais. Conforme o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco a grávida maltratada desenvolve quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa estima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e drogas. Consta, ainda, que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção à mulher. Aponta que a assistência pré-natal é o momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e é, muitas vezes, a única oportunidade de interromper essa situação.[27]

É importante a identificação precoce de sintomas depressivos na gestação, pois fornece subsídios para avaliação de risco e necessidade de encaminhamento, propiciando intervenções oportunas e desfechos materno-infantil mais favoráveis.

A busca espontânea das gestantes por ajuda pode ser dificultada por alguns fatores como incapacidade de verbalizar sua necessidade de cuidado especializado comprometida pela presença dos sintomas depressivos, bem como não sentir-se confiante para expor suas queixas aos profissionais uma vez que não é raro ouvirem que são sintomas comuns da gravidez. Estudo realizado em uma comunidade ultra-ortodoxa israelita mostrou que a maioria das gestantes só busca ajuda após a exacerbação dos sintomas.[11]

O profissional também enfrenta barreiras para detectar gestantes com sintomas depressivos por desconhecimento de instrumentos sistematizados em saúde mental e falta de preparo para manejo e assistência dessas mulheres na atenção primária, pois o foco está limitado nos aspectos fisiológicos do desenvolvimento da gravidez e do pós-parto, o que impede um cuidado integral no pré-natal e puerpério.[28,29]

Assim recomenda-se que o profissional de saúde deve compreender o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante, sem banalizar suas queixas e, quando necessário, solicitar apoio matricial dos profissionais de saúde mental às mulheres grávidas com sofrimento mental.[29]

Conclusão

A frequência de sintomas depressivos na primeira, segunda e terceira etapa foi 27,2%, 21,7% e 25,4%. Os fatores associados de proteção foram maior escolaridade, gestação planejada e continuidade da gestação. Sofrer ou ter sofrido violência psicológica foi fator de risco ao longo da gravidez.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Edital Universal Processo 479.016/2007-0 para Maria Alice Tsunechiro).

Colaborações

Lima MOP, Tsunechiro MA, Bonadio IC e Murata M declaram que contribuíram para a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MA. [Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil]. Cad Saúde Pública. 2012; 28(2):385-93. Portuguese.
2. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016; 73(8):826-37.
3. McDonald S, Kehler H, Bayrampou H, Frase_Lee N, Tough S. Risk and protective factors in early development: results from the all our babies (AOB) pregnancy cohort. Res Dev Disabil. 2016; 58:20-30.
4. Lewis AJ, Austin M. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. J Dev Orig Health Dis. 2016; 7(4):416-28.
5. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15:5.

6. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ. 2012; 90(2):139G-49G.

7. Rwakarema M, Premji S, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. BMC Women's Health. 2015; 15:68.

8. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. Reprod Health. 2015; 12:99.

9. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. Arch Womens Ment Health. 2014; 17(2):145-54.

10. Aslan AP, Aydin N, Yazici E, Aksoy AN, Kirkan TS, Daloglu GA. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. Int J Soc Psychiatry. 2014; 60(8):809-17.

11. Glasser S, Hadad L, Bina R, Boyko V, Magnezi R. Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. J Adv Nurs. 2016; 72(7)1602-15.

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

13. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016; 315(4):388-406.

14. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. [Postpartum Depression Self-Assessment Scale: A Study in Brazil]. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 1999; 26(2):90-5. Portuguese.

15. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal Mental Health. The Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd ed. London: RCPsych Publications; 2014. p.17-26.

16. Meijer JL, Bockting CL, Stolk RP, Kotov R, Ormel J, Burger H. Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression. Midwifery. 2014; 30(5):526-31.

17. Castro e Couto T, Cardoso MN, Brancaglion MY, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R et al. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. J Affec Disord. 2016; 192:70-5.

18. Robinson AM, Benzeies KM, Caims SL, Fung, Tough SC. Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16(1):215.

19. Carrascón A, García S, Cena B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas Prof. 2006; 7(4): 5-11.

20. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. J Affec Disord. 2013; 146(2):224-30.

21. Fallon V, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. Arch Womens Ment Health. 2016; 19(6):1079-90.

22. Huang H, Faisal-Cury A, Chan YF, Tabb K, Katon W, Menezes PR. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. Arch Womens Ment Health. 2012; 15(2):135-8.

23. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affec Disord. 2016; 191:62-77.

24. Abajobir AA, Maravilla J, Alati R, Najman JM. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. J Affec Disord. 2016; 192:56-63.

25. Kirkan TS, Aydin N, Yazici E, Aslan PA, Acemoglu H, Daloglu AG. The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. Int J Soc Psychiatry. 2015; 6(4):343-9.

26. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G, 2013. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013; 10(5):e1001452.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidado pré-natal de baixo risco. Series A. Normas Técnicas e Manuais - Cadernos de atenção básica, nº 32. Brasília (DF): Publicado pelo Ministério da Sáude; 2012. Portuguese.

28. Meira BM, Pereira PA, Silveira MF, Gualda DM, Santos Jr HP. Challenges for primary healthcare professionals in caring for women with postpartum depression. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(3):706-12.

29. Freed RD, Chan PT, Boger KD, Tompson MC. Enhancing maternal depression recognition in health care settings: a review of strategies to improve detection, reduce barriers and reach mothers in need. Fam Syst Health. 2012; 30(1):1-18.