

PERCEÇÃO DAS GESTANTES ACERCA DOS FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

PERCEPTION OF PREGNANT WOMEN ABOUT THE RISK FACTORS OF DEPRESSION DURING PREGNANCY

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

 Mônica Maria de Jesus Silva¹

 Maria José Clapis¹

¹ Universidade de São Paulo - USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Mônica Maria de Jesus Silva
E-mail: monicamjs@usp.br

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Mônica M. J. Silva; **Aquisição de Financiamento:** Mônica M. J. Silva; **Coleta de Dados:** Mônica M. J. Silva; **Conceitualização:** Mônica M. J. Silva, Maria J. Clapis; **Gerenciamento de Recursos:** Mônica M. J. Silva; **Gerenciamento do Projeto:** Maria J. Clapis; **Metodologia:** Mônica M. J. Silva, Maria J. Clapis; **Redação - Preparação do Original:** Mônica M. J. Silva; **Redação - Revisão e Edição:** Maria J. Clapis; **Supervisão:** Maria J. Clapis.

Fomento: Coordenação de Apoio ao Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de doutorado no país. Linha de financiamento 001.

Submetido em: 15/01/2020

Aprovado em: 22/06/2020

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores de risco para a ocorrência da depressão na gravidez na percepção das gestantes. **Método:** estudo transversal e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de 12 a 27 de janeiro 2017, do qual participaram 15 gestantes por meio de quatro grupos focais promovidos no ambulatório de gestação de alto risco de um hospital público universitário. Para a coleta de dados os grupos focais foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, seguindo um roteiro que continha questões referentes a dados socioeconômicos e obstétricos e cinco questões abertas relacionadas à percepção das gestantes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. A análise dos dados ocorreu segundo análise de conteúdo temática de Bardin e atendeu aos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa. **Resultados:** os depoimentos das gestantes permitiram identificar 10 fatores de risco para a depressão na gravidez, os quais foram distribuídos em fatores de risco socioeconômico; psíquico; obstétrico/materno; e psicossocial, que podem contribuir para estudos futuros na linha de conhecimento, para a qualificação da assistência pré-natal e promoção da saúde mental das gestantes e para o aperfeiçoamento das práticas de Enfermagem, beneficiando a profissão. **Conclusão:** segundo a percepção das gestantes, múltiplos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento da depressão durante a gravidez. Os fatores de risco identificados contribuíram para a elaboração da escala de risco de depressão na gravidez e podem subsidiar o planejamento de ações de prevenção e diagnóstico precoce e promoção da saúde mental da mulher grávida.

Palavras-chave: Enfermagem; Gravidez; Depressão; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to identify the risk factors of depression perceived by women during their pregnancy. **Method:** this is a cross-sectional and descriptive study with a qualitative approach carried out from January 12 to 27, 2017. Fifteen pregnant women participated through four focus groups promoted in the high-risk pregnancy clinic of a public university hospital. For data collection, focus groups were recorded in audio and later transcribed, following a script with questions regarding socioeconomic and obstetric data and five open questions related to the perception of the pregnant women about risk factors for the development of depression. Data analysis took place according to Bardin's thematic content analysis and met the consolidated criteria for qualitative research reports. **Results:** the statements of the pregnant women identified 10 risk factors for depression during their pregnancy. We distributed this data into socioeconomic risk factors; psychic; obstetric/maternal factors; and psychosocial factors. They can contribute

Como citar este artigo:

Silva MMJ, Clapis MJ. Percepção das gestantes acerca dos fatores de risco para depressão na gravidez. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1328. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200065

to future studies in the line of knowledge, for the qualification of prenatal care and the promotion of mental health of pregnant women and the improvement of Nursing practices, benefiting the profession. **Conclusion:** according to the perception of pregnant women, multiple risk factors contribute to the development of depression during their pregnancy. The identified risk factors contributed to the elaboration of the risk scale for depression in pregnancy and may support the planning of prevention and early diagnosis actions and the promotion of the mental health of pregnant women.

Keywords: Nursing; Pregnancy; Depression; Risk Factors.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo para la ocurrencia de depresión en el embarazo según la percepción de las gestantes.

Método: estudio transversal descriptivo-cualitativo realizado del 12 al 27 de enero de 2017. Participaron 15 gestantes a través de cuatro grupos focales promovidos en la clínica de embarazo de alto riesgo de un hospital universitario público. Para la recogida de datos, las conversaciones de los grupos focales se grabaron en audio y después se transcribieron, siguiendo un guión con preguntas sobre datos socioeconómicos y obstétricos y cinco preguntas abiertas relacionadas con la percepción de las gestantes sobre los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión. El análisis de datos se llevó a cabo de acuerdo con el análisis de contenido temático de Bardin y cumplió con los criterios consolidados para los informes de investigación cualitativa. **Resultados:** los testimonios de las gestantes permitieron identificar 10 factores de riesgo de depresión durante el embarazo, distribuidos de la siguiente forma: factores de riesgo socioeconómico; psíquico; obstétrico / materno; y psicosocial. Estos resultados podrían contribuir a futuros estudios en la línea del conocimiento para la calificación de la atención prenatal y la promoción de la salud mental de la gestante y para la mejora de las prácticas de enfermería, en beneficio de la profesión. **Conclusión:** según la percepción de las gestantes, hay múltiples factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la depresión durante el embarazo. Los factores de riesgo identificados aportaron a la elaboración de la escala de riesgo de depresión en el embarazo y podrían respaldar la planificación de acciones de prevención y diagnóstico precoz y promoción de la salud mental de la mujer embarazada.

Palabras clave: Enfermería; Embarazo; Depresión; Factores de Riesgo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em todo o mundo cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das que acabaram de dar à luz sofrem de algum transtorno mental. Nos países em desenvolvimento os índices são ainda mais altos, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto.¹

Essa alta prevalência está aliada às mudanças físicas e psicológicas que a gravidez e a transição para a maternidade acarretam para as mulheres. Nesse contexto, embora a maioria

delas frequentemente veja a gravidez e a maternidade como um indicador social de autorrealização, muitas encaram a gravidez negativamente, o que pode resultar no desenvolvimento de transtornos mentais antes e/ou após o parto.²

Entre os transtornos mentais que podem desenvolver-se durante a gravidez, a depressão apresenta substancial relevância. Esse transtorno é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015.³

Na gravidez, a depressão ocasiona consequências negativas substanciais que se estendem não apenas em curto prazo na saúde materna e neonatal, mas também repercute em longo prazo na vida adulta e na família.⁴

Diversos são os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão na gravidez, estando associados ao seu desfecho. Fatores de risco socioeconômicos,^{5,6} psicossociais,⁶ biológicos⁷ e psíquicos^{6,8} estão bem fundamentados em estudos anteriores.

A identificação dos fatores de risco permite traçar um cenário da vulnerabilidade da gestante à depressão, antecipando a detecção de casos e interrompendo precocemente o processo de adoecimento, favorecendo a atuação dos profissionais na assistência pré-natal, como o enfermeiro, quanto à tomada de decisão assertiva para prevenção e tratamento desse transtorno.

Dessa forma, esse estudo objetivou identificar os fatores de risco para a ocorrência da depressão na gravidez na percepção das gestantes.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa que representa uma das etapas de um estudo maior que objetivou a elaboração e validação da escala de risco de depressão na gravidez.

A elaboração dos itens de uma escala pode ser alicerçada pela revisão da literatura; pela consulta à população-alvo; e pela consulta a especialistas na área em questão.⁹ Neste estudo é apresentada uma das fases que subsidiaram a elaboração dos itens da escala, a qual compreendeu a consulta à população-alvo, ou seja, às gestantes.

CENÁRIO E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado no ambulatório de gestação de alto risco de um hospital público universitário no interior do estado de São Paulo, Brasil, com amostra de 15 gestantes. Entre estas, sete não apresentavam diagnóstico de depressão, as quais não foram identificadas no grupo, visando preservá-las. Não houve perdas amostrais, uma vez que não houve recusas e desistências.

Optou-se por essa composição devido à incerteza da quantidade de gestantes com diagnóstico de depressão que estariam presentes em cada dia de atendimento pré-natal, uma vez que não há ambulatório específico destinado ao pré-natal de gestantes com transtornos mentais ou de saúde mental da mulher. Além disso, buscou-se a interação entre as gestantes com vistas a potencializar a comunicação para a coleta de dados.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser gestante com idade igual ou superior a 18 anos; realizar pré-natal no referido ambulatório; entre as gestantes depressivas, possuir diagnóstico confirmado em prontuário. Como critérios de exclusão adotou-se a incapacidade de comunicação verbal e compreensão sem a participação de outra pessoa, avaliada pela observação da pesquisadora e mediante consulta à equipe de saúde, e não pela aplicação de qualquer instrumento de avaliação.

Diante dos critérios de inclusão e exclusão, utilizou-se uma amostragem não probabilística consecutiva para o recrutamento das gestantes, a qual pode ser compreendida como a escolha de pessoas ou objetos mais prontamente acessíveis como sujeitos de uma pesquisa.¹⁰

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período entre 12 e 27 de janeiro de 2017 por meio da realização de grupos focais (GF), que foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, conduzidos por roteiro desenvolvido pela pesquisadora e testados em gestantes que não fizeram parte da coleta. O roteiro continha duas partes. A primeira parte era composta de dados socioeconômicos e obstétricos participantes, tais como idade, estado marital, religião, escolaridade, atividade trabalhista, renda, idade gestacional, histórico de abortamento, número de partos, de gestações e de filhos vivos. A segunda parte continha cinco questões abertas relacionadas à percepção das gestantes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão.

Os grupos focais foram realizados em uma sala de grupos que atendia aos requisitos de privacidade e silêncio, considerando que eles seriam gravados mediante autorização das participantes. O planejamento incluiu as seguintes etapas: seleção das participantes; escolha do moderador e seus assistentes; organização dos recursos técnicos e materiais para a gravação; escolha do material adequado para a execução.¹¹

A pesquisadora fez o contato inicial com as gestantes na sala de espera do ambulatório enquanto estas aguardavam a consulta pré-natal, durante a qual lhes foram explicados o propósito e desenho do estudo, bem como os objetivos e a finalidade da realização dos GFs, convidando-as a participarem da pesquisa. As interessadas foram direcionadas para a sala de grupos, onde receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizados quatro GFs com duração de média de 52,5 minutos ($dp \pm 9,5$), com tempo mínimo de 40 e máximo de 60 minutos, de quarta a sexta-feira nos dias de funcionamento do Ambulatório de Malformações Fetais e Gemelaridade (AMEF), Ambulatório de Hipertensão Gestacional e Cardiopatias (HIG) e o Ambulatório de Prematuridade (APREM), respectivamente. Ressalta-se que não foram realizados GFs às segundas e terças-feiras, devido à indisponibilidade da sala de grupos utilizada. Esse número de GF foi considerado adequado, uma vez que foi dada continuidade ao tema até o seu esgotamento, o que permitiu o alcance dos objetivos propostos. O número de participantes em cada grupo variou de duas a cinco gestantes. Apesar do número restrito de participantes em dois GFs, os quais contaram com duas e três participantes cada, eles não foram desconsiderados, uma vez que a interação entre as participantes foi representativa e produziu dados suficientes com conteúdo rico em informações para o alcance do objetivo.

Os grupos foram conduzidos por uma das pesquisadoras do estudo e por uma assistente. A pesquisadora era enfermeira, mestre em Enfermagem, aluna de doutorado e exerceu a função de moderadora do grupo focal após realização de treinamento para essa finalidade. A assistente era enfermeira, mestre em Enfermagem e aluna de doutorado com experiência na realização de grupos focais. Sua atuação auxiliou na observação da conduta do grupo; nas anotações em diário de campo referentes aos pontos relevantes e suas impressões sobre o grupo; e na intervenção na condução do grupo com a inclusão de questionamentos ou complementação de algumas questões.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados que emergiram dos GFs devidamente gravados com a anuência das participantes e transcritos pela pesquisadora resultaram em textos discursivos que foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin¹², realizada por duas pesquisadoras.

Após a leitura dos dados empíricos, os depoimentos redundantes, semanticamente equivalentes, irrelevantes, pouco claros ou não relacionados ao tema foram eliminados e fragmentos relevantes dos depoimentos foram selecionados. A seguir, os depoimentos foram organizados sistematicamente e agregados em unidades temáticas de acordo com os fatores de risco nele identificados. Destes, foram identificados os fatores de risco associados à depressão na gravidez e posteriormente organizados em categorias e subcategorias. Seguiram-se as Diretrizes de Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ).¹³

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP) sob o Parecer 1835654. Na apresentação dos resultados, os depoimentos foram designados pela letra G, indicativo de gestante, seguida por números romanos que correspondem a cada participante, para assegurar seu anonimato.

RESULTADOS

Entre as 15 participantes predominou a faixa etária entre 30 e 34 anos, com média de 32 anos (dp±4,0), idade mínima de 24 e máxima de 38 anos. Prevaleram as gestantes em estado marital estável (casadas ou com companheiro) (86,7%); que possuíam uma religião (100%) e professavam a crença católica (60%); estudaram até o ensino médio, o que corresponde a 12 anos de estudo (60%); e que exerciam atividade trabalhista remunerada (60%). Entre estas, 55,5%, estavam empregadas no momento da realização do estudo.

Da totalidade de participantes, apenas cinco informaram a renda familiar mensal, a qual se encontrava na faixa de dois a três salários mínimos para a maioria das participantes (80%), com média de R\$ 1.387,20 (dp±482,30), mínimo de R\$ 1.200,00 e máximo de R\$ 2.200,00.

A maioria das participantes estava no terceiro trimestre gestacional (80%), com média de 34 semanas (dp±5,0), mínimo de 25 e máximo de 39. Também a maioria estava em uma segunda gestação ou mais, sendo multigestas (93,7%), com média de 3,5 gestações (dp±1,5), mínimo de uma e máximo de sete gestações. Predominaram também as gestantes que já tiveram um parto (66,7%). O número de partos anteriores variou de zero a quatro, com média de dois partos (dp±1,3).

As gestantes com histórico de abortos anteriores foram maioria (80%), assim como as que possuíam filhos vivos (73,4%). O número de abortos variou de zero a dois, com média de 0,8 (dp±0,7) perda. O número de filhos vivos variou de zero a três, com média de 1,6 filho (dp±1,2).

Para a identificação dos fatores de risco foram considerados apenas os depoimentos das gestantes com diagnóstico de depressão, considerando que elas tinham os fatores de risco por possuírem o diagnóstico definido em prontuário. Da análise dos depoimentos emergiram 10 fatores de risco dispostos em quatro categorias temáticas, divididas em subcategorias, de acordo com os fatores de risco identificados pelas gestantes, apresentados na Tabela 1.

FATORES DE RISCO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

DESEMPREGO

O desemprego vivido pela gestante, seu cônjuge ou outro membro familiar é um fator de risco para depressão na gravidez

Tabela 1 - Fatores de risco identificados nos grupos focais, segundo categorias. Ribeirão Preto, SP, 2017

Categoria	Subcategoria	Fator de risco
Fatores de Risco Socioeconômico	Econômica	Desemprego
Fatores de Risco Psíquico	Transtorno mental	Histórico de depressão Medo
	Emoções e sentimentos	Preocupação na gravidez Ansiedade comórbida na gestação
Fatores de Risco obstétrico/materno	Gravidez atual	Gravidez de alto risco Complicações obstétricas
	História obstétrica	Histórico de desfecho obstétrico desfavorável (aborto, morte intrauterina ou óbito neonatal)
	Condições de saúde materna	Doenças ou sintomas relacionados à saúde física da gestante
Fatores de Risco Psicossocial	Violência	Violência na gravidez

referido pelas gestantes. A preocupação em relação à situação financeira desencadeada pelo desemprego assola a gravidez, sendo evidente na percepção das gestantes.

Meu marido tá desempregado faz sete meses, a gente paga aluguel. A gente fica muito preocupada, né? Se vai dar conta, tem que comprar roupa do neném, tem que comprar um monte de coisa. A gente fica muito preocupada, fazendo as continhas, esse mês vai dar pra comprar o quê? Porque a gente paga aluguel, né? E coisa do neném não comprei nada. Eu não comprei nada, nada, nada! (G1).

FATORES DE RISCO PSÍQUICO

HISTÓRICO DE DEPRESSÃO

O histórico de depressão em qualquer momento da vida é fator de risco altamente importante para recorrência do transtorno na gravidez, sendo indicado pelas gestantes.

Quando minha gravidez foi ser descoberta eu estava e tô com depressão. Fui emagrecendo, emagrecendo. Estava com quase cinco meses de gestação quando descobri [...] Eu tô bem pra baixo! (G2).

MEDO

O medo é um sentimento presente em muitas gestantes, principalmente quando elas trazem consigo um histórico de desfecho obstétrico desfavorável marcado por perdas anteriores, partos

prematuros, complicações obstétricas. Soma-se ainda o medo em relação ao parto e complicações obstétricas na gestação atual.

Eu tenho muito medo, né? Eu perdi no banheiro, saiu os pezinhos. Aí eu vou no banheiro, eu sento no vaso e dou uma olhadinha, porque dá medo, né? (G3).

Meu medo é de acontecer alguma coisa e ele nascer prematuro, igual aos outros dois, meu medo é esse. E assim, medo também que dos dois outros que eu tive e perdi, aí me atacou hemorragia. Então, eu fico com de medo desse também acontecer a mesma coisa, um receio (G4).

PREOCUPAÇÃO NA GRAVIDEZ

As preocupações estão presentes na vida de todos. No contexto de uma gestação, em que diversas mudanças são inseridas na vida gestante, elas se fazem ainda mais presentes. No entanto, quando essa preocupação se exagera a ponto de interferir no dia a dia da gestante, ela passa a contribuir para a deterioração do seu bem-estar psíquico, estando associada à depressão na gravidez.

Devido às outras percas [sic], aí você fica preocupada que não consegue. E aí fica emotiva, né? Acaba chorando por qualquer coisa (G3).

Tô muito preocupada! Minha preocupação é nascer especial igual meu outro filho. E porque tô sentindo muita dor. Porque essa é minha terceira gravidez e eu não sentia nada nas outras. E agora não, fico sentindo dor o tempo todo (G8).

ANSIEDADE COMÓRBIDA NA GESTAÇÃO

A ansiedade materna presente além do habitual e capaz de interferir na vida diária foi referida pelas gestantes em seus depoimentos, ainda que não diagnosticada como transtorno mental pela avaliação clínica especializada entre as participantes dos grupos focais.

Estou muito ansiosa e ao mesmo tempo um pouco com medo. Desde o início sofrimento, perda de sangue, descolamento prematuro de placenta. É uma luta! (G4).

FATORES DE RISCO OBSTÉTRICO/MATERNO

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

A vivência de uma gestação de alto risco pode contribuir para alterações no estado emocional e na saúde mental da mulher, ao desencadear sentimentos como medo, tristeza e apreensão, capazes de contribuir para a ocorrência da depressão na gravidez, como evidenciado no depoimento das gestantes.

Eu tenho medo porque eu já perdi um e agora tô com bolsa rota e tô perdendo muito líquido. É sério, né? Sei que é de risco. Então, isso não tem como, fico muito apreensiva, muito medo. Já tive uma gravidez ectópica. E acho que isso também influencia muito no estado emocional. Tá sendo muito difícil (G5).

Eu tô triste, muito triste! É por causa da pressão. Minha pressão é alta, ela sobe só na gravidez. Aí eu tenho muita dor de cabeça e eu passo muito mal. E tem o risco (G6).

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

Na visão das gestantes, a ocorrência de complicações obstétricas na gestação atual impacta diretamente em sua saúde mental, uma vez que potencializa sentimentos negativos como angústia, tristeza, desespero, gerando sofrimento durante a gestação.

Desde o início sofrimento, perda de sangue, descolamento prematuro de placenta. É uma luta! [...] Com cinco meses eu tive, fiquei internada vários dias com hemorragia, aí tive descolamento prematuro de placenta. A médica disse que eu não ia segurar o neném. Aí eu entrei em desespero. Tive tristeza e angústia! (G4).

HISTÓRICO DE DESFECHO OBSTÉTRICO DESFAVORÁVEL

As experiências vividas pela gestante anteriormente influenciam a gestação atual, sendo capazes de desencadear apreensão e preocupação ao recordar o passado. Esses sentimentos, deflagrados ao relembrar o passado, podem favorecer depressão na gravidez.

Tô com preocupação desde o momento que fiquei grávida! Porque sou hipertensa. Nas outras gestações também, já tive pré-eclâmpsia, o último [filho] tirei de oito meses porque a pressão foi subindo. Então, fico muito apreensiva (G7).

DOENÇAS OU SINTOMAS RELACIONADOS À SAÚDE FÍSICA DA GESTANTE

A condição de saúde materna evidenciada em doenças ou sintomas relacionados à saúde física da gestante pode contribuir para alterações em seu estado psíquico, sendo referidos pelas participantes em seus depoimentos.

Eu sou muito ansiosa! Eu tenho lúpus e tá aparecendo um monte de coisa. Tá inchando, tá aparecendo essas bolhas. Mas acho que é devido ao lúpus. Aí aumenta a dosagem, diminui o de corticóide, senão é perigoso perder o neném. Aí tem toda essa fase aí (G3).

FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAL

VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ

Ao ser vítima de violência física, sexual ou psicológica durante a gestação, em um momento em que a mulher esperava receber apoio e carinho em vez de maus-tratos e agressões, ela tem seu bem-estar psíquico também violentado e predisposto a transtornos como o depressivo. Assim, a violência sofrida na gravidez foi referida como desencadeadora da depressão.

Se eu contar minha história, você chora! Eu tenho três filhos, uma moça e dois moços, o menor tem 18 anos. Aí aconteceu essa gravidez, estava indo bem. Quando foi dois de novembro, dia de finados, meu marido chegou em casa muito alterado, aí eu apanhei, apanhei muito! Meu filho do meio que entrou no meio pra me proteger. Aí, resumindo, eu tive que chamar a polícia, deu Maria da Penha, está preso. E, assim, nossa, meu chão acabou, né? Aí eu me vi sozinha, carregando uma criança! Aí eu fiquei assim com muita raiva, só chorava, não comia mais. Fiquei com depressão (G7).

DISCUSSÃO

A percepção das gestantes que participaram dos GFs permitiu identificar e compreender os fatores de risco que estão associados à depressão na gravidez. Entre os 10 fatores de risco identificados, a maioria englobava os riscos psíquico e obstétrico/materno, com quatro fatores cada. O histórico de depressão, medo, preocupações na gravidez e ansiedade na gestação foram proeminentes entre as gestantes, integrando os fatores de risco psíquicos.

A gravidez é um período sensível na vida de uma mulher e é provável que evoque níveis elevados de ansiedade e preocupação com influências únicas em seu estado de humor. No entanto, como evidenciado em estudo anterior e nos GFs do presente estudo, as preocupações relacionadas à gravidez devem ser consideradas como possíveis correlatos de estados de saúde mental materna deficientes.¹⁴

A gravidez também pode ser um evento de vida estressante e provocador de ansiedade. Por outro lado, a ansiedade como um transtorno mental comum pode deteriorar silenciosamente a saúde da mulher,¹⁵ sendo um relevante preditor associado à depressão na gravidez.⁵

Ademais, a história preconcepcional de um problema de saúde mental, como episódios depressivos ao longo da vida, é bem documentada em estudos anteriores como um dos mais importantes preditores de depressão na gravidez e destacado nos GFs pelas gestantes.^{5,16}

Em relação ao risco obstétrico, os grupos focais fizeram alusão ao histórico de desfechos desfavoráveis, complicações na gestação, gravidez de alto risco e saúde materna prejudicada.

Desfechos obstétricos desfavoráveis como os relacionados à interrupção da gestação em consequência de um aborto, óbito intrauterino ou óbito neonatal afetam a saúde mental e o bem-estar da mãe e representam fatores de risco fortemente associados a ansiedade, depressão e outros resultados adversos à saúde mental.¹⁷ Esses achados são condizentes com estudo brasileiro que teve como mais importante resultado a alta prevalência de depressão em gestantes com abortos recorrentes (41,3%), o que sugere que esse distúrbio é muito comum em mulheres que sofrem de interrupções recorrentes de suas gestações.¹⁸

A interrupção da gravidez é devastadora para as mães e suas famílias, uma vez que a maioria delas experimenta sofrimento psicológico significativo em longo prazo. A morte de um feto ou de uma criança logo após o nascimento provoca luto de longa duração e está relacionada a altos níveis de ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático.¹⁹

O fato de as mulheres que experimentaram perda perinatal apresentarem risco quatro vezes maior de sintomas depressivos ressalta o poderoso impacto da perda e o sofrimento intenso que pode causar aos pais.²⁰ Essas consequências emocionais, que resultam não apenas da perda da gestação atual, mas também de uma preocupação com o destino de qualquer gravidez subsequente, representam custos intangíveis.²¹

Referente ao risco gestacional, os achados dos grupos focais caminham ao encontro dos resultados de um estudo israelense em que a percepção da gestação de alto risco em relação ao feto ou à mulher predisse aumento na sintomatologia depressiva. A percepção de uma situação como ameaçadora ou arriscada não está obrigatoriamente associada a uma condição externa, podendo refletir um sentimento negativo para uma condição neutra. Assim, apesar de, muitas vezes, o nível de percepção subjetiva do risco ser maior do que o risco objetivo real, a percepção deste pode levar ao desespero e a sentimentos negativos.²²

A ansiedade presente em mães que enfrentam uma gravidez de risco em relação à sua própria saúde e à saúde do feto indica uma situação altamente estressante que pode culminar potencialmente em desfechos emocionais como tristeza, desânimo e depressão.²³ Da mesma forma, as mulheres que vivenciam uma gestação com complicações incorporam os problemas associados à gravidez e à criança. Suas preocupações geralmente incluem o curso da gravidez e o estado de saúde da criança, com pensamentos depressivos associados a falhas e complicações esperadas. A mulher é afetada por sentimento de culpa e a depressão a priva da alegria que deveria estar associada às experiências maternas.²⁴

Não menos importante e impactante, os GFs destacaram a vivência de uma gestação com a saúde materna fragilizada como um fator de risco. Problemas adicionais associados ao estado de saúde materna são vivenciados por mulheres com complicações na gravidez, que enfrentam gestações de risco ou que carregam

condições crônicas pré ou pós-gestacionais, permeadas, muitas vezes, por hospitalizações da gestante.

Essas condições de doenças ou sintomas relacionados à saúde física da gestante representam um risco para o desenvolvimento da depressão na gravidez ao apresentarem significativamente mais problemas de humor e labilidade emocional que podem culminar com sintomas depressivos ou do transtorno em si.²³

As categorias dos fatores de risco socioeconômico e psicossociais abrangeram a seleção de apenas um fator cada. O risco socioeconômico, quantificado pelo fator desemprego, foi ratificado em estudo realizado no Paquistão, que relatou que as mulheres desempregadas estavam mais deprimidas durante a gravidez. Segundo esse estudo, as mulheres desempregadas não possuem apoio econômico e detêm tempo livre para pensar em sua gravidez.²

Embora a categoria psicossocial tenha sido formada apenas pelo fator de risco violência na gravidez, ela apresentou o maior impacto negativo para as gestantes, considerando as repercussões da violência sofrida na gravidez tanto na gestante como no filho que ela gesta.

A violência na época da gravidez é um sério problema de saúde pública e é conhecida por ter efeito adverso na saúde mental perinatal.²⁴ Corroborando os depoimentos das gestantes nos GFs, a experiência de violência durante a gravidez tem sido citada como um importante fator de risco para sintomas depressivos, como evidenciado em estudo entre mulheres japonesas²⁵ e jamaicanas.⁶

Os depoimentos das gestantes abordadas no presente estudo, como conhecedoras de sua própria condição, permitiram a identificação dos fatores de risco para a ocorrência da depressão na gravidez, o aprimoramento do conhecimento da população estudada e da metodologia de pesquisa proposta, assim como contribuíram para a produção de medidas válidas e fidedignas em uma escala inédita para o rastreamento do risco de depressão na gravidez, visto a ausência de instrumento de tal medida, conforme mencionado, que podem contribuir para estudos futuros na linha de conhecimento.

A escala mencionada tem potencial para subsidiar a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal no tocante a prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno da depressão na gravidez. Dessa forma, os resultados deste estudo certamente refletir-se-ão na qualificação da assistência pré-natal e na promoção da saúde mental das gestantes e no aperfeiçoamento das práticas de Enfermagem, beneficiando a profissão.

As limitações são caracterizadas por um estudo transversal realizado em curto período de tempo.

CONCLUSÃO

Conforme a percepção das gestantes, múltiplos fatores de risco contribuem para a depressão na gravidez, com destaque para

fatores de risco de origem socioeconômica, obstétrica/materna, psíquica e psicossocial.

Os fatores de risco identificados por meio da análise dos depoimentos das gestantes contribuíram de forma expressiva e valiosa para a elaboração da escala de risco de depressão na gravidez e podem subsidiar o planejamento de ações de prevenção, detecção precoce e promoção da saúde mental da mulher grávida.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Mental health. Maternal mental health. Geneva: WHO; 2019[citado em 2019 maio 05]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- Ghaffar R, Iqbal Q, Khalid A, Saleem F, Hassali MA, Baloch N, et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Womens Health*. 2017[citado em 2019 maio 21];25(17):51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526273/>
- World Health Organization (WHO). Mental health: informative folder. Geneva: WHO; 2018[citado em 2019 jan. 27]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1257&Itemid=826
- Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Barnett B. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018[citado em 2019 jun. 5];20(18):49. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Kinser PA, Thacker LR, Lapato D, Wagner S, Roberson-Nay R, Jobe-Shields L, et al. Depressive Symptom Prevalence and Predictors in the First Half of Pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018[citado em 2019 nov. 10];27(3):369-76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5865242/>
- Bernard O, Gibson RC, Mccaw-Binns A, Reece J, Coore-Desai C, Shakespeare-Pellington S, et al. Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: a cross-sectional study. *Plos ONE*. 2018[citado em 2019 out. 5];13(3): e-0194338. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858785/>
- Kumpulainen SM, Girchenko P, Lahti-pulkkinen M, Reynolds RM, Tuovinen S, Pesonen AK, et al. Maternal early pregnancy obesity and depressive symptoms during and after pregnancy. *Psychol Med*. 2018[citado em 2019 maio 5];48(14):2353-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29338797>
- Recto P, Champion JD. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs*. 2017[citado em 2019 maio 14];38(8):633-42. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01612840.2017.1330908>
- Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Arch Clin Psychiatry*. 1998[citado em 2019 maio 18];25(5):206-13. Disponível em: <http://mpetifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TS. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2019 ago. 12];70(2):424-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007[citado em 2019 maio 12];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
- Sattler MC, Jelsma JGM, Bogaerts A, Simmons D, Desoye G, Corcoy R, et al. Correlates of poor mental health in early pregnancy in obese European women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017[citado em 2019 nov. 11];17(1):404. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1595-y>

15. Aryal KK, Alvik A, Thapa N, Mehata S, Roka T, Thapa P, *et al.* Anxiety and depression among pregnant women and mothers of children under one year in Sindupalchowk District. *J Nepal Health Res Counc.* 2018[citado em 2019 nov.8];16(2):195-204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29983437>
16. Bawahab JA, Alahmadi JR, Ibrahim AM. Prevalence and determinants of antenatal depression among women attending primary health care centers in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2017[citado em 2019 dez. 10];38(12):1237-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29209674>
17. Abajobir. AA, Alati R, Kisely S, Najman J. Are past adverse pregnancy outcomes associated with maternal anxiety and depressive symptoms in a sample of currently pregnant women? *Ethiop J Health Sci.* 2017[citado em 2019 dez. 10];27(4):351-62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615024/>
18. Carvalho AC, Silva ME, Matos BM, Bottino CM, Abrahão AR, Cohrs FM, *et al.* Depression in women with recurrent miscarriages - an Exploratory Study. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016[citado em 2019 dez. 11];38(12):609-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n12/0100-7203-rbgo-38-12-00609.pdf>
19. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, *et al.* Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet.* 2016[citado em 2019 out. 10];387(1):604-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26794073>
20. Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. *J Womens Health (Larchmt).* 2016[citado em 2019 out. 10];25(1):263-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26258870>
21. Yu XY, Hu Y, Li YC, Feng SW. Application of the triage assessment system for psychological assessment for pregnant women with a deadly fetal abnormality. *Int J Nurs Pract.* 2015[citado em 2019 dez. 10];21(1):102-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758197>
22. Kestler-Peleg M, Lavenda O. The perceived risk of pregnancy as a mediator of the association between prenatal depression and depression 5 years after giving birth. *Psychiatry Res.* 2018[citado em 2019 out. 14];263(1):80-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29502042>
23. Koss J, Bidzan M, Smutek J, Bidzan L. Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery. *Med Sci Monit.* 2016[citado em 2019 nov. 10];22(1):1028-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818031/>
24. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PLoS ONE.* 2017[citado em 2019 nov. 16];12(5):e0176211. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0176211>
25. Suzuki S, Yamada F, Eto M. Influence of intimate partner violence on mental status in Japanese women during the first trimester of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018[citado em 2019 nov. 10];31(11):1524-6. Disponível em: doi: 10.1080/14767058.2017.1317739