

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM GESTANTES ABRIGADAS EM UMA MATERNIDADE SOCIAL

DEPRESSION SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN CARED FOR IN A MATERNITY SHELTER

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS ALOJADAS EN UNA CASA DE MATERNIDAD SOCIAL

Marcella Murata¹

Marlise de Oliveira Pimentel Lima²

Isabel Cristina Bonadio³

Maria Alice Tsunechiro⁴

RESUMO

A presença de sintomas depressivos na gestação tem importantes efeitos na saúde materna, fetal e na criança. Objetivou-se com esta pesquisa identificar a prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social e verificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais associadas. Trata-se de estudo transversal com 75 gestantes maiores abrigadas em uma maternidade social da cidade de São Paulo, entre outubro de 2009 e agosto de 2010. A prevalência de sintoma depressivo foi avaliada pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) considerando a pontuação 10 a 12 sintomas menores e ≥ 13 sintomas maiores. A confiabilidade desse instrumento foi verificada pelo Alpha de Cronbach. Foram usados os testes de correlação de Pearson e de Spearman para verificar os fatores que influenciam a presença de sintomas depressivos. As gestantes apresentaram as seguintes características: – média da idade 25,1 anos; 52% não caucasianas; escolaridade 8,5 anos; religião 41,4% católicas; 73,3% sofreram violência física; 62,7% violência emocional; 58,7% fumantes; 46,7% usavam bebida alcoólica eventual; 57,3% três ou mais filhos; 74,7% duas ou mais queixas obstétricas, mediana da idade gestacional 25 semanas; 86,7% aceitaram a gestação. Apenas 25,3% de gestantes não apresentaram sintomas depressivos; 12,0% apresentaram sintomas menores e 62,7% sintomas maiores. A idade gestacional foi a única variável que apresentou associação estatística significativa com sintomas depressivos. A alta prevalência de gestantes com sintomas depressivos evidencia a necessidade de atenção à saúde mental desde o início da gestação, sobretudo para prevenção da depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão; Gestantes; Saúde Mental; Assistência Social.

ABSTRACT

The occurrence of depression symptoms during pregnancy presents significant effects on maternal, fetal, and infant health. This study aims at identifying the prevalence of depression symptoms in pregnant women cared for in a maternity shelter as well at verifying the socio-demographic, obstetric and psychosocial factors associated with it. It is a cross-sectional study with 75 women over 18 years old sheltered in a maternity hospital at Sao Paulo. Data was collected between October 2009 and August 2010. The prevalence of depression symptoms was assessed by the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) considering the score 10 to 12 for minor symptoms and ≥ 13 for major ones. Reliability was calculated by Cronbach's Alpha. Pearson's and Spearman's correlation test were used to identify factors that influence the presence of depression symptoms. The pregnant women presented the following characteristics: the average age was 25.1 years; 52% were non-Caucasian; an average of 8.5 years of schooling, 41.4% were Catholic; 73.3% experienced physical violence and 62.7% emotional abuse; 58.7% were smokers; 46.7% used alcoholic beverages occasionally; 57.3% had three or more children; 74.7% reported two or more obstetric complaints; median gestational age was 25 weeks; 86.7% accepted the pregnancy. Only 25.3% of the pregnant women did not present depression symptoms; 12.0% presented minor symptoms and 62.7% major symptoms. The gestational age was the only variable that indicated a statistically significant association with depressive symptoms. In conclusion, the high prevalence of pregnant women with depression symptoms highlights the need for mental health care from the beginning of pregnancy for the prevention of postpartum depression.

Key words: Depression; Pregnant Women; Mental Health; Social Work.

RESUMÉN

La incidencia de los síntomas de depresión durante el embarazo tiene efectos significativos en la salud de la madre, del feto y del niño. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres embarazadas alojadas en una casa de maternidad social y observar las variables sociodemográficas, obstétricas y los factores psicossociales asociados. Se trata de un estudio transversal con 75 mujeres embarazadas mayores de 18 años alojadas en una casa de maternidad social en la ciudad de San Pablo, entre octubre de 2009 y agosto de 2010. La prevalencia de los síntomas de depresión se evaluó con la Escala de Edimburgo (EPDS) considerando de 10 a 12 como síntomas menores y ≥ 13 síntomas mayores. La confiabilidad de la herramienta fue comprobada por el coeficiente Alpha de Cronbach. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson y Spearman para identificar los factores que influyen en la incidencia de los síntomas de depresión. Las embarazadas presentan las siguientes características: edad promedio de 25,1 años; 52% de raza no caucásica; 8,5 años

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Bolsista de Iniciação Científica USP/CNPq 2009/2010. E-mail: marcellamurata@yahoo.com.br.

² Enfermeira Obstetra. Doutora. Coordenadora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: moplima@uol.com.br.

³ Enfermeira Obstetra. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: ibonadio@usp.br.

⁴ Enfermeira Obstetra. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: tamnami@usp.br. Endereço para correspondência – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César, São Paulo-SP – CEP 05304 000. E-mail: tamnami@usp.br.

de escolaridade; 41,4%, católica; 73,3% sofre de violência física; 62,7% de violência emocional; 58,7% fumadoras; 46,7% bebiam álcool eventualmente; 57,3% com três filhos ou mais; 74,7% com duas queixas obstétricas ou mais; promédio de idade gestacional de 25 semanas; 86,7% aceitou o parto. Só o 25,3% das mulheres grávidas não tinha sintomas de depressão; 12,0% tinham sintomas menores e um 62,7% sintomas maiores. A idade gestacional foi a única variável que mostrou uma associação significativa com os sintomas depressivos. A alta prevalência de mulheres grávidas com sintomas depressivos põe em evidência a necessidade de dar atenção à saúde mental desde o início da gravidez, especialmente para prevenir a depressão pós-parto.

Palabras clave: Depressão; Mulheres Grávidas; Saúde Mental; Assistência Social.

INTRODUÇÃO

A gravidez é comumente associada a um estado de felicidade e faz pouco tempo acreditava-se que a gestação tinha efeito protetor sobre a saúde mental da mulher, porém as pesquisas científicas diferem desse senso comum, pois o período perinatal não as protege dos transtornos do humor.¹

A gravidez exerce enorme efeito psicobiológico e fisiológico sobre o corpo e a mente da mulher, dadas as dramáticas mudanças nos níveis de estrogênio e progesterona, bem como pela significativa supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano.² Tais mudanças endócrinas têm suscitado a hipótese de que, em decorrência dessas modificações, a gestante tenha uma vulnerabilidade maior à depressão.³

Na gravidez, a prevalência da depressão varia, dependendo da forma de triagem e do diagnóstico das mulheres. Estudos apontam a prevalência de depressão, na gestação de 7,4% no primeiro trimestre a 17,0% no último¹, podendo chegar até a 20,0%.⁴

Os fatores de risco mais frequentes associados à depressão no período gestacional são estresse na vida diária, falta de suporte social e violência doméstica.⁵

Os estudos mostram a associação entre depressão gestacional e repercussões negativas na saúde materno-fetal e da criança, portanto são de suma importância informações sobre a prevalência e fatores associados à depressão gestacional, especialmente no Brasil, onde os estudos são escassos.

Ao participar das atividades no serviço de pré-natal de uma maternidade que atende majoritariamente gestantes em situação de risco social, despertou nosso interesse estudar alguns aspectos relacionados à saúde mental, em especial de mulheres que procuram e necessitam de abrigo durante a gestação. Nesse sentido, este estudo justifica-se, dada a tendência de maior prevalência de sintomas depressivos em gestantes que apresentam esses fatores de risco.

Os objetivos com este estudo foram identificar a prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social e verificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais associadas.

MÉTODO

Estudo transversal realizado no Alojamento Social do Amparo Maternal, instituição filantrópica localizada no município de São Paulo. A instituição foi fundada em 1939, com a finalidade de abrigar mulheres grávidas sem moradia na cidade e sem local para dar à luz.

A amostra foi de conveniência, composta por 75 mulheres que estavam abrigadas no Alojamento Social entre outubro de 2009 e agosto de 2010 e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem gestantes, independentemente da idade gestacional e do tempo de abrigo na instituição, e terem idade mínima de 18 anos. Não foram incluídas gestantes com deficiência mental e aquelas com acompanhamento em outro serviço por gestação de alto risco, além das adolescentes com menos de 18 anos de idade.

Dada a alta rotatividade, grande variação no tempo de permanência (de um dia a vários meses) e dificuldade na sistematização dos registros de entrada e saída do alojamento, não foi possível determinar a população total de mulheres abrigadas no período do estudo. Sabe-se, no entanto, que a instituição tem capacidade para abrigar 100 mulheres por mês, gestantes ou puérperas e seus recém-nascidos, e que a média diária tem sido de 40 mulheres.

Na coleta de dados foram usados dois instrumentos: um destinado à obtenção de dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais da gestante com base nas variáveis de interesse para o estudo, e o outro, um questionário de avaliação dos sintomas depressivos – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)⁶ –, que pode ser utilizado também para triagem de depressão na gestação. Foi utilizada a adaptação brasileira da escala realizada por Santos, Martins e Pasquali⁷. Trata-se de um instrumento de resposta simples e de pontuação, projetado para ser empregado por profissional não especializado em saúde mental.

A EPDS é um instrumento de autoavaliação e autoexplicativo, composto por dez enunciados, cujas opções são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem os seguintes sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista e aplicação da EPDS, em dia determinado pela assistente social, o que limitou o tamanho da amostra. As entrevistas foram conduzidas em sala privativa, após a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico SPSS 13.0™ para Windows. As variáveis do estudo foram analisadas por meio de estatística descritiva por frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central – média, mediana e desvio-padrão –, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica.

Para a avaliação do EPDS, cada item do questionário teve a pontuação de 0 a 3, sendo, no conjunto total, o escore máximo de 30. Na análise da presença de sintomas depressivos, foram considerados os seguintes pontos de corte: a pontuação 10 a 12, presença de sintoma depressivo menor e ≥ 13 , depressão maior.⁶ A confiabilidade do instrumento foi testada pela análise da consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach.⁸

Os testes de correlação de Pearson e/ou de Spearman foram usados para análise das associações entre as variáveis psicossociais e obstétricas com a pontuação da EPDS.

Este estudo é parte da pesquisa denominada "Qualidade de vida de mulheres com sintomas depressivos no período gestacional", financiada pelo Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 479016/2007-0. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o Processo nº 844/2009/CEP-EEUSP), e a coleta de dados autorizada pela instituição mediante assinatura do Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados se referem a 75 gestantes abrigadas no Alojamento Social do Amparo Maternal que atenderam aos critérios de inclusão no estudo.

Nas TAB. 1, 2 e 3, mostram-se as características sociodemográficas, obstétricas e psicossociais das gestantes.

Houve predomínio de gestantes com mais de uma gestação (72,0%), variando de uma a oito, e com um ou mais filhos (66,7%). A maioria das gestantes (74,7%) encontrava-se na segunda metade da gravidez.

TABELA 1 – Distribuição das gestantes segundo variáveis sociodemográficas – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|--------------------|------|
| <i>Idade (anos)</i> | | |
| < 20 | 14 | 18,7 |
| 20 a 29 | 42 | 56,0 |
| ≥ 30 | 19 | 25,3 |
| Média (DP) | 25,1 ($\pm 5,7$) | |
| <i>Etnia</i> | | |
| Caucasiana | 36 | 48,0 |
| Negroide | 36 | 48,0 |
| Ameríndio | 3 | 4,0 |
| <i>Escolaridade (anos)</i> | | |
| 1 – 4 | 6 | 8,0 |
| 5 – 8 | 29 | 38,7 |
| ≥ 9 | 40 | 53,3 |
| Média (DP) | 8,5 ($\pm 2,5$) | |
| <i>Religião</i> | | |
| Católica | 31 | 41,4 |
| Evangélica | 27 | 36,0 |
| Não tem | 11 | 14,7 |
| Espírita | 3 | 4,0 |
| Batista | 1 | 1,3 |
| Testemunha de Jeová | 1 | 1,3 |
| Congregação Cristã | 1 | 1,3 |
| Total | 75 | 100 |

TABELA 2 – Distribuição das gestantes segundo variáveis obstétricas – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------------|-------------------|------|
| <i>Gestações</i> | | |
| Uma | 21 | 28,0 |
| Duas | 11 | 14,7 |
| Três ou mais | 43 | 57,3 |
| Média (DP) | 2,9 ($\pm 1,7$) | |
| <i>Paridade</i> | | |
| Nenhuma | 25 | 33,3 |
| Uma | 15 | 20,0 |
| Duas ou mais | 35 | 46,7 |
| Média (DP) | 1,5 ($\pm 1,6$) | |
| <i>Idade gestacional (em semanas)</i> | | |
| Até a 20ª | 19 | 25,3 |
| 21ª a 30ª | 32 | 42,7 |
| 31ª a 40ª | 24 | 32,0 |
| Mediana | 25 semanas | |
| Total | 75 | 100 |

TABELA 3 – Distribuição das gestantes, segundo variáveis psicossociais – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | n | % |
|----------------------------------------|-----------|------------|
| <i>Fumo</i> | | |
| Não | 6 | 8,0 |
| Sim | 44 | 58,7 |
| Ex-fumante | 25 | 33,3 |
| <i>Etilismo</i> | | |
| Eventual | 35 | 46,7 |
| Não | 25 | 33,3 |
| Frequente | 7 | 9,3 |
| Ex-etilista (parou há 1 mês ou mais) | 8 | 10,7 |
| <i>Drogas</i> | | |
| Não | 32 | 42,7 |
| Sim | 43 | 57,3 |
| <i>Violência física</i> | | |
| Não | 20 | 26,7 |
| Sim | 55 | 73,3 |
| <i>Violência psicológica/emocional</i> | | |
| Não | 28 | 37,3 |
| Sim | 47 | 62,7 |
| <i>Aceitação da gestação</i> | | |
| Sim | 65 | 86,7 |
| Em processo de aceitação | 7 | 9,3 |
| Não | 3 | 4,0 |
| Total | 75 | 100 |

Houve predominância de gestantes fumantes, etilistas, usuárias de drogas ilícitas, que sofriam de violência física e psicológico-emocional antes ou durante a gestação e que aceitavam a gravidez.

Apenas três gestantes (4,0%) não referiram queixas ao longo da gestação, enquanto 74,7% citaram duas ou mais queixas, dentre as quais as mais citadas foram: náuseas e vômitos, dor em baixo ventre, lombalgia, dor em membros inferiores e azia. Além dessas, também foram citadas: sonolência, insônia, dor ao urinar, cansaço, cãibra, cefaleia, falta de ar, ansiedade, inquietação e tontura.

A EPDS mostrou-se consistente para a amostra, apresentando um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82.

Os resultados relativos à ocorrência de sintomas depressivos, segundo a idade gestacional, encontram-se na TAB. 4.

Não foram observados sintomas depressivos em apenas um quarto das gestantes, enquanto 74,7% obtiveram pontuação da EPDS igual ou superior a 10, indicando a presença de sintomas depressivos menores ou maiores, revelando alta prevalência.

As maiores frequências de sintomas depressivos, em geral (84,2%) e maiores (73,7%), ocorreram naquelas com até 20 semanas de gravidez.

A associação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais e a pontuação da EPDS são mostradas na TAB. 5.

TABELA 5 – Coeficientes de correlação entre a pontuação da EPDS e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais – São Paulo, 2009-2010

| Variáveis | EPDS | valor p |
|-----------------------|---------------------|--------------------|
| Idade | 0,055* | 0,642 |
| Escolaridade | -0,011* | 0,923 |
| Etnia | -0,099 [‡] | 0,398 |
| Religião | -0,100 [‡] | 0,393 |
| Idade gestacional | -0,340* | 0,003 [‡] |
| Número da gestação | 0,041* | 0,725 |
| Paridade | 0,077* | 0,510 |
| Queixas | 0,073 [‡] | 0,541 |
| Aceitação da gravidez | 0,154 [‡] | 0,187 |
| Violência física | -0,026 [‡] | 0,826 |
| Violência emocional | -0,074 [‡] | 0,528 |
| Fumo | 0,037 [‡] | 0,755 |
| Etilismo | 0,132 [‡] | 0,259 |
| Drogas ilícitas | -0,001 [‡] | 0,992 |

*Correlação Pearson

[‡]Correlação de Spearman [‡]p=0,01

TABELA 4 – Prevalência de sintomas depressivos em gestantes abrangidas segundo a idade gestacional – São Paulo, 2009-2010

| Pontuação da EPDS | Idade gestacional (semanas) | | | | | | Total | |
|----------------------|-----------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Até 20 | | 21 a 30 | | 31 a 40 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| < 10* | 3 | 15,8 | 7 | 21,9 | 9 | 37,5 | 19 | 25,3 |
| 10 – 12 [‡] | 2 | 10,5 | 5 | 15,6 | 2 | 8,3 | 9 | 12,0 |
| ≥ 13 [‡] | 14 | 73,7 | 20 | 62,5 | 13 | 54,2 | 47 | 62,7 |
| Total | 19 | 100 | 32 | 100 | 24 | 100 | 75 | 100 |

* < 10 pontos = nenhum sintoma depressivo

[‡] 10 – 12 pontos = sintomas depressivos menores [‡] ≥ 13 pontos = sintomas depressivos maiores

Houve associação negativa entre idade gestacional e presença de sintomas depressivos, ou seja, o progredir da gestação diminui a frequência de sintomas depressivos, sendo verificado empiricamente nas frequências menores a partir da 20ª semana de gestação (TAB. 5).

DISCUSSÃO

Este estudo pautou-se pela convicção de que conhecer a prevalência de sintomas depressivos entre gestantes em situação de abrigo poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, atendendo-lhes as necessidades de forma individualizada, calcada na realidade socioeconômica e cultural das gestantes.

A triagem de sintomas depressivos na gestação é importante para a melhoria da assistência perinatal. A detecção precoce pode facilitar o tratamento oportuno e contribuir para a redução dos efeitos adversos à saúde materna e do conceito. O sintoma depressivo na gestação, se não for detectado e tratado precocemente, poderá ter repercussão negativa sobre a saúde materna e infantil, que permanecerá mesmo após o nascimento.⁴

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

A informação sobre a prevalência de sintomas depressivos deve ser valorizada, pois demonstra a magnitude do problema na população e no sistema de saúde. As estratégias para o manejo da depressão exigem o conhecimento de sua predominância ao longo de todas as fases de vida da mulher. Tal conhecimento pode permitir a identificação dos fatores de risco, modos de prevenção, intervenções e tratamento.⁹

Esperava-se elevada prevalência de sintomas depressivos, pois estudo qualitativo realizado na mesma instituição mostrou que as mulheres abrigadas caracterizam-se pela gravidez não aceita pelos familiares, são vítimas de violência doméstica, têm situação econômica desfavorável, moram em outros Estados e vêm a São Paulo na expectativa de obter emprego, mas a gravidez inesperada inviabiliza a manutenção de seu vínculo empregatício.¹⁰ Entretanto, os dados deste estudo mostram a prevalência extremamente alta de sintomas depressivos (74,7%). (TAB 4)

A prevalência da depressão gestacional pode variar por questões metodológicas como forma de triagem e de diagnóstico nas mulheres.

Existem estudos transversais realizados com mulheres no início da gestação, ou apenas no terceiro trimestre, e estudos longitudinais com diferentes etapas de coleta

dos dados ao longo da gestação e puerpério. De igual forma, existem diferentes instrumentos para triagem,¹⁵ e, em um mesmo instrumento, autores podem utilizar diversos pontos de corte para a avaliação da presença de sintomas depressivos na gestação.^{6,11-16}

No Brasil, não existe ainda uma validação dos pontos de corte para triagem e diagnóstico da depressão na gravidez utilizando a EPDS. Assim, neste estudo, foram adotados os pontos de corte determinados pelos autores da escala na língua inglesa.

Alguns fatores, como o fato de o estudo ter sido realizado com gestantes em situação de risco e de diferentes idades gestacionais, não apenas em um trimestre específico, associado ao ponto de corte adotado (mais baixo que utilizado por outros autores), podem ter levado a uma superestimativa da prevalência de sintomas depressivos nesta pesquisa. Ainda assim, mesmo considerando o ponto de corte mais elevado (≥ 13), a prevalência permanece extremamente alta (62,7%) quando comparada a outros estudos nacionais e internacionais realizados com gestantes em geral.

Estudos realizados no Brasil utilizando a EPDS na gestação, embora tendo utilizado o mesmo ponto de corte (≥ 13) para o diagnóstico de depressão, também apresentaram uma variação na prevalência encontrada. No estudo realizado em São Gonçalo-RJ com 33 mulheres, a prevalência foi de 37,9% de depressão gestacional no terceiro trimestre.¹² Já no Sul do Brasil, em estudo com 1.264 grávidas atendidas no sistema público de saúde, a prevalência de sintomas depressivos foi de 21,1%, e os autores concluíram que a história psiquiátrica, baixo suporte e eventos estressores aumentam a probabilidade de depressão na gestação.¹³

No Canadá, a prevalência encontrada foi de 29,5% em um estudo com mulheres de alto risco social utilizando a EPDS.¹⁷

Em São Paulo, em estudo com 103 mulheres de baixa renda, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a prevalência foi de 20,4%¹⁸, e em Piracicaba-SP¹⁹ a prevalência foi de 20,8%, em uma amostra de 120 adolescentes, utilizando a subescala da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Em uma revisão de literatura,¹⁵ a prevalência de depressão gestacional encontrada nas pesquisas provenientes de países desenvolvidos oscila entre 5% e 30%. Poucos estudos encontraram prevalência abaixo de 10%, sendo mais frequentes taxas em torno de 10% e 15%. As taxas de prevalência da depressão durante a gravidez, encontradas nos estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais, estiveram, em sua maioria, por volta de 20%.

A proporção de sintomas depressivos encontrada neste estudo também foi muito superior às taxas de 8,5% e de 12,8%, obtidas em duas revisões publicadas em 2004 e 2005.^{9,20}

Outro resultado de destaque é a proporção de sintomas depressivos maiores, encontrada em todas as faixas de

idade gestacional, com predomínio naquelas mulheres abrigadas que estavam no início da gestação (73,7%). (TAB 4).

Em Seattle, nos Estados Unidos da América, em um estudo prospectivo com 1.888 gestantes que receberam cuidado pré-natal em uma clínica obstétrica universitária, no período de 2004 a 2009, a prevalência de sintomas depressivos gestacional foi de 9,9%, sendo 5,1% de probabilidade de depressão maior e 4,8% para sintomas menores.²¹

A queda na prevalência dos sintomas depressivos com o avançar da gestação também foi observada em estudo longitudinal realizado em Hong Kong com 357 mulheres grávidas, embora a prevalência tenha sido bem menor ao longo dos trimestres (22,1%; 18,9% e 21,6%).²²

São fatores de risco para a depressão na gravidez: a história pessoal ou familiar de depressão, pertencer a uma classe socioeconômica menos favorecida ou a minorias étnicas, ter sofrido abuso na infância, sofrer violência doméstica, ser solteira, bem como a falta de apoio do parceiro, falta de suporte social, baixa escolaridade, desemprego e uso de drogas lícitas ou ilícitas.^{4,16} Uma revisão sistemática encontrou entre os fatores de risco para depressão gestacional o tabagismo e a gestação não planejada.⁵ De forma análoga, outros estudos apontam para dependência de substância e gestação não desejada^{15,22} e o etilismo.

Os resultados sociodemográficos evidenciaram mulheres jovens que, em sua maioria, se declararam não brancas (52,0%), com predomínio daquelas que faziam uso de tabaco (58,7%), álcool, eventual ou, frequentemente (56,0%), drogas ilícitas (57,3%) e que sofriam violência física (73,3%) e emocional (62,7%) antes ou durante a atual gravidez. Pressupõe-se que essas características, por constituírem eventos estressores, influenciaram na ocorrência de sintomas depressivos nas gestantes deste estudo.

As proporções de gestantes abrigadas que faziam uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas são muito superiores às obtidas em diversos estudos: 11,6% e 5,6% tabaco,^{22,23} 2,6%²³ e 9,1% álcool,²⁴ e 6,0% drogas ilícitas.²⁵ Em um dos estudos citados,²⁴ houve relação entre o consumo de álcool e maior média de pontuação nas escalas de ansiedade, depressão e álcool do Questionário de Morbidade Psiquiátrica, porém sem diferença significativa.

REFERÊNCIAS

1. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006; 33(2): 92-102.
2. Suppaseemanont W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *Am J Matern Child Nurs.* 2006; 31(1):10-5.
3. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord.* 2003; 74:67-83.
4. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005; 51:1087-93.
5. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(1):5-14.
6. Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol.* 1990; 8:99-107.

Em estudo sobre a continuidade do uso de álcool e depressão na gestação, foram encontrados os seguintes fatores associados: tabagismo, idade mais avançada, baixa escolaridade e uso de substâncias ilícitas.²⁶

Em relação à violência física e à emocional, os resultados deste estudo corroboram os de diversos autores,^{15,21,23,27} que as relataram como um fator de risco para a ocorrência de depressão no período gestacional. Estudo com adolescentes, em São Paulo, demonstrou que o risco para a depressão foi mais elevado para as mães que tinham experimentado a violência física ao longo da vida, mas associações com ameaças da violência física, sexual e durante a gravidez não apresentaram relações significativas.^{28,29}

Das várias características sociodemográficas, psicossociais e obstétricas analisadas neste estudo, apenas a idade gestacional mostrou-se associada à presença de sintomas depressivos na gestação. Acredita-se que tal fato tenha ocorrido porque as frequências de variáveis psicossociais foram tão elevadas, como tabagismo, etilismo, violência física e mental, que não permitiram uma discriminação estatística entre os grupos de depressivas e não depressivas.

O tamanho da amostra é uma limitação deste estudo, que pode ter influenciado a análise de relação entre as variáveis. Novas pesquisas com amostras maiores e mais representativas precisam ser realizadas.

CONCLUSÃO

Os resultados revelam uma proporção expressiva de gestantes com sintomas depressivos maiores, sobretudo naquelas com idade gestacional precoce, o que evidencia a necessidade de atenção direcionada à saúde mental desde o início da gestação, visando à melhoria dos desfechos maternos e perinatais.

A experiência de longa data na prática clínica com gestantes abrigadas na instituição campo do estudo já indicava sua complexidade e motivou a realização desta pesquisa. Cabe esclarecer que a instituição conta com profissionais de várias áreas do conhecimento, especialmente assistentes sociais, enfermeiras obstétricas e psicólogas, além do médico obstetra. A despeito da complexidade da assistência a esse específico grupo de gestantes, o trabalho integrado de sua equipe de profissionais tem beneficiado muitas mulheres e seus filhos, que conseguem atingir condições de reintegração social.¹⁰

7. Santos MFSS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999; 26(2): edição especial.
8. Pereira JC. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.
9. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4):698-709.
10. Reis SEH, Bonadio IC, Tsunehiro MA, Merighi MAB. O cotidiano de mulheres grávidas moradoras no alojamento de uma maternidade social. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(3): 492-501.
11. Bodecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. *Orv Hetil.* 2009; 150(41):1888-93.
12. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998; 31(6): 799-804.
13. Azevedo da Silva R, Jansen K, Souza LDM, *et al.* Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010; 32(2):139-44.
14. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001; 323:257-60.
15. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(4):144-53.
16. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol N Nurse.* 2006; 35(4): 491-8.
17. Bowen A, Stewart N, Baetz M, Muhajarine N. Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(5): 414-6.
18. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4): 612-8.
19. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48:245-9.
20. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(5):1071-83.
21. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010; 116:1064-70.
22. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Hang WC, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1102-12.
23. Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine.* 2005; 35:1485-92.
24. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):593-8.
25. Mitsuhiro SS, Chalen E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(2):122-5.
26. Rubio DM, Kraemer KL, Farrell MH, Day NL. Factors associated with alcohol use, depression, and their co-occurrence during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008; 32(9):1543-51.
27. Rodrigues MA, Heleimann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med.* 2008; 6: 44-52.
28. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, *et al.* The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC.* 2007; 7:209.
29. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, *et al.* Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(10):983-8.