



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

AMANDA KLIEMANN

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO: FATORES DE
RISCO E DE PROTEÇÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Crepaldi

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Elisangela Böing

Florianópolis

2017

AMANDA KLIEMANN

SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Crepaldi

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Elisângela Böing

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kliemann, Amanda

Sintomas depressivos na gestação : fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco / Amanda Kliemann ; orientadora, Maria Aparecida Crepaldi, coorientadora, Elisângela Böing, 2017. 208 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. depressão. 3. gravidez de alto risco. 4. fatores de risco. 5. fatores de proteção. I. Crepaldi, Maria Aparecida. II. Böing, Elisângela. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Amanda Kliemann

Sintomas depressivos na gestação: fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.


Florianópolis, 18 de Agosto de 2017.

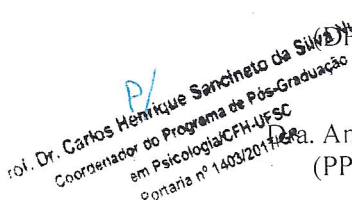

Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dra. Elisangela Böing
(DPSI - UFSC - Coorientadora)


Dra. Marina Menezes
(DPSI - UFSC - Examinadora)


Dra. Ana Cristina Barros da Cunha
(PPGP - UFRJ - Examinadora)


Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/CFH/UFSC
Portaria nº 1403/2017

Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP - UFSC - Suplente)

Dedico esse trabalho aos meus pais, Francisco e Nina, que me deram a vida e, cada um à sua maneira, me forneceram a base para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu amor e companheiro Patrick, que acompanhou de perto essa jornada, me acolheu nos momentos de ansiedade, me compreendeu e me deu o amparo que eu tanto precisei.

À minha orientadora, Profa Cida, que desde a graduação é um exemplo de professora e pessoa para mim, obrigada pela forma assertiva e tão sábia com que conduz suas orientações. Minha profunda admiração e gratidão!

À minha co-orientadora Elisangela (Zanzi), pelas orientações sempre tão didáticas, pela disponibilidade, afetividade e pelo modelo de coerência teórico-prática. Minha profunda admiração e gratidão!

Às queridas Cigala, Mariana, Henriette, Isadora, Natielen e Djenifer, minha grande equipe de coleta e tabulação! Vocês foram essenciais para que esse projeto se concretizasse!! Minha profunda gratidão pela dedicação, disponibilidade e apoio!

À querida colega Cigala por todo o apoio, afetividade, disponibilidade e pelo grande espírito de equipe!!

À Simone Dill Azevedo Bolze, que foi fundamental na fase final desse trabalho, auxiliando de forma tão didática e assertiva e com quem aprendi muito. Obrigada pela disponibilidade!

De forma especial, à querida amiga e colega Juliana Macchiaverni, pelas conversas, carinho, torcida e pela ajuda essencial nessa fase final!

À minha querida prima (irmã) Juliana, amizade de uma vida inteira, pelo apoio, afeto e pela excelente tradução dos resumos!

À querida colega de mestrado Joyce Lúcia Abreu Pereira Oliveira, que acompanhou essa caminhada de perto, obrigada pelos momentos de conversa, escuta, troca de saberes, afetividade e pela disponibilidade em ajudar!

À minha querida colega, psicóloga Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, pelos profundos aprendizados desde a graduação, pelo exemplo de amor e dedicação à área da perinatalidade!

Às queridas colegas de trabalho, Mariana Barcelos, Judizeli Baigorria e Silvana Pereira, pelas conversas, incentivo e torcida!

Às queridas residentes de psicologia da Maternidade, Carol, Pri, Camila, Amanda e Marília pela escuta e torcida!

Ao meu pai Francisco, meu primeiro e eterno professor, um exemplo de garra, dedicação e persistência. Obrigada por sempre acreditar em mim e me incentivar a conquistar desafios e sonhos!

À minha mãe Nina, que com seu afeto, amor e leveza me deu uma base afetiva que me ajudou a ser quem sou hoje!

Aos meus irmãos, Nathalie, Francine e Diego, com quem sei que posso contar sempre, pelo amor e amizade!!

À todas as gestantes, que gentilmente dividiram seus sentimentos e experiências e foram essenciais para que esse projeto se concretizasse!

Aos queridos amigos e amigas, que compreenderam minhas ausências e torceram por mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado.

Agradeço imensamente a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	OBJETIVOS	31
2.1	OBJETIVO GERAL	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1	PENSAMENTO SISTÊMICO.....	33
3.2	PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	34
3.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ.....	37
3.4	ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO.....	41
3.5	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	45
4	MÉTODO.....	49
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	49
4.2	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO 1.....	49
4.2.1	Fontes de informação	49
4.2.2	Seleção dos artigos	50
4.2.3	Análise dos dados	51
4.3	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO 2.....	51
4.3.1	Contexto do Estudo 2	52
4.3.2	Participantes do Estudo 2	53
4.3.2.1	Critérios de inclusão.....	53
4.3.2.2	Critérios de exclusão.....	53
4.3.3	Instrumentos para a coleta de dados	53
4.3.4	Procedimentos de Coleta de Dados	57
4.3.5	Análise dos Dados	59
4.3.6	Considerações Éticas	63
5	RESULTADOS.....	65
5.1	SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO 1	65
5.2	RESULTADOS DO ESTUDO 2	66
5.2.1	Caracterização sociodemográfica das participantes	67
5.2.2	Resultados sobre a sintomatologia ansiosa.....	71
5.2.3	Resultados sobre sintomatologia de estresse	72
5.2.4	Resultados sobre a sintomatologia depressiva.....	73
5.2.5	Resultados sobre o relacionamento conjugal das participantes	74
5.2.6	Resultados sobre a percepção do suporte social	75
5.2.7	Correlações entre variáveis contínuas	77
5.2.8	Associação entre variáveis categóricas.....	79
5.2.9	Análise de regressão linear	80

ARTIGO 1	85
ARTIGO 2	119
6 DISCUSSÃO INTEGRADA	159
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS	187
APÊNDICE C- FREQUÊNCIAS DE OCUPAÇÕES DAS PARTICIPANTES	189
APÊNDICE D – INTERCORRÊNCIAS FÍSICAS NA GESTAÇÃO.....	190
APÊNDICE E - DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES	193
APÊNDICE F - CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS CONTÍNUAS A PARTIR DO ρ DE SPEARMAN.....	195
APÊNDICE G - RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS CATEGÓRICAS A PARTIR DO TESTE DO QUI-QUADRADO (X^2) (2×2).....	197
ANEXO A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	199
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC (CEPSH- UFSC)	203

LISTA DE ABREVIATURAS

APA- Associação Americana de Psicologia
BDI- Beck Depression Inventory
BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
BVS-PSI- Biblioteca Virtual em Saúde- Psicologia
CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH/UFSC- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CES-D- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CFP- Conselho Federal de Psicologia
CID-10- Classificação Internacional de Doenças
DASS-21- Depression Anxiety Stress Scale
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
DP- Desvio-padrão
EDPS- Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo
HADS- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HPA- Eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal
HU/UFSC- Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HU- Hospital Universitário
IDATE- Inventário de ansiedade traço-estado
ISSL- Inventário de sintomas de Stress para adultos de Lipp
LABSFAC- Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade
LQ- Leverton Questionary
MOS – SSS- Outcomes Study – Social Support Survey
NEPeDI/ UFSC- Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil
PDSS- Self-rating Depression Scale
PHQ-4- Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety
PHQ-9- Patient Health Questionnaire
PPP- Prenatal Psychosocial Profile
PRAQ-R- Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised
PRIME-MD- Primary Care Evaluation of Mental Disorders
QRC- Questionário sobre Relacionamento Conjugal
SCID- Structured Clinical Interview for DSM-IV
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF- Fundos das Nações Unidas para a Infância
X²- Teste do Qui-quadrado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Resumo de Caracterização Sociodemográfica das Participantes	67
Tabela 2- Porcentagens de Jornada de Trabalho das Participantes	69
Tabela 3- Histórico e uso atual de tabaco e drogas	70
Tabela 4- Frequência de diagnósticos psiquiátricos prévios	71
Tabela 5- Porcentagem de participantes com sintomas de ansiedade pelo IDATE Estado e IDATE Traço	72
Tabela 6- Porcentagem de participantes com sintomas de estresse e fase de estresse correspondente pelo ISSL	73
Tabela 7- Porcentagem de participantes com sintomas depressivos pela EDPS ⁴	73
Tabela 8- Frequência e Porcentagem de ideação suicida no EPDS ⁴	74
Tabela 9- Médias e desvio-padrão do QRC ¹	75
Tabela 10- Média Suporte social pelo MOS-SSS ¹	76
Tabela 11- Frequência de apoio de familiares.....	77
Tabela 12- Coeficientes de Correlação de Pearson entre variáveis contínuas	78
Tabela 13- Coeficientes do Modelo de Regressão Linear	83
Tabela 14- Fatores de Risco e de Proteção para Sintomas Depressivos em gestantes de alto risco.....	84

TABELAS DO ARTIGO 1

Tabela 1 Tipos de estudos, métodos, técnicas utilizadas e análise	94
Tabela 2 Variáveis e instrumentos utilizados	95

TABELAS DO ARTIGO 2

Tabela 1 Frequência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em gestantes de alto risco.....	135
Tabela 2 Correlações entre variáveis contínuas a partir do r de Pearson	137
Tabela 3 Coeficientes do Modelo de Regressão Linear	138
Tabela 4 Fatores de Risco e de Proteção para Sintomas Depressivos em gestantes de alto risco.....	139

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma ilustrativo das variáveis do estudo..... 262

Figura 2. Gráficos de diagnóstico do modelo de regressão linear..... 81

FIGURAS ARTIGO 1

Figura 1. Mapa da Literatura das pesquisas empíricas de fatores de risco para depressão na gestação..... 98

Figura 2. Mapa da Literatura das pesquisas empíricas de fatores de risco para depressão e ansiedade na gestação..... 99

GLOSSÁRIO DE TERMOS MÉDICOS

Aborto: expulsão ou extração de um embrião ou feto com idade gestacional inferior a 22 semanas;

Abortamento habitual: é a ocorrência de repetidas gestações que terminam em aborto do feto;

Aloimunização Rh: anticorpos da mãe (que possui sangue Rh negativo) atravessam a placenta, reconhecem e destroem os glóbulos do feto que possuem fator Rh +;

Diabetes gestacional (DMG): qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação;

Distúrbio hipertensivo específico da gestação (DHEG): também denominado de **pré-eclâmpsia**, caracteriza-se pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana da gestação;

Doenças autoimunes: ocorrem quando anticorpos atacam as células do próprio organismo, tecidos e/ou órgãos;

Eclâmpsia: pré-eclâmpsia complicada por envolvimento do sistema nervoso central (SNC) levando a convulsões;

Endocrinopatias: doenças que afetam o sistema endócrino;

Hemopatias: doença no sangue;

Fator de risco: variável que aumenta a probabilidade do indivíduo adquirir determinada doença quando exposto a ela;

Fatores teratogênicos: tudo aquilo capaz de produzir dano ao embrião ou feto durante a gravidez;

Ganho ponderal: ganho de peso;

Hipertensão arterial sistêmica (HAS): condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA);

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

Insuficiência istmo-cervical: fraqueza congênita ou adquirida no colo do útero que o torna incapaz de reter o feto no decorrer da evolução da gestação;

Morte perinatal: morte de um feto ou recém-nascido;

Multiparidade: histórico de múltiplos partos;

Natimorto: É o produto do nascimento de um feto morto. Considera-se **feto morto** aquele que nasce com mais de 22 semanas de gestação e que não tem evidência de vida depois de nascer;

Nefropatias: lesão ou doença do rim;

Neoplasias: proliferação anormal do tecido, de uma maneira descoordenada e persistente. Podem ser benignos ou malignos, sendo o termo “câncer” utilizado para os crescimentos malignos;

Nuliparidade: ausência de partos prévios;

Óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe com idade gestacional superior a 22 semanas;

Parto pré-termo: também denominado parto prematuro, é o parto de um bebê antes das 37 semanas de idade gestacional;

Síndrome hemorrágica: tendência para o sangramento das membranas mucosas;

Tireoidopatias: alterações ou doenças na tireóide;

Volume de líquido amniótico alterado: alterações no fluido que preenche a bolsa amniótica e no qual o embrião fica imerso durante a gestação.

RESUMO

Kliemann, Amanda. **Sintomas depressivos na gestação: fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco.** Florianópolis, 2017. 208 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Maria Aparecida Crepaldi

Coorientadora: Elisangela Böing

Data da defesa: 18/08/17

Resumo

O objetivo da presente pesquisa foi compreender o fenômeno da depressão na gestação, com base na literatura atual sobre o tema, e na investigação de fatores de risco e de proteção associados à presença de sintomas depressivos em gestantes de alto risco. Teve como base epistemológica o pensamento sistêmico e se ancorou em teorias da psicopatologia do desenvolvimento e da saúde materno-infantil no contexto da gestação. Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratório-descritiva, correlacional e preditiva, delineada através de uma abordagem quantitativa. A pesquisa apoiou-se em dois estudos que se complementam: um bibliográfico (Estudo 1) e outro empírico (Estudo 2). O Estudo 1 visou caracterizar os estudos empíricos de fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação, através de uma revisão sistemática da literatura, em bases de dados nacionais e internacionais entre os anos de 2010 e 2016. O Estudo 2 apresenta dados acerca da frequência de sintomas depressivos na amostra selecionada e os fatores de risco e de proteção associados. Além disso, contou com a participação de 80 mulheres com gestação de alto risco, que responderam aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Variáveis Clínicas e Obstétricas, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EDPS), Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Questionário sobre Relacionamento Conjugal (QRC) e Questionário do MOS–SSS (*Medical Outcomes Study – Social Support Survey*). Os dados do Estudo 2 foram analisados a partir de estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão) e inferencial (correlações bivariadas e análise de regressão linear), adotando-se o nível de significância $p \leq 0,05$. Os resultados dos dois estudos são apresentados no formato de dois artigos científicos. Assim, o primeiro apresenta os principais resultados da revisão sistemática realizada, categorizados em dois grupos: fatores de risco para depressão e fatores de risco para depressão e ansiedade, organizados a

partir de categorias temáticas. O segundo artigo apresenta os principais resultados das análises estatísticas realizadas, indicando uma alta frequência de quadros sugestivos de depressão entre as participantes (40%). Nesse contexto, as análises estatísticas realizadas apontaram de forma robusta (R^2 de 0.67) a presença de ansiedade-traço, ansiedade-estado, histórico de diagnóstico psiquiátrico e histórico de aborto em gestações anteriores como fatores de risco para os sintomas depressivos entre as participantes. Da mesma forma, identificou-se que a presença de rede de apoio, maior escolaridade, qualidade do relacionamento conjugal, maior idade, estar casada e ter planejado a gestação se caracterizaram como fatores de proteção. Destaca-se que os resultados encontrados poderão ter aplicações diretas em intervenções preventivas em saúde mental e relacional no contexto do pré-natal, auxiliando no fortalecimento emocional da mulher gestante e na promoção de relações saudáveis na família em formação, protegendo assim o desenvolvimento infantil. Recomenda-se que estudos futuros investiguem a presença de indicadores emocionais na mãe e no pai e integrem a metodologia quantitativa e qualitativa, além do delineamento longitudinal.

Palavras-chave: depressão, gravidez de alto risco, fatores de risco, fatores de proteção.

ABSTRACT

Kliemann, Amanda. **Depressive Symptoms during pregnancy: risk and protection factors in pregnant women at high risk.** Florianópolis, 2017. 208 p. Thesis (Masters in Psychology). Post-graduation Program in Psychology, Santa Catarina's Federal University.

Advisor: Maria Aparecida Crepaldi

Co-advisor: Elisangela Böing

Abstract

This research aims at understanding the depression phenomena during pregnancy based on the current literature about the theme, and on the investigation of risk and protection factors associated to the presence of depression symptoms in pregnant women at high risk. It was epistemologically based on the systemic psychology, anchored in the development psychopathology and maternal and child health theories in the context of pregnancy. It was a cross-sectional, exploratory-descriptive, correlational and predictive research based on a quantitative approach. The research was supported by two studies that complement each other: a bibliographic one (Study 1) and an empirical one (Study 2). Study 1 aimed at finding the empirical studies in national and international databases from 2010 to 2016 about risk factors related to anxiety and depression during pregnancy through a systemic revision of the literature. Study 2 presents the data about the frequency of depressive symptoms in the selected sample and the related risk and protection factors. Furthermore, the study had the participation of 80 pregnant women at high risk, which answered the following: Social-demographic Questionnaire, Clinical and Obstetric Variables Questionnaire, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (LSSI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Conjugal Relationship Questionnaire (CRQ), and MOS Questionnaire-SSS (Medical Outcome Study – Social Support Survey). Study 2's data were analyzed from descriptive statistics (frequency, average and standard deviation) and inferential statistics (varied correlations and linear regression analysis), using the significance level of $p \leq 0,05$. The results from both studies are presented in two scientific articles. Hence, the first one presents the main results from the systemic revision, categorized in two groups: risk factor for depression and risk factors for depression and anxiety, organized by thematic categories. The second article presents the main results from the conducted analysis, pointing out a high frequency of depression

indication among the participants (40%). In this context, the statistical analysis point out robustly (R^2 of 0.67) the presence of anxiety-trait, anxiety-state, psychiatric diagnosis history and miscarriage history as risk factors for depressive symptoms among the participants. On the other hand, it was identified that the existence of a support network, level of education, quality of the conjugal relationship, older age, being married and pregnancy planning characterize protection factors. It is noted that the results can be directly applied in preventive interventions in mental and relational health in the prenatal context, helping in the emotional strengthening of pregnant women and the promotion a healthy relationship of the new family, therefore, protecting the child development. Future studies investigating the presence of emotional indicators in mothers and fathers are recommended, including quantitative and qualitative methodologies and longitudinal design.

Keywords: depression, high-risk pregnancy, risk factors, protection factors.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado se insere no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo intitulado ‘Coparentalidade, indicadores de ansiedade, estresse, depressão e relacionamento conjugal em gestantes de alto risco’, que está sendo desenvolvido em parceria entre o Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC) e o Serviço de Psicologia da Clínica Obstétrica e Neonatal de um Hospital Escola de uma Universidade Federal do Sul do Brasil, do qual a autora faz parte como psicóloga. Nesse contexto, a autora escolheu por inscrever-se na Linha de Pesquisa ‘Saúde, Família e Desenvolvimento Psicológico’, da Área de Concentração ‘Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico’, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visto que estava interessada em aprofundar questões psicológicas presentes no processo gravídico, com o objetivo de auxiliar no embasamento de ações de prevenção de agravos e de promoção de saúde mental no Serviço de Psicologia da referida Maternidade Escola.

Vale ressaltar que existe uma parceria de muitos anos entre membros do LABSFAC e o Serviço de Psicologia em questão, através de atividades de ensino e extensão aos alunos de graduação em Psicologia e de pós-graduação, estes últimos que realizam Residência Multiprofissional na Instituição. Dessa forma, no início de 2015, com o ingresso da autora no Programa de Mestrado e, conseqüentemente, no LABSFAC, surgiu a oportunidade de concretizar o projeto de uma parceria continuada, no âmbito da pesquisa, entre o LABSFAC e o Serviço de Psicologia da referida Instituição. Dessa forma, refletiu-se sobre a possibilidade de se montar um projeto ‘guarda-chuva’, focado inicialmente no contexto do Pré-Natal de Alto Risco, sendo a presente pesquisa de mestrado um dos subprojetos deste.

A definição do recorte da presente pesquisa surgiu a partir da rotina do Serviço, que disponibiliza consultas psicológicas no pré-natal de alto risco, nas quais se acompanha o processo de transição no ciclo de vida das gestantes e de suas famílias, e se observa, em alguns casos, a presença de quadros importantes de ansiedade e depressão materna. Assim, surgiu o desejo da autora de realizar uma pesquisa que pudesse auxiliar com resultados acerca da frequência desses sintomas na população atendida, bem como na compreensão de possíveis fatores de risco e de proteção associados, servindo de subsídio para o planejamento de ações de prevenção de agravos e de promoção em saúde mental, como serviços de rastreamento e *follow up* de saúde mental materna.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo único, complexo, que envolve intensas transformações hormonais, físicas, psicológicas, familiares, sociais, socioeconômicas e profissionais. Constitui-se um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar e, por isso, é considerada um período de crise (Carter & McGoldrick, 1995; Cervený & Berthoud, 2002; Langer, 1981; Maldonado, 2005; Soifer, 1984), podendo tanto gerar tensão e desequilíbrio, como a possibilidade de resolução de conflitos psíquicos, amadurecimento e expansão da personalidade, sendo assim uma oportunidade de mudanças positivas em cada um dos progenitores (Maldonado, 2005; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Raphael-Leff, 1997).

Uma gestação envolve não apenas a mulher, mas também seu companheiro e outros membros da rede de relações dos pais. A preparação para a chegada de um bebê é uma fase de transição esperada no ciclo de vida familiar, na qual o homem e a mulher, até então filhos, tornam-se pais, impondo uma série de tarefas desenvolvimentais para os diversos membros do sistema familiar. Mesmos nas situações em que o casal já tem filhos, haverá mudança e adaptação para que se tornem pais de dois ou mais filhos, implicando também em alterações na dinâmica familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Cervený & Berthoud, 2002).

Durante o período de transição desenvolvimental instaurado com a gestação é esperado que a mulher viva um processo de regressão emocional, que a torna especialmente sensível e vulnerável emocionalmente (Maldonado, 2005). Nesse processo temporário de regressão emocional, a mulher volta-se mais para si mesma e torna-se mais sensível e dependente de atenção e cuidados, o que não possui um caráter patológico (Soifer, 1984). Nesse contexto, a mulher precisará de apoio afetivo e ambiente protetor para desenvolver e manter este estado, o qual será fundamental para que possa amparar seu bebê e promover seu desenvolvimento (Winnicott, 1988).

Focando na experiência específica da mulher na gravidez, a literatura aponta que devido às intensas alterações hormonais e psíquicas, a mulher torna-se mais suscetível ao desenvolvimento de transtornos emocionais (Agostini et al., 2015; Silva et al., 2010). Apesar de estados de ansiedade e momentos de tristeza serem esperados face a todas as adaptações impostas pela vinda do bebê, em alguns casos, observa-se a exacerbação de sintomas de estresse, ansiedade e até quadros depressivos, o que gera repercussões negativas na saúde da

mulher, do bebê e nas relações familiares (Cêpeda, Brito & Heitor, 2006; Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Contudo, historicamente, a saúde mental da mulher durante o período gestacional tem recebido pouca atenção, o que pode estar associado à crença, socialmente difundida, da gravidez como período de plenitude e bem estar para as mulheres e à maior ênfase aos quadros no período pós-parto, especialmente a depressão materna e a psicose puerperal (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro & Schmidt, 2012). Ademais, os estudos sobre os efeitos da depressão no período pré-natal são recentes, sendo possível observar um volume expressivo de pesquisas nas duas últimas décadas (Benute et al., 2010; Bodecs et al., 2013; Coelho et al, 2013; Lima, Tsunechiro, Bonadio & Murata, 2017).

Entretanto, dados provenientes de estudos empíricos têm apontado que as prevalências de depressão são semelhantes na gestação e no puerpério (Almeida et al., 2012; Banti et al., 2011; Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Um estudo longitudinal realizado em Portugal que avaliou sintomas depressivos na gestação e no pós-parto, em homens e mulheres, obteve como resultado que houve um aumento dos sintomas de depressão no período pós-parto em relação ao terceiro trimestre de gestação nos pais e mães do primeiro filho, assim como um decréscimo de níveis de sintomas depressivos no pós-parto nos pais e mães do segundo filho (Figueiredo & Conde, 2011).

Estudos apontam que, em países desenvolvidos, as taxas de prevalência de depressão na gestação são mais baixas, em torno de 10% e 15%. Já em países em desenvolvimento como o Brasil, a média é em torno de 25% (Dibaba, Fantahun & Hindin, 2013; Fisher et al., 2012). Fatores presentes de forma expressiva em países em desenvolvimento, como a privação socioeconômica, baixa escolaridade, violência, entre outros, podem estar associados às prevalências mais altas de depressão (Pereira & Lovisi, 2008). Apesar das discrepâncias, os dados apresentados evidenciam a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial.

A presença de ansiedade e quadros depressivos na gestação tem sido considerada como um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto, sendo muitas vezes uma continuação da depressão iniciada na gestação (Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015). Um dos fatores de risco para depressão gestacional presentes na literatura é a condição de gestação de alto risco (Byatt et al., 2014). De acordo com o Brasil (2010), nas gestações em que a saúde da mãe, e/ou do feto, tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações, esta será considerada de alto risco. Como exemplo, pode-se citar os

diagnósticos de diabetes, hipertensão, pré-eclampsia, quadros psiquiátricos maternos, malformações fetais, entre outros.

Nesse contexto, na gestação de alto risco, além de todo processo emocional de reorganização frente às mudanças inerentes a qualquer gestação há o acréscimo de uma série de emoções decorrentes da condição clínica em si. Assim, de acordo com resultados de estudos nacionais e internacionais, o contexto de gestação de alto risco aumenta as chances de sintomas depressivos, ansiosos e de decréscimo da qualidade de vida (Byatt et al., 2014; Juhas, Benute, Francisco, de Lucia & Zugaib, 2014; Rochat, Tomlinson, Newell & Stein, 2013; Thiagayson et al., 2013).

A mulher deprimida no período gestacional pode apresentar menor preocupação com seu estado de saúde, o que pode se associar a baixa adesão ao pré-natal, além de maiores chances de consumo de álcool, tabaco e drogas (Pereira & Lovisi, 2008). É comum a presença de pensamentos negativos, insônia, alterações de apetite, acarretando diminuição da quantidade ou da qualidade da ingesta alimentar, afetando a saúde materna e fetal (Pereira & Lovisi, 2008). A depressão na gestação pode também gerar efeitos adversos no funcionamento psicossocial da mãe, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento psicossocial da criança (Molina & Kiely, 2011).

Pesquisas apontam que a presença de estresse e de estados persistentes de depressão e ansiedade, a partir de interações hormonais entre mãe e feto, podem ser preditores de desfechos obstétricos negativos como parto pré-termo, baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto. Este último efeito pode acarretar em déficits na regulação da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (Charil, Laplante, Valillancourt & King, 2010; Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Guest, Martins-de-Souza, Rahmoune, Bahn & Guest, 2012).

A partir de revisão da literatura realizada foi possível constatar a predominância de pesquisas no contexto da gestação de risco habitual ou baixo risco (Ali et al., 2012; Almeida et al., 2012; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011; Yanikkerem, Ay, Mutlu & Goker, 2013), evidenciando a relevância científica de aprofundar a compreensão desses fenômenos, no contexto da gestação de alto risco. Assim, com base em tal lacuna na literatura, a qual será apresentada no primeiro artigo do presente trabalho, e no pressuposto de que a presença de sintomas depressivos em mulheres com gestação de alto risco pode afetar negativamente o desenvolvimento da criança, além de gerar

repercussões negativas na saúde materna e nas relações familiares, de forma recursiva¹, este estudo abordou o fenômeno da depressão no contexto da gestação de alto risco, investigando os fatores de risco e proteção associados. Por fim, ressalta-se que o presente estudo foi estruturado com base na seguinte pergunta de pesquisa:

Quais são os fatores de risco e de proteção associados à presença de sintomas depressivos em gestantes de alto risco?

¹ Recursividade se refere aos processos em que os efeitos e produtos são necessários ao próprio processo que os gera. O produto é produtor daquilo que o produz (Vasconcelos, 2010, p.116).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o fenômeno da depressão na gestação, com base na literatura atual sobre o tema, e na investigação de fatores de risco e de proteção associados à presença de sintomas depressivos em gestantes de alto risco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a produção de artigos empíricos que mensurassem sintomas de ansiedade e depressão na gestação e os fatores de risco associados (Estudo 1);
- Identificar a frequência de sintomas depressivos na amostra selecionada (Estudo 2);
- Identificar associações entre variáveis sociodemográficas, obstétricas, indicadores de ansiedade, estresse, qualidade do relacionamento conjugal e percepção do suporte social e a presença de sintomas de depressão em gestantes de alto risco (Estudo 2).

Destaca-se que os resultados da pesquisa foram organizados no formato de dois artigos, sendo que o primeiro, intitulado ‘Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos’, apresenta uma revisão sistemática da literatura de pesquisas empíricas, nacionais e internacionais, acerca da presença de ansiedade e depressão em gestantes. O segundo artigo, intitulado ‘Sintomas depressivos na gestação: Fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco’ apresenta resultados acerca da frequência de sintomas depressivos na amostra selecionada e os fatores de risco e proteção associados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta pesquisa tem como base os pressupostos epistemológicos do Pensamento Sistêmico. A partir desta perspectiva, serão também apresentados os principais pressupostos teóricos da psicopatologia do desenvolvimento e da Saúde Materno-Infantil no contexto da gestação.

3.1 PENSAMENTO SISTÊMICO

O Pensamento Sistêmico traz um convite para que os fenômenos sejam vistos em sua complexidade e o mundo seja compreendido a partir de três pressupostos fundamentais: o da complexidade- em que a simplificação obscurece as inter-relações existentes entre os fenômenos e busca-se a contextualização dos mesmos; o da instabilidade- que reconhece que o mundo está em constante processo de transformação, o que determina a imprevisibilidade, incontrollabilidade e indeterminação dos fenômenos; e o da intersubjetividade- em que a realidade depende do observador e, consequentemente, existem múltiplas versões da realidade, sendo o conhecimento científico uma construção social em espaços consensuais. Nessa perspectiva, “realidade” e “verdade” são consideradas tendências aproximativas do real (Vasconcellos, 2010).

A epistemologia sistêmica traz uma mudança de paradigma, em que o cientista resgata e integra a ciência tradicional, porém tendo um novo olhar sobre ela, passando a considerar a complexidade, instabilidade e a intersubjetividade, ao estudar os fenômenos da natureza. A partir do momento em que um cientista adota uma visão de sistema, se propõe a não isolar os fenômenos de seus contextos e seu olhar foca-se nas conexões e inter-relações entre os fenômenos, mais do que em características individuais (Vasconcellos, 2010).

Partindo do pressuposto da complexidade, a causalidade não será linear e sim uma causalidade recursiva. Segundo Vasconcellos (2010, p.116) a recursividade se refere “aos processos em que os efeitos e produtos são necessários ao próprio processo que os gera. O produto é produtor daquilo que o produz”. O todo é considerado diferente do que a soma de suas partes e cada parte só pode ser compreendida dentro do contexto. Sendo assim, a mudança em qualquer uma das partes necessariamente afetará todas as outras. Nesse sentido, o conceito de causalidade recursiva, em oposição à descrição individual e à

explicação linear, constitui-se como ponto nodal sobre a qual é construída a compreensão sistêmica dos fenômenos (Papp, 1992).

Considera-se que, a partir de seus principais conceitos e pressupostos, a epistemologia do Pensamento Sistêmico pode contribuir para a compreensão da gravidez, enquanto fase de transição do ciclo de vida. Nesse sentido, ressalta-se que uma gravidez traz repercussões individuais e familiares, acarretando em mudanças e realinhamentos no relacionamento de todo o sistema familiar. Dessa forma, para a compreensão dessa fase do ciclo de vida é necessário se considerar a família como uma totalidade, de maneira que sua análise não é a soma da análise de cada membro individualmente (Böing, Crepaldi, & Moré, 2008). Assim, a epistemologia do Pensamento Sistêmico dará sustentação a presente pesquisa, especialmente a partir de seus pressupostos básicos da complexidade, instabilidade e intersubjetividade para a compreensão do fenômeno estudado (Vasconcellos, 2010).

Nesse sentido, para a compreensão do fenômeno da presença de sintomas depressivos na gestação, a partir dessa perspectiva, é necessário que se considere a inter-relação entre as diversas variáveis e fenômenos, tanto individuais como sociais e contextuais (familiares, rede de apoio social, aspectos socioeconômicos, entre outros), de maneira dinâmica e constante ao longo do tempo.

3.2 PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Em consonância com os pressupostos do Pensamento Sistêmico, a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento ou psicopatologia desenvolvimental possui o enfoque nas inter-relações entre os fenômenos, com o objetivo de compreender os desfechos desadaptativos ou resilientes no decorrer do desenvolvimento humano. Parte do pressuposto que o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida e considera e analisa as continuidades e descontinuidades nesse processo (Toth & Cichetti, 2011).

Pode ser descrita como uma abordagem conceitual, que envolve uma série de métodos de pesquisa sobre mecanismos e processos do desenvolvimento saudável e da psicopatologia, com enfoque em diferenças individuais (Rutter, 2013). Parte do princípio de que o estudo das condições de adversidade e da psicopatologia permite conhecer o funcionamento adaptativo e saudável, assim como o estudo do desenvolvimento adaptativo e resiliente traz respostas sobre o processo de construção da psicopatologia (Toth & Cichetti, 2011).

Para a compreensão das diferenças individuais nas trajetórias de vida em termos de sucesso ou desadaptação, Sameroff (2010) apontou a tendência do desenvolvimento científico dos últimos anos em ora ressaltar aspectos biológicos, isto é, da natureza, e ora enfatizar aspectos da cultura. Nesse sentido, o autor propõe uma perspectiva dialética para a compreensão das inter-relações entre natureza e cultura no processo de desenvolvimento humano, no qual ambos são interdependentes, influenciando-se mutuamente, ou seja, o desenvolvimento não ocorre sem a influência de ambos.

O estudo dos processos e variáveis que envolvem a adaptação e desadaptação, ao longo do desenvolvimento, possui como objetivo primordial, a produção de conhecimento que embase a prevenção de agravos e promoção da saúde mental, evidenciando sua relevância científica e social (Toth & Cichetti, 2011). Nesse contexto, conceitos como fatores de risco, vulnerabilidade, adversidade, fatores de proteção e resiliência são centrais.

De acordo com Yunes (2006), os fatores de risco dizem respeito a condições relacionadas a eventos negativos na vida, os quais aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar desfechos desadaptativos nas esferas física, social e/ou emocional. Já as condições de vulnerabilidade, as quais podem ser individuais, familiares, sociais ou culturais se configuram como suscetibilidades psicológicas que aumentam a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco. Assim, risco e vulnerabilidade são conceitos distintos, mas relacionados, visto que o último ocorre apenas quando há a presença de uma condição de risco, e sem ele, não apresenta efeito (Polletto & Koller, 2008). Já quando o curso de um evento estressor é recorrente ou duradouro, ou há soma de vários estressores têm-se a condição de adversidade (Masten & Gewirtz, 2006).

Outro conceito importante ao se tratar da perspectiva da psicopatologia desenvolvimental é o mecanismo de proteção, que diz respeito a recursos pessoais ou sociais que reduzem o impacto dos riscos, influenciando, alterando e/ou melhorando respostas pessoais a determinados contextos de risco (Rutter, 1985). Além disso, podem fortalecer e/ou manter a autoestima e o senso de autoeficácia do indivíduo (Poletto & Koller, 2008). Na ausência de um estressor, tais mecanismos podem não apresentar efeito, visto que sua função não é de favorecer diretamente o desenvolvimento e sim alterar a resposta positivamente em situações de risco ou adversidade (Rutter, 1985). Os fatores de proteção possuem caráter processual, no qual diferentes

elementos interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, produzindo uma experiência de diminuição de desadaptação.

Ressalta-se que sob tal perspectiva não é possível definir categoricamente fatores de risco e de proteção, pois somente através da análise do contexto será possível identificar as interações e combinações de seus efeitos (Yunes, 2006). Nesse sentido, um mesmo indivíduo pode apresentar respostas resilientes num momento da vida e em outro contexto não, visto que não se trata de um atributo individual, mas relacional, fruto de interação entre diferentes variáveis e fenômenos.

As investigações sobre fatores de risco demonstraram que há uma significativa variação em como as pessoas respondem a contextos em que há a presença de risco, o que se relaciona ao conceito de resiliência (Sameroff & Rosenblum, 2006). Para a compreensão da resiliência, é necessário considerar a interação entre fatores de risco e proteção, em que os últimos atuam aumentando a adaptação positiva frente à adversidade (Rutter, 1993). Assim, a resiliência pode ser definida como a capacidade de variação individual em resposta ao risco, visto que os mesmos estressores podem ser experienciados de maneira distinta por diferentes pessoas. Dessa forma, envolve um processo de adaptação positiva frente a um contexto de adversidade e não pode ser considerada como um atributo fixo do indivíduo, mas como processual e dinâmica, já que se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Rutter, 1993; Sameroff & Rosenblum, 2006). Seu caráter dinâmico e processual diz respeito ainda à possibilidade de continuidade e descontinuidade, visto que a resiliência pode ser desencadeada e desaparecer em diferentes momentos da vida, assim como evidenciar-se em determinadas áreas e estar ausente em outras (Poletto & Koller, 2008). Dessa forma, o fenômeno da resiliência se constitui em uma combinação de fatores, os quais envolvem atributos pessoais, recursos da família e características dos ambientes sociais em que o indivíduo está inserido e que interagem entre si, influenciando diretamente o desenvolvimento (Walsh, 2005).

Destaca-se que a psicopatologia do desenvolvimento oferece conceitos e perspectivas que favorecem uma compreensão complexa, dinâmica, interacional e processual do desenvolvimento (Toth & Cicchetti, 2011). Nesse contexto, é possível perceber um diálogo entre a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento e a epistemologia do Pensamento Sistêmico, no sentido em esta também não isola os fenômenos de seus contextos e dá um enfoque as conexões e inter-relações entre variáveis e fenômenos.

É importante ressaltar ainda que a perspectiva da psicopatologia desenvolvimental é especialmente aplicável na investigação de fases de transição do ciclo vital. Ao longo do ciclo vital, o indivíduo experiencia diferentes fases de desenvolvimento, o que se associa, a tarefas específicas. Um exemplo de fase de transição no ciclo de vida é a transição para parentalidade, que para Cerveny & Berthoud (2002), tem início com o desejo e a decisão de ter filhos ou com uma gravidez inesperada e não interrompida, prolongando-se até a construção de uma relação triádica e tendo seu ápice de intensidade nos primeiros meses de vida do bebê, sendo um período de profundas mudanças individuais e familiares. Assim, de acordo com a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, a chegada de um filho envolverá a presença de fatores de risco e de proteção, que concorrerão para os desfechos desenvolvimentais da criança e da família.

3.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ

Embrulhado lá no berço, um pedaço de mim mesmo, uma parte de mim, vivendo uma vida independente e, no entanto, ao mesmo tempo dependente, gradualmente virando uma pessoa.

(Donald Winnicott)

A gravidez pode ser uma das vivências mais transformadoras, sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem. É um processo único e complexo que exige que ambos, até então filhos, tornem-se pais. Quando ocorre num contexto em que os pais mantêm um relacionamento conjugal envolverá a necessidade de abrir espaço para um terceiro na relação do casal e responsabilizar-se pelo seu desenvolvimento (Carter & McGoldrick, 1995).

Um bebê inaugura a possibilidade de se tornar uma família. Assim, no contexto de um relacionamento conjugal, os cônjuges, antes apenas um casal, se preparam para tornarem-se pais e progenitores de uma nova família (Cerveny & Berthoud, 2002). Dessa forma, a preparação para receber um bebê acarretará reorganizações intrapsíquicas, familiares, de papéis sociais, socioeconômicas e profissionais, modificando o equilíbrio entre trabalho, amigos, irmãos, pais (Carter & McGoldrick, 1995; Maldonado, 2005; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008).

A gestação, enquanto momento de transição no ciclo de vida individual e familiar é considerada um período de crise (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny & Berthoud, 2002; Langer, 1981; Maldonado, 2005; Soifer, 1984), envolvendo assim desequilíbrio e tensão, mas também a oportunidade de maturação e crescimento individual (Raphael-Leff, 1997), marital e familiar (Cowan, 1988, Bradt, 1995).

Devido às inúmeras incertezas e um contexto que envolve necessariamente perdas e ganhos, a gravidez estará invariavelmente ligada à vivência de ambivalência afetiva (Soifer, 1984; Maldonado, 2005). Ademais, a experiência da gestação será influenciada por uma série de fatores como: se foi planejada ou não; se é desejada; se ocorreu dentro ou fora de um vínculo estável; a qualidade do relacionamento conjugal; características de personalidade dos pais; história de vínculos afetivos e vivências com as famílias de origem (Bortoletti, 2007); se antes de engravidar a mulher passou por anos de infertilidade ou de episódios de aborto; se a gestação é normal ou de risco; a condição de acesso a cuidados assistenciais de saúde (Maldonado, 2005); a condição socioeconômica da família para prover adequadamente as necessidades da criança; ter outros filhos; rede de apoio social, entre outros (Klaus & Kennel, 1992).

Ao engravidar, a mulher vivencia profundas alterações hormonais, físicas, psicológicas, socioeconômicas e sociais, as quais geram impactos em sua dinâmica psíquica individual e em suas relações sociais. Nesse contexto, a mulher torna-se mais sensível e vulnerável emocionalmente, ficando mais suscetível para o desenvolvimento de transtornos emocionais (Agostini et al., 2015; Silva et al., 2010). Em contrapartida, esse estado emocional específico da mulher na gestação marcado pela labilidade emocional pode ser uma oportunidade de resolução de conflitos psíquicos e de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade e, conseqüentemente, de importante transformação em sua identidade (Maldonado, 2005; Raphael-Leff, 1997).

Nesse processo, a mulher vive um estado de regressão emocional, no qual se volta mais para si e para seu ‘mundo interno’ (Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 2005; Soifer, 1984), o que se associa a evocação de memórias de sua infância e de relações familiares, especialmente da relação com a própria mãe, conduzindo a uma possibilidade complexa de identificações: “da mãe com o bebê, do bebê com o bebê que ela própria foi, da mãe com sua própria mãe ou do bebê

com a mãe da mãe, dentre outras variações onde entram irmãos, avós e etc.” (Moraes, 2010 p. 31).

A condição de regressão emocional se expressa de forma individual, mas frequentemente ocorre através de um estado de maior vulnerabilidade emocional e necessidade de receber afeto e suporte, o que será importante para a maternagem futura do bebê (Maldonado, 2005; Soifer, 1984). Para Winnicott (1988), esse estado emocional específico na mulher foi denominado de ‘preocupação materna primária’, que se caracteriza como um estado psicológico transitório, marcado pela sensibilidade emocional aumentada, o foco nas necessidades do bebê e um menor grau de atenção e investimento aos demais aspectos da vida. Quando presente, esse estado emocional terá início no final da gestação perdurando até as primeiras semanas pós-parto, ou mais (Winnicott, 1988).

As intensas transformações no corpo da mulher suscitam diferentes sensações e sentimentos. À medida que a gravidez evolui o corpo marca visualmente essa realidade. Algumas mulheres vivenciam sentimentos de gratificação, orgulho pelo corpo grávido e sensação de valorização social por estarem carregando um bebê em seu ventre. Contudo, são também comuns sentimentos de insatisfação, medo e insegurança pela falta de controle desse processo e pela perda de um corpo que simbolizava uma condição de mulher independente e desejada (Raphael-Leff, 1997), o que pode associar-se também ao medo de que a experiência da maternidade a modifique como pessoa e não mais consiga recuperar sua identidade antiga, tendo mais perdas do que ganhos (Maldonado, 2005). Além disso, durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher terá que lidar com a constante mistura do sensual e maternal presente em seu corpo (Maldonado, 2005; Raphael-Leff, 1997).

Ter um filho é uma experiência distinta para o homem e a mulher (Bradt, 1995; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992). Devido ao fato do homem não vivenciar a gestação em seu próprio corpo, esta tende a ser mais abstrata do que a experiência concreta da mulher. Do ponto de vista social, em geral o homem não tem licença do serviço ou flexibilização de seus horários de trabalho para participar de consultas pré-natais, nem espaço para compartilhar seus sentimentos e sensações em relação à gravidez (Ribeiro et al., 2015). Contudo, o homem também revive sua infância e suas primeiras relações significativas (Klaus & Kennel, 1992). Pode vivenciar sentimentos de exclusão e isolamento em relação à mãe e o bebê, além de intensificação da preocupação em relação à renda e ao sustento da

família. As tensões derivadas da espera do filho podem ser expressas por comportamentos de fuga através do excesso de trabalho, prolongamento do afastamento de casa, uso abusivo de álcool e até mesmo relacionamentos extraconjugais (Maldonado, 2005). No entanto, muitos homens conseguem se sentir próximos da mãe e do bebê ao apoiarem à mulher e participarem da gestação (Brazelton & Crammer, 1992).

A maneira como o homem vivenciará a gravidez e seu grau de envolvimento em relação à mesma poderão ser influenciados por fatores como seu contexto de vida, o grau de aceitação em relação à gestação, expectativas em relação às mudanças impostas pela gravidez, a qualidade do relacionamento conjugal, seus modelos de paternidade, os quais serão proveniente tanto de relacionamentos mais próximos quanto da cultura em que está inserido, entre outros (Andreani, 2006).

O papel do pai vem se modificando nas últimas décadas com a maior participação da mulher no mercado de trabalho e as consequentes mudanças nos papéis de gênero e papéis materno e paterno na sociedade, sendo possível observar uma participação mais ativa do homem desde a gestação, parto e cuidados iniciais ao filho. Dessa forma, o pai pode contribuir para além do apoio material, como muito difundido num modelo de pai provedor, possuindo função essencial no suporte emocional à mulher gestante e no desenvolvimento da criança (Bossardi & Vieira, 2010). Além disso, para Klaus e Kennel (1992), a aceitação do bebê pelo companheiro, bem como seu apoio, será um fator significativo para o desenvolvimento do apego materno à criança.

A cultura possui forte influência em relação ao cuidado e à responsividade paterna, na medida em que o comportamento paterno de cuidados aos filhos são incentivados e reforçados socialmente. A mãe possuirá também um papel crucial no sentido de incentivar e reforçar a interação e vínculo do pai com seu filho, o que será fundamental para o bom desenvolvimento do recém-nascido (Nunes & Vieira, 2009).

Devido às diversas transformações intrapsíquicas, familiares e sociais o homem também pode apresentar vulnerabilidade emocional. Pesquisas sugerem que ter uma companheira com depressão constitui-se como situação de risco para o desenvolvimento de psicopatologias no homem, incluindo depressão pós-parto (Falceto, Fernandes & Kerber, 2012; Silva & Piccinini, 2009). Além disso, estudos indicam associação negativa entre depressão pós-parto materna e qualidade do relacionamento conjugal, o que também implica negativamente no apoio emocional oferecido pelo pai, seu envolvimento nos cuidados do bebê e no trabalho doméstico. Em contrapartida um pai não deprimido e uma

relação conjugal harmônica têm demonstrado moderar o impacto adverso da depressão materna nas crianças (Silva & Piccinini, 2009; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005)

Dessa forma, considerando que a gravidez torna os pais, especialmente a mulher, vulneráveis emocionalmente, a investigação dos fatores de risco e proteção associados à presença de quadros de ansiedade e depressão pode fornecer subsídios para intervenções preventivas e de promoção de relações saudáveis na família em formação ou expansão.

3.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO

A gestação enquanto momento de transição e de intensas mudanças estará necessariamente ligada a certo grau de ansiedade. Contudo, quando ter um filho, por vários motivos, gerar um grau mais elevado de ansiedade haverá maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério. Nesse contexto, as alterações emocionais desadaptativas durante a gestação dizem respeito a uma complexa rede de inter-relações entre fatores hormonais, psicológicos e sociais (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Assim, apesar de uma condição de maior vulnerabilidade emocional ser esperada no período perinatal a frequência e intensidade dos sintomas pode gerar desfechos negativos na saúde da mulher, do bebê e nas relações familiares (Bayrampour et al., 2015).

Dados epidemiológicos indicam que a gestação possui prevalências de transtornos mentais semelhantes ao período pós-parto (Almeida et al., 2012), sendo a depressão e a ansiedade os transtornos de maior prevalência durante a gravidez (Lima, Tsunehiro, Bonadio & Murata, 2017; Pereira & Lovisi, 2008). Em contrapartida, percebe-se uma maior ênfase em relação aos quadros psicológicos no pós-parto, especialmente na depressão pós-parto e na psicose puerperal, repercutindo em menor atenção à saúde mental da mulher no período gestacional (Almeida et al., 2012). Ademais, pode ser difícil que a mulher peça ajuda quando está vivenciando sofrimento psíquico na gestação, visto que é socialmente esperado que a gravidez seja um período de plenitude e bem estar na vida da mulher, crença que é socialmente difundida e que pode gerar sentimentos de culpa e inadequação.

Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres gestantes no Brasil é alta, ficando em torno de 20,2 %. Especificamente em relação às prevalências de depressão gestacional, em países desenvolvidos as taxas são mais baixas, variando de 10% a 15%, já em países em desenvolvimento, como o Brasil, a média fica em torno de 25% (Fisher et al., 2012). As diferenças podem estar associadas a fatores presentes expressivamente, em países em desenvolvimento, como a privação socioeconômica, baixa escolaridade, violência, entre outros (Pereira & Lovisi, 2008).

A depressão gestacional pode gerar sintomas que prejudicam a saúde materna e fetal como pensamentos negativos, humor deprimido, diminuição da vontade e do prazer para realizar atividades cotidianas, alterações no padrão de sono e apetite, este último acarretando na piora da quantidade e qualidade da ingestão alimentar, uma menor preocupação com seu estado de saúde, o que pode diminuir a adesão ao pré-natal, maiores chances de consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Outro sintoma comum é a dificuldade no vínculo mãe-bebê, o que pode gerar dificuldades futuras no funcionamento psicossocial da mãe, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento psicossocial da criança (Molina & Kiely, 2011; Pereira & Lovisi, 2008).

Estados ansiosos e depressivos não são estáticos durante o período perinatal, sendo que para algumas mulheres se manifestam de forma mais pontual e para outras persistem durante toda a gestação e após o parto (Bayrampour et al., 2015). Além disso, alguns dos sintomas depressivos podem ser confundidos com manifestações comuns e que não representam psicopatologia como alterações nos padrões de sono e de apetite e labilidade emocional, sendo necessário um olhar cuidadoso e minucioso para observar a intensidade e manifestação dessa ocorrência e assim realizar um diagnóstico diferencial (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Em relação à ansiedade, esta envolve uma antecipação de ameaça futura expressa através de uma resposta emocional intensa. Diferentes sintomas físicos e psicológicos como medo, dificuldade de relaxar, taquicardia, agitação psicomotora, nervosismo podem estar presentes (APA, 2014). Estudos indicam que cerca de 20% das mulheres que residem em países em desenvolvimento como o Brasil vivenciam sintomas significativos de ansiedade, os quais podem trazer prejuízos à qualidade de vida na gestação (Ferreira, Orsini, Vieira, do Amarante Paffaro & Silva, 2015; Lee et al., 2007). Estudos longitudinais ao longo da gestação apontam o primeiro e o terceiro trimestres como os períodos

com as prevalências mais altas (Bayrampour et al., 2015; Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015). Para Maldonado (2005), conflitos psicológicos não resolvidos em relação à maternidade e contextos estressores provocam ansiedade e conseqüentemente tentativas de ajustamento frente a condição de tensão. Contudo, quando a ansiedade é muito intensa ou prolongada, as tentativas podem fracassar e resultar em disfunções fisiológicas (Maldonado, 2005). Nessa perspectiva, um estado de alarme constante, típico da ansiedade, sobrecarrega as defesas corporais, deixando o organismo mais vulnerável frente a novos episódios de tensão/ameaça, podendo assim gerar complicações fetais e obstétricas. De acordo com Cunha et al. (2017), estudos que discriminam estados e traços de ansiedade podem auxiliar a diferenciar quadros clínicos que requerem um tratamento de longo prazo daqueles que se beneficiam com intervenções breves, incluindo estratégias como yoga, acupuntura e relaxamento, por exemplo.

A literatura faz referência à chamada ‘ansiedade específica da gestação’ (Buss, Davis, Hobel & Sandman, 2011; Huizink et al., 2014; McMahon et al., 2013), a qual possui características distintas de estados ansiosos em geral, como o medo intenso em relação à saúde e bem-estar do bebê; apreensão intensa em relação à ida ao hospital e aos cuidados pela equipe de saúde; medo em relação à sua própria saúde, muitas vezes acompanhada do medo de morrer; medo intenso do parto e das mudanças com a chegada da criança, havendo uma sensação de impossibilidade em relação à maternidade. Os autores ressaltam que o que diferenciaria a ansiedade específica da gestação seria a relação com elementos específicos do período gestacional. Atualmente existem instrumentos de medida elaborados especificamente para mensurar essa variável (Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Estudos têm indicado que a presença de estresse e de estados persistentes de depressão e ansiedade, especialmente de ansiedade específica da gestação, podem ser variáveis preditoras de desfechos obstétricos negativos como parto pré-termo, baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto (Charil, Laplante, Valillancourt & King, 2010; Conde, Figueiredo & Tendais, 2010; Grote, Bridge & Gavin, 2010; Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008; Guest, Martins-de-Souza, Rahmoune, Bahn & Guest, 2012). Este último efeito, pode acarretar em déficits na regulação da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Nesse sentido, um estudo realizado nos Estados Unidos apontou evidências de que a ansiedade especificamente associa-se a maior chance de parto pré-termo (Roesch, Schetter, Woo & Hobel, 2004), enquanto que outro estudo, realizado na Holanda, indicou que a presença de sintomas depressivos apresenta associações com o baixo peso ao nascer (Goedhart et al., 2010). Ademais, a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos são os pontos-chave em relação à severidade dos desfechos negativos na saúde materno-infantil (Bayrampour et al., 2015).

As evidências apontadas nos estudos sugerem processos fisiológicos como possíveis mediadores na relação entre o estado psicológico pré-natal e as complicações fetais e obstétricas associadas. Os sintomas de ansiedade e depressão crônicos podem alterar a secreção de uma série de hormônios no organismo materno e tais hormônios lançados na corrente sanguínea atravessam a barreira placentária e têm efeito direto no desenvolvimento do cérebro e outros órgãos do feto, influenciando inclusive o padrão de comportamento pós-natal (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Guest et al., 2012).

Nesse contexto, conforme apontam Gunnar, Herrera, Camelia & Hostinar (2009), durante a gestação, a mulher naturalmente apresenta elevação dos níveis de cortisol, contudo a excessiva e frequente elevação dos níveis desse hormônio, comum em quadros de estresse, ansiedade e depressão, atinge o feto e afeta seu desenvolvimento neurológico. Durante seu rápido desenvolvimento no início da vida, o cérebro é particularmente sensível a influências ambientais. O estresse precoce crônico pode acarretar em hipersensibilidade prolongada a fatores estressantes e sensibilização dos circuitos neurais e outros sistemas de neurotransmissores que processam informações de ameaças (Gunnar, Herrera, Camelia & Hostinar, 2009).

Nesse sentido, alterações emocionais crônicas geram perturbações no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA)² materno, estrutura cerebral associada à resposta ao estresse, o qual também é responsável pela modulação de hormônios placentários que

² O eixo HPA, ou ‘eixo hormonal do estresse’, mantém a capacidade do organismo de responder a episódios de estresse agudo e prolongado. Em resposta a um estressor, o eixo HPA é ativado para que, um conjunto de estruturas do cérebro e glândulas endócrinas do organismo emitam respostas endócrinas e comportamentais ao estresse, tais como secreção de hormônios ligados ao estresse, reações de luta/fuga, aumento da vigilância e aprendizagem e memória relacionadas à defesa (Gunnar, Herrera, Camelia & Hostinar, 2009).

possuem efeitos diretos no desencadeamento de trabalho de parto prematuro e no crescimento fetal (Charil et al., 2010). Esse último efeito pode ocorrer, pois a alteração na modulação de hormônios placentários pode diminuir a função da placenta e reduzir os níveis de nutrientes e oxigênio para o feto, prejudicando seu crescimento (Ng, 2011). Além disso, tais alterações terão repercussões no funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) do próprio feto, podendo afetar seu padrão de resposta ao estresse (Charil et al., 2010; Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

A presença de quadros depressivos na gestação tem sido considerada como um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto, sendo muitas vezes uma continuação da depressão iniciada na gestação. Dessa forma, a presença de ansiedade, estresse e depressão na gestação constituem-se como fatores de risco para a manifestação desses sintomas no período pós-parto (Choi et al., 2012; Pereira & Lovisi, 2008; Rodrigues & Schiavo, 2011;).

Destaca-se ainda o importante papel das experiências emocionais dos pais para uma adequada interação pais-criança e vinculação segura à mesma, o que refletirá em seu desenvolvimento psicológico e social, visto que o laço original entre pais e bebês é o que sustentará todas as ligações subsequentes do bebê, sendo a partir dessa relação que a criança desenvolve um sentido de si mesma (Klaus & Kennel, 1992). Assim, a partir do exposto, evidencia-se a relevância das pesquisas acerca de fatores de risco e de proteção para transtornos emocionais na gestação, podendo servir de subsídios para a implementação de estratégias de promoção de saúde e de prevenção em saúde física, mental e relacional para mãe, bebê e família.

3.5 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação é um processo natural, mas sujeito a intercorrências. Assim, quando a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações esta será considerada de alto risco. Assim, as gestantes podem apresentar fatores de risco antes da gestação ou no transcorrer dela (Brasil, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), os fatores de risco³ englobam:

³ Ver glossário de termos médicos.

- **Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:** idade inferior a 15 anos ou superior a 35 anos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; uso de fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais como esforço físico e carga horária intensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
- **História reprodutiva anterior com intercorrências para a mulher ou para o feto:** abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo entre os partos menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
- **Condições clínicas preexistentes:** hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; neoplasias.
- **Exposição indevida ou acidental de fatores teratogênicos;**
- **Doença obstétrica na gravidez atual:** desvio quanto ao crescimento uterino; gestações múltiplas; volume de líquido amniótico alterado; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; óbito fetal.
- **Intercorrências clínicas:** doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (infecção do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Considerando o processo de enfrentamento da condição de riscos para mãe e/ou para o bebê é esperado que um contexto de

gestação de alto risco represente um desafio no âmbito emocional e relacional (Brasil, 2012). Toda gestação, independente de riscos, já impõe adaptações frente às mudanças envolvidas, assim numa gestação de alto risco há o acréscimo de uma série de emoções relacionadas à vivência daquilo que motivou a inclusão no pré-natal de alto risco, o que implica em medo real sobre si mesma e em relação à saúde do filho. Ademais, de acordo com resultados de estudos nacionais e internacionais, o contexto de gestação de alto risco aumenta as chances de sintomas depressivos, ansiosos e de decréscimo da qualidade de vida, constituindo-se como fator de risco para tais sintomas (Benute et al., 2013; Byatt et al., 2014; Couto et al., 2009; Zhao et al., 2016).

Vale apontar que em seu manual técnico sobre gestação de alto risco o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) salienta a relevância de uma abordagem em equipe multiprofissional, na qual se inclui o psicólogo, para uma visão integral e abordagem aos aspectos clínicos, socioeconômicos, psicossociais e emocionais da gestação de alto risco.

A necessidade de hospitalização na gestação de alto risco, especificamente, pode aumentar as chances de sintomas depressivos, especialmente quando associada a sentimentos de desesperança e pensamentos negativos (Pereira et al, 2010). Fatores como medo de perder o bebê ou de desfechos negativos em relação à própria saúde; isolamento social; afastamento do convívio com a rede social; quebra de expectativas e perda da rotina de vida/trabalho, podem contribuir para o aparecimento de ansiedade, desesperança e sintomas depressivos (Juhás et al., 2014).

Nas situações de internação hospitalar, especialmente quando prolongada, é fundamental que se facilite e estimule a visita familiar, para que se possa exercer a função de apoio para lidar com o medo, ansiedade e incerteza. A escassez de suporte do parceiro e/ou da família ampliada força a gestante a lidar com seus problemas sozinha, aumentando as chances de estresse, o que pode associar-se a maiores chances de depressão gestacional (Dudas et al., 2012).

Nesse sentido, o avanço no conhecimento dos fatores de risco para transtornos emocionais em contextos com vulnerabilidade como a gestação de alto risco, auxilia no desenvolvimento de estratégias que fortaleçam emocionalmente os pais durante a gestação.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo gerar conhecimentos científicos a respeito de fatores de risco e de proteção para depressão no contexto da gestação de alto risco, os quais poderão ser aplicados em práticas preventivas e promotoras do desenvolvimento saudável das crianças e das famílias.

O problema de pesquisa foi estudado através de uma abordagem quantitativa, tanto na coleta dos dados quanto no processo de análise da relação entre variáveis (Creswell, 2007; Richardson, 1999). A pesquisa teve ainda caráter exploratório-descritivo, correlacional e preditivo. É exploratória, visto que estudou uma temática em contexto pouco estudado (Creswell, 2007). Possui cunho descritivo, pois utilizou técnicas padronizadas de coleta de dados e tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos (Gil, 2002). Caracteriza-se como correlacional na medida em que teve o objetivo de conhecer a relação entre variáveis em um contexto particular. É ainda, transversal, uma vez que visou descrever e compreender um fenômeno delimitado em um determinado momento do tempo e espaço presente. Por fim, a presente pesquisa também foi considerada explicativa, visto que, além de correlacionar variáveis dos fenômenos envolvidos, produziu dados acerca do poder preditivo de uns sobre outros (Sampieri, Collado e Lúcio, 2006).

Foram realizados dois estudos que se complementam: um bibliográfico (Estudo 1) e outro empírico (Estudo 2). O Estudo 1 visou conhecer os estudos empíricos em bases de dados nacionais e internacionais, entre 2010 e 2016, acerca de fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação. O Estudo 2 apresenta dados acerca da frequência de sintomas depressivos na amostra selecionada e os fatores de risco e proteção associados.

4.2 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO 1

4.2.1 Fontes de informação

O estudo 1 teve delineamento bibliográfico e obteve como resultado o acesso à produção científica recente sobre fenômeno de

estudo através do levantamento de publicações científicas (Gil, 2002). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever a produção científica publicada em bases de dados nacionais e internacionais, indexadas entre 2010 e 2016, acerca da presença de indicadores de ansiedade e depressão na gestação e os fatores de risco associados. Este estudo também teve por objetivo identificar lacunas e propor o objetivo da presente pesquisa.

4.2.2 Seleção dos artigos

Os artigos foram selecionados a partir da realização de uma pesquisa bibliográfica em seis diferentes bases de dados, a saber: Scielo, BVS-PSI; LILACS, Portal da CAPES, Pubmed e APA PsycNet. Foram utilizadas seis estratégias de busca, com os seguintes descritores em língua inglesa e os correspondentes em português. A escolha das palavras-chave baseou-se em consultas no catálogo de descritores do PubMed (*MESH terms*) e no sítio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da BVS. A seguir são apresentadas as estratégias de busca que foram realizadas:

1. pregnancy AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive);
2. pregnancy AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND prevalence;
3. pregnancy AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND “risk factors”;
4. “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive)
5. “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND prevalence;
6. “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND “risk factors”;

A análise do material ocorreu de acordo com as seguintes fases: (i) levantamento da produção científica nas bases de dados selecionadas; (ii) exclusão dos materiais de acordo com os seguintes critérios de exclusão: aqueles que não fossem artigos empíricos; que não fossem em idioma inglês, português ou espanhol; que não correspondessem aos critérios referentes ao ano de publicação (2010 a 2016) e que não disponibilizassem o acesso ao texto completo; (iii) importação do material selecionado para o *software End Note X4*, com o objetivo de

realizar a retirada de trabalhos duplicados e avaliação dos resumos com base nos critérios previamente definidos; (iv) leitura dos resumos e seleção dos artigos que apresentassem a mensuração da ocorrência de ansiedade, estresse e/ou depressão em gestantes; (v) exclusão de produções científicas que não apresentavam a utilização de instrumentos psicométricos para a mensuração de ansiedade, estresse e/ou depressão em gestantes; e (vi) leitura na íntegra de todos os artigos da amostra final (N=41) para elaboração das categorias de análise e seleção definitiva do material componente do corpo de trabalho.

4.2.3 Análise dos dados

O levantamento inicial de dados obteve 2333 resultados, destes: 28 no Scielo; 215 no BVS-PSI, 266 no Lilacs, 1083 no Pubmed, 547 no CAPES e 460 no APA PsycNet. Após a exclusão dos artigos, conforme os critérios apresentados, obteve-se um total de 41 artigos científicos, sendo: 01 do Scielo; 02 do BVS-PSI; 02 do Lilacs; 11 no Pubmed; 05 no CAPES e 20 do APA PsycNet, todos com acesso ao texto completo.

Os artigos lidos integralmente foram classificados com relação a: nacionais ou internacionais, gestação de baixo ou alto risco, delineamento metodológico (tipo de estudo, método, técnica utilizada e análise de dados), variáveis estudadas e principais resultados relacionados aos fatores de risco para ansiedade e/ou depressão na gestação. É importante ressaltar que, como foram obtidos apenas dois estudos que avaliavam a variável estresse, optou-se por caracterizar os fatores de risco para ansiedade e/ou depressão na gestação encontrados nos estudos selecionados. Além disso, foi possível verificar a predominância de estudos no contexto da gestação de baixo risco ou risco habitual, apontando a importância de mais estudos no contexto da gestação de alto risco.

4.3 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO 2

O Estudo 2 teve caráter transversal, descritivo e correlacional. Foi também explicativo, pois além de correlacionar variáveis dos fenômenos envolvidos, produziu dados acerca do poder preditivo de uns sobre outros (Sampieri, Collado e Lúcio, 2006).

4.3.1 Contexto do Estudo 2

A pesquisa foi desenvolvida em um ambulatório de pré-natal de alto risco de uma Maternidade Escola do Sul do Brasil. As mulheres gestantes atendidas neste ambulatório são oriundas do município em questão, de municípios vizinhos e do interior do estado onde o estudo foi realizado. A maternidade é reconhecida em âmbito nacional por sua filosofia de humanização na assistência durante o parto e nascimento, o que lhe conferiu os títulos de Hospital Amigo da Criança, pela UNICEF, e o prêmio Galba de Araújo, além de ser Centro de Referência na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru.

O ambulatório de pré-natal de alto risco é referência para o estado para as situações de gestação de alto risco. Atualmente, possui seis agendas semanais de pré-natal, cada uma com uma média 8 a 10 pacientes por agenda, contabilizando uma média de 40 a 50 pacientes por semana. O perfil das gestantes encaminhadas para esse ambulatório é variado podendo-se citar: hipertensão arterial sistêmica (HAS); distúrbio hipertensivo específico da gestação (DHEG); diabetes mellitus (DM); diabetes gestacional (DMG); gemelaridade; adolescentes (idade inferior a 15 anos); idade materna acima de 40 anos; histórico prévio de perdas gestacionais; histórico de prematuridade em gestações anteriores; diagnóstico atual ou histórico de malformações fetais; doenças maternas (HIV positivo, doenças cardíacas, vasculares, autoimunes entre outras); obesidade mórbida; quadros psiquiátricos e dependência química. O ambulatório atualmente conta com uma equipe multiprofissional composta de: cinco médicos ginecologistas-obstetras, duas enfermeiras, duas psicólogas, uma assistente social, duas recepcionistas, técnicas de enfermagem, residentes e estudantes de graduação das áreas de Medicina e Psicologia.

Ressalta-se que o ambulatório em que a pesquisa foi realizada conta com uma equipe de duas psicólogas, sendo uma delas a pesquisadora, além de psicólogas residentes e estudantes de graduação em psicologia. O Serviço de Psicologia oferece, sistematicamente, atendimento e acompanhamento psicológico às mulheres com gestação de alto risco no ambulatório do Serviço. Sendo assim, as participantes foram acompanhadas pelo Serviço de Psicologia, independentemente da pesquisa e no decorrer da mesma.

4.3.2 Participantes do Estudo 2

A pesquisa contou com 80 participantes, mulheres, com gestação de alto risco, selecionadas através de amostra intencional, a partir dos seguintes critérios pré-definidos.

4.3.2.1 Critérios de inclusão

Idade superior a 18 anos, coabitar e manter relacionamento conjugal e estar no terceiro trimestre da gestação. Ressalta-se que foi definido restringir a pesquisa às gestantes que se encontravam no terceiro trimestre, pois neste período o nível de ansiedade tende a aumentar devido à proximidade do parto e das mudanças iminentes com a chegada do bebê (Maldonado, 2005; Rubertsson, Hellström, Cross & Sydsjö, 2014).

4.3.2.2 Critérios de exclusão

Diagnóstico de malformação fetal, dependência química e de transtorno mental grave.

4.3.3 Instrumentos para a coleta de dados

Análise Documental do Prontuário. A análise Documental dos Prontuários foi realizada com o intuito de pesquisar critérios de inclusão do estudo e verificar informações sobre os dados clínicos da gestação e/ou outras informações necessárias.

Questionário sóciodemográfico (Anexo B). Instrumento adaptado do questionário desenvolvido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI/ UFSC). É composto por 11 questões concernentes a variáveis como: dados da família (cidade de residência, composição familiar, número de pessoas que moram na casa, idade e escolaridade dos membros da família); renda familiar (profissão, atividade atual, jornada de trabalho e valores dos rendimentos recebidos mensalmente pela família); presença de pessoa contratada para auxiliar nos cuidados com a casa; uso de medicamentos por parte dos familiares; e características da habitação (número de cômodos e tipo de edificação).

Questionário de variáveis clínicas e obstétricas (Apêndice B). Foi desenvolvido para a presente pesquisa um questionário de variáveis clínicas e obstétricas para obter informações sobre dados clínicos sobre

a gestação atual (idade gestacional, data início do pré-natal, intercorrências clínicas durante a gestação), histórico clínico e outros dados relevantes sobre gestações e partos anteriores, incluindo histórico de abortos, óbitos fetais e falecimento de outros filhos. Foram incluídas também questões sobre o histórico de saúde mental (histórico de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, se em algum momento da vida recebeu um diagnóstico de transtorno mental, histórico de saúde mental familiar e histórico e uso atual de álcool, tabaco e drogas).

Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EDPS- Cox, Holden & Sagovsky, 1987) Trata-se de uma escala auto-aplicável, que possui dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EDPS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Ao final de aplicação, somam-se as pontuações dos itens da escala, obtendo-se um valor de zero a 30 pontos, que é usado para classificar em potencialmente deprimidas ou não deprimidas de acordo com o ponto de corte definido no estudo de validação. É largamente utilizada para rastreamento de sintomas depressivos pré e pós-natais. Os autores ressaltam que o instrumento foi desenhado para complementar, não para substituir, a avaliação clínica. Santos, Matijasevich, Tavares, Franck, Barros, Botelho, Lapolli, Magalhães, Silva, Barbosa e Barros (2007) validaram a EPDS no Brasil no ano de 2004 em uma amostra de mães brasileiras do Rio Grande do Sul, utilizando a versão brasileira traduzida por Santos, Martins e Pasquali (1999), tendo como padrão-ouro a utilização de questionário semi-estruturado baseado na CID-10, tendo referido sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,6% do instrumento com ponto de maior ou igual ao escore 10. Conforme estudos anteriores com gestantes foi utilizado o critério de corte igual ou maior ao escore 12 para categorizar casos de provável depressão (Carolan-Olah & Barry, 2014; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011). No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, sendo obtido o valor de 0,85.

ISSL - Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (Lipp e Guevara, 1994) Caracteriza-se como um instrumento útil na identificação de quadros característicos do estresse, possibilitando diagnosticá-lo em adultos, identificando a fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a sintomatologia predominante, se física ou psicológica. Possui seis questões, cada uma com opções de sintomas a assinalar (auto-aplicável), indicando assim a ausência ou presença de sintomas de estresse. O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) foi

validado no Brasil em 1994 por Lipp e Guevara em um estudo com 1853 pessoas entre 15 e 75 anos, apresentando boas propriedades psicométricas (*alpha* se Cronbach de 0.91) (Lipp, 2015). No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, sendo obtido o valor de 0,89.

Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) Em 1970, Spielberg, Gorsuch e Lushene desenvolveram o Inventário de Ansiedade Traço/Estado de autoaplicação para jovens e adultos, que distingue a ansiedade em dois conceitos: traço de ansiedade (a-traço) e estado de ansiedade (a-estado). O IDATE foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). É composto por duas escalas distintas para medir os dois conceitos de ansiedade. Tal inventário consiste em uma escala com 40 itens, 20 correspondentes à ansiedade-traço e 20 à ansiedade-estado. Existem quatro alternativas de resposta com valores que variam de um a quatro pontos. Assim, para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos. Há itens das escalas que indicam uma direção contrária à ansiedade e, por isso, devem ser invertidos, ou seja, recodificados. Quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo apresentar ansiedade. Como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, conforme estudos anteriores com gestantes foi utilizado o critério de corte igual ou maior ao escore 40 (Araújo, Pacheco, Pimenta & Kac, 2008; Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger, Berger, 2015). A consistência interna da versão brasileira foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, e foram obtidos os valores de 0,93 para o sexo masculino e 0,87 para o sexo feminino (Araújo, Pacheco, Pimenta & Kac, 2008). O IDATE tem sido amplamente utilizado internacionalmente no período perinatal, seja na gestação ou no pós-parto com bons resultados de sensibilidade, especificidade e valores preditivos para determinar quadros de ansiedade no contexto perinatal (Meades & Ayres, 2011). Cabe ressaltar que tal instrumento não está atualmente liberado para utilização na atuação profissional do psicólogo, exceto para fins de pesquisa conforme a ponderação preconizada pela resolução CFP no 002/2003, art 16, que coloca que “será considerada falta de ética, conforme disposto na alínea c do Art 1º e na alínea m do Art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo, a utilização de testes psicológicos que não constam na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo os casos de pesquisa” (Schmidt, Bolze & Crepaldi, 2017). No presente estudo, a consistência interna do instrumento obtida através do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0.90 para o Idate-estado e de 0,89 para o Idate-traço.

Questionário sobre Relacionamento Conjugal (QRC) É composto por três itens que se referem ao relacionamento estabelecido entre cônjuges. Esse questionário foi desenvolvido e utilizado previamente por pesquisadores vinculados ao NEPEDI/UFSC. Trata-se de uma escala *likert* de cinco pontos, cujas questões componentes versam sobre *qualidade do relacionamento conjugal*, *satisfação conjugal* e *conflito conjugal*. No tocante à *qualidade do relacionamento conjugal*, “1” corresponde a *muito infeliz* e “5” a *muito feliz*. Na *satisfação conjugal*, “1” diz respeito a *nada satisfeito* e “5” a *extremamente satisfeito*. No concernente ao *conflito conjugal*, “1” refere-se à relação *nada conflituosa* e “5” à *extremamente conflituosa*. A variável *qualidade do relacionamento conjugal* teve seus escores invertidos no processo de análise de dados, a fim de padronizar os itens referentes a fatores positivos (*qualidade do relacionamento conjugal* e *satisfação conjugal*), de modo que quanto mais alta for a média, mais positivamente foi avaliada a relação conjugal pela participante. Já na questão sobre conflitos, quanto menor o escore, menor o grau de conflitos e vice versa. O QRC não possui validação; contudo, já foi adotado em estudos anteriores (Schmidt, 2012; Bossardi, 2011, Bossardi, 2015) e obteve um coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0.73 nos estudos de Bossardi (2011) e Schmidt (2012) e de 0.74 para o pai e 0,80 para a mãe no estudo de Bossardi (2015). A consistência interna obtida no presente estudo por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0,89.

Questionário do MOS – SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey) O instrumento MOS-SSS foi desenvolvido para o *Medical Outcomes Study* (MOS), que tinha como objetivo acessar a percepção de suporte social em 2987 adultos com doenças crônicas e que eram usuários de serviços de saúde nos Estados Unidos na década de 90, tendo demonstrado boas evidências de validade e confiabilidade. Consiste num instrumento de auto-relato com 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. O primeiro item objetiva avaliar a estrutura da rede, utilizando uma pergunta sobre o número de familiares e amigos, com quem a pessoa pode contar como apoio. Os demais 19 itens avaliam cinco dimensões do apoio social (material, emocional, interação social positiva, emocional/informacional) utilizando uma escala Likert de cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre) a respeito da frequência com que o indivíduo percebe que pode contar a rede de apoio em diferentes situações. Os autores reportaram *alpha* de Cronbach maior que 0.91 para todos os fatores (Sherbourne & Stewart, 1991). O instrumento MOS-SSS tem sido traduzido e adaptado para diferentes culturas e contextos. Foi adaptado para a população brasileira

por Griep (2003), Griep et al. (2003) e Griep et al. (2005) e já foi adotado em estudos anteriores (Zanini, Verolla-Moura & Queiroz, 2009), tendo obtido um coeficiente de alpha de Cronbach entre 0,95 e 0,76. Na presente pesquisa a consistência interna do instrumento obtida através do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0.94.

4.3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a definição dos procedimentos de coleta de dados foi realizado um estudo preliminar a partir da aplicação dos instrumentos citados anteriormente, com o objetivo de avaliar o grau de conforto das participantes no decorrer do mesmo. Considerando o conjunto de instrumentos, o que contabilizava um total de 70 itens, foi oferecida à participante a possibilidade de, tanto no estudo preliminar como após o mesmo, a coleta ser realizada em duas etapas. No entanto, nenhuma participante solicitou que assim o fosse.

A coleta foi realizada sistematicamente em todas as agendas disponíveis para consultas de pré-natal de alto risco na instituição (total de seis agendas semanais). O período de realização da coleta foi de setembro de 2016 a março de 2017. Foi realizada por uma equipe de cinco pesquisadoras, das quais uma era a pesquisadora principal e quatro eram pesquisadoras voluntárias, vinculadas ao projeto de pesquisa, as quais receberam treinamento prévio visando a padronização dos procedimentos de coleta de dados. Além disso, um dos critérios adotados foi que todas as pesquisadoras tivessem experiência no atendimento psicológico a gestantes, visto que se trata de uma população com vulnerabilidade emocional, principalmente no contexto da gestação de alto risco. Dessa forma, as pesquisadoras em sua maioria haviam sido vinculadas ao Serviço de Psicologia da instituição através da realização de estágio curricular ou de especialização em nível de Residência.

Após o treinamento da equipe, iniciou-se a coleta. As participantes foram selecionadas a partir dos critérios pré-definidos na pesquisa, alguns dos quais foram verificados através das informações contidas no prontuário. Dessa forma, as mulheres selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa durante sua permanência para consulta de rotina no ambulatório de pré-natal de alto risco, sendo prestadas todas as informações a respeito do estudo; ressaltando-se ainda que, caso não aceitassem, não haveria nenhum prejuízo em seu acompanhamento com a equipe multiprofissional do ambulatório. Dessa

forma, o convite era realizado enquanto as gestantes aguardavam a consulta de pré-natal, sendo realizado em média uma hora antes do início dos atendimentos da agenda de pré-natal, com o intuito de aproveitar o tempo em que elas aguardavam e não atrasar sua consulta posteriormente. A aplicação foi realizada nos consultórios disponíveis para atendimento da equipe do ambulatório.

As pesquisadoras tomaram cuidado em relação à disponibilidade de tempo, sendo que a coleta tinha duração média de 50 minutos, variando para mais ou para menos em função de características individuais. Além da aplicação dos instrumentos foram contabilizados, em média, 15 minutos, para a ambientação inicial e para o fechamento e despedida, perfazendo assim um tempo médio de 70 minutos por coleta. Ao longo da coleta as pesquisadoras mantinham-se atentas a possíveis sinais de desconforto, sendo ressaltada a possibilidade de interromper o trabalho sempre que necessário sem nenhum prejuízo para a participante.

No dia da aplicação dos instrumentos era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa (vide apêndice A), sendo assim entregue uma cópia do mesmo para a participante e realizada a leitura de seu conteúdo em voz alta, frisando que a participação era voluntária e informando-as ainda sobre procedimentos de desistência. Após a leitura e assinatura do TCLE, era realizado um acolhimento inicial, esclarecendo-se dúvidas. Os itens dos instrumentos foram lidos em voz alta, pela pesquisadora e preenchidos, havendo duas cópias, para que dessa forma a participante pudesse acompanhar a leitura.

Ao final da coleta, conforme explicitado nas considerações éticas, foi verificado como a gestante estava se sentindo, considerando-se a mobilização emocional dos temas íntimos abordados, sendo assim oferecido acolhimento dos sentimentos e das percepções da gestante. Ressalta-se que caso fossem identificadas demandas psicológicas no decorrer da pesquisa e a gestante ainda não estivesse em acompanhamento psicológico, com a equipe de psicologia do ambulatório, era então oferecido o acompanhamento. Nos casos em que a participante tivesse indicadores de quadro depressivo e /ou ansioso, era oferecido atendimento psicológico sistemático e, quando necessário, avaliação psiquiátrica, como em casos em que a participante respondeu positivamente para a questão de número dez do EPDS, a qual trata da presença de ideação suicida. Caso ela já estivesse sendo acompanhada, esta seguiu o acompanhamento com o psicólogo responsável.

4.3.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir dos instrumentos de medida utilizados na pesquisa foram tabulados e tratados em uma planilha no programa estatísticos *Statiscal Package for Social Science* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais- SPSS 20.0). Realizou-se, inicialmente, a análise quantitativa dos dados a partir da *estatística descritiva*, com o objetivo de descrever os valores de cada variável, apontando assim a distribuição de frequências e porcentagens para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para variáveis contínuas. Após essa etapa, os dados foram tratados a partir de análises *estatísticas inferenciais*. Assim, com o objetivo de analisar o relacionamento entre variáveis contínuas do estudo, o qual fosse improvável de acontecer devido ao erro amostral, isto é, ao acaso, e determinar a direção desse relacionamento (se positivo, negativo ou zero) e a força da magnitude do mesmo, foram realizadas análises de correlação bivariadas a partir do coeficiente de correlação *r de Pearson*⁴ com nível de significância de 5%. Ressalta-se que a tal análise foi realizada apenas para as variáveis que apresentaram distribuição normal no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para identificar associações bivariadas entre as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-quadrado (X^2) ($2x2$).

A partir da revisão de literatura de estudos empíricos acerca dos fatores de riscos relacionados à presença de depressão em gestantes foram selecionadas as seguintes variáveis para a confecção de um modelo de regressão, as quais serão apresentadas em blocos de variáveis: i) Variáveis de saúde mental: histórico de acompanhamento psiquiátrico, se estava em acompanhamento psiquiátrico atualmente, se já teve diagnóstico psiquiátrico, ansiedade-estado (IDATE-estado), ansiedade-traço (IDATE-traço), diagnóstico de estresse (ISSL); ii) Uso de álcool, tabaco e/ou drogas: histórico de uso de tabaco, histórico de uso de drogas, uso atual de drogas, uso atual de álcool, uso atual de tabaco; iii) Rede de Apoio: média MOS-SSS; iv) Dados sociodemográficos: idade, estado civil, nível educacional, se trabalha ou não, renda; v) Dados obstétricos: número de gestações, número de abortos, número de natimortos, número de filhos falecidos, planejamento da gravidez, se a gravidez era desejada; vi)

⁴ O coeficiente *r de Pearson* avalia a força ou magnitude do relacionamento entre duas variáveis. Seu valor varia entre -1 e 1: quanto mais próximo de ± 1 , mais forte será o relacionamento; quanto mais próximo de zero, mais fraca será a correlação (Dancey & Reidy, 2013).

Relacionamento Conjugal: média QRC. Com o objetivo de predizer os valores na escala de depressão entre as mulheres grávidas iniciou-se com o ajuste do modelo de regressão linear e de uma série de preditores. Como havia preditores dicotômicos e contínuos, ajustou-se o modelo de maneira aditiva, acrescentando um bloco de preditores por vez e avaliando possíveis problemas referentes ao tamanho da amostra, dados faltantes e linearidade.

Em relação às variáveis de saúde mental, como a variável ‘histórico de acompanhamento psiquiátrico’ só possuía casos negativos e um missing, esta não pôde ser incluída no modelo. A variável ‘diagnóstico de estresse’ no momento da coleta possuía grande maioria de casos positivos, não sendo assim recomendado incorporá-la ao modelo. No conjunto de dados referente à variável ‘histórico de diagnóstico psiquiátrico’ havia um missing, que foi imputado utilizando-se o valor mais comum da variável (‘não’). As variáveis relativas ao histórico de uso de drogas, uso atual de drogas, uso atual de álcool e uso atual de tabaco possuíam poucos casos positivos na amostra. Em função disso, sua inclusão no modelo de regressão não era recomendada, por forçarem a estimação dos seus coeficientes com base em poucos casos.

Dentre as variáveis socioeconômicas, o estado civil estava classificado entre ‘solteira’, ‘casada’, ‘união estável’ e ‘separada’. Como havia poucos casos de mulheres solteiras, foi necessário transformar essa variável em forma binária (‘casada’ e ‘não casada’) para mantê-la no modelo. A variável renda possuía cinco casos faltantes, cujos valores foram imputados por meio da média da variável. Além disso, a renda foi escalada para unidade de 1000,00. Em relação à variável ‘escolaridade’, havia alguns níveis com poucos casos na base de dados. Por esse motivo, optou-se por inserir essa variável como numérica, assumindo que cada nível é equidistante dos demais. Ressalta-se que o gráfico de dispersão entre essa variável e o desfecho sugere a existência de uma relação linear negativa, o que justificou a maneira como a variável foi incluída no modelo. O valor zero assumido foi o menor nível presente na amostra: Ensino Fundamental Incompleto.

No tocante às variáveis obstétricas, como as variáveis ‘número de natimortos’, ‘número de filhos falecidos’ e ‘gravidez desejada’ apresentavam poucos casos diferentes de zero, para as duas primeiras, ou poucos casos negativos para a última não era recomendado utilizá-las no modelo de regressão. A variável ‘planejamento da gestação’ possuía um caso faltante que foi imputado com o valor mais frequente (‘não’). Como a variável ‘número de abortos’ era linearmente dependente da variável ‘número de gestações’ a solução adotada foi incluí-la de forma

associada à mesma. Assim sendo, foi criada uma nova variável resultante da multiplicação do número de gestações pelo número de abortos.

Após a avaliação das variáveis e sua adequação para inserção no modelo de regressão o número de preditores ficou reduzido a 12 variáveis, as quais serão apresentadas na seção de resultados. A partir disso, verificou-se se os pressupostos básicos da regressão linear ‘linearidade’, ‘homogeneidade da variância residual’ e ‘normalidade dos resíduos e casos influentes’ eram satisfatoriamente atendidos pelo modelo final. Verificou-se assim que o modelo final possuía um ajuste aceitável para que fosse possível interpretar os resultados dos coeficientes de regressão.

Para fins ilustrativos construiu-se o fluxograma a seguir, o qual descreve a estruturação do método, apresentando a variável dependente (sintomas depressivos) e cinco agrupamentos de variáveis independentes do modelo final.

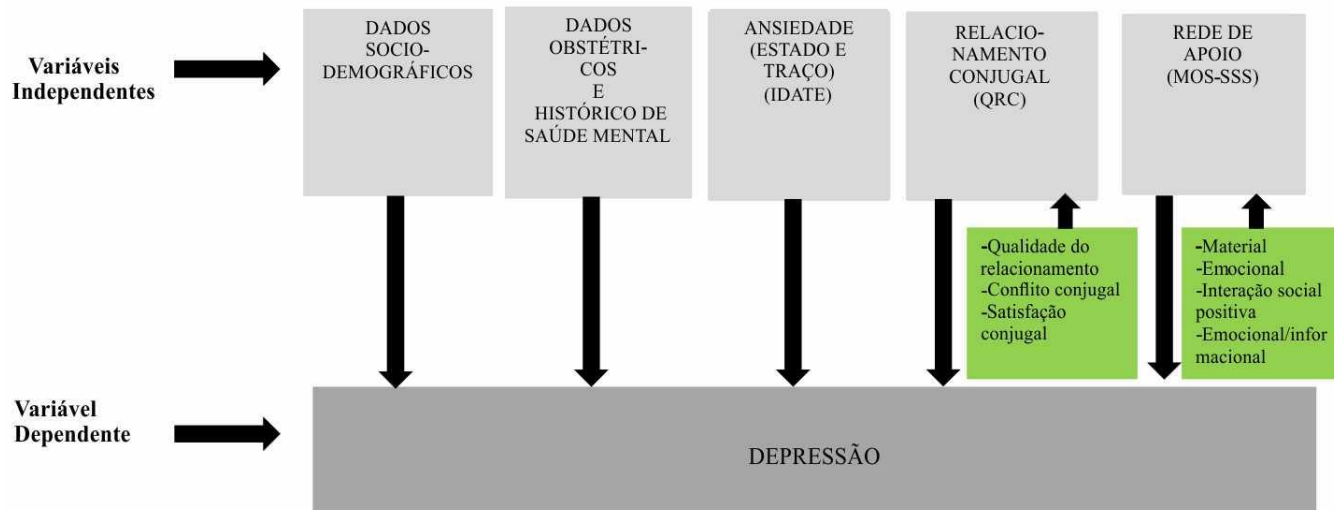


Figura 1: Fluxograma ilustrativo das variáveis do estudo 2

4.3.6 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), conforme a resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 (Ministério da Saúde), tendo sido devidamente aprovado sob o **CAAE: 53521416.5.0000.0121** (anexo B). Ressalta-se que foram considerados todos os procedimentos éticos concernentes aos princípios da proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes, como: a apresentação das informações aos participantes; a garantia do caráter voluntário e anônimo; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); confidencialidade de todos os dados coletados e a possibilidade de desistência, em qualquer fase da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma delas, com os dados para contato com as pesquisadoras, disponibilizado para posse pelos participantes. Foram seguidos ainda os princípios éticos do Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia de 08/2005 acerca a realização de pesquisas em Psicologia com seres humanos.

Além disso, ao longo do processo de coleta de dados foi dispensada atenção a possíveis mobilizações emocionais decorrentes desse processo, sendo fornecido apoio psicológico pelas pesquisadoras sempre que necessário. Ademais, como o Ambulatório de pré-natal de alto risco conta com atendimento psicológico pelo Serviço de Psicologia do hospital, as participantes que possuíam demandas psicológicas foram acompanhadas sistematicamente independentemente da pesquisa. Ressalta-se assim que, nos casos em que foram identificados indicadores emocionais de sofrimento psíquico, nos mais variados níveis, caso as participantes não estivessem em acompanhamento psicológico, estas foram encaminhadas para o ambulatório da psicologia no Pré-natal de Alto risco da instituição. Ademais, os resultados da pesquisa serão apresentados a Instituição e, se possível, utilizados para o planejamento de ações de assistência nesse contexto.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois formatos. No primeiro, será apresentada uma síntese dos resultados do estudo 1 e do estudo 2. No segundo, os resultados serão apresentados na forma de dois artigos científicos, organizados conforme as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012) e os padrões de publicação da maioria das revistas científicas de Psicologia. Cada um dos estudos buscou responder a um dos objetivos específicos dessa pesquisa, sendo que juntos objetivam responder ao objetivo geral da presente dissertação.

5.1 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO 1

No estudo 1 os principais resultados da revisão sistemática da literatura foram organizados em dois grupos: *fatores de risco para depressão* e *fatores de risco para depressão e ansiedade*, de acordo com as variáveis envolvidas nas pesquisas. A partir dessa escolha, foram criadas categorias temáticas, de acordo com a similaridade entre as características dos trabalhos, a fim de organizar a apresentação dos resultados. Com a intenção de apresentar de modo integrado os resultados da categorização dos estudos foi organizado um mapa da literatura (Creswell, 2007), o qual será apresentado no artigo 1.

Em relação aos fatores de risco evidenciados nos artigos destacaram-se, por ordem de ocorrência: i) fatores socioeconômicos e relacionamento conjugal e familiar (15 estudos); ii) histórico de saúde mental e complicações obstétricas (14 estudos cada); iii) rede social de apoio frágil (13 estudos); iv) nível educacional e planejamento da gestação (11 estudos); v) idade materna (10 estudos); vi) eventos estressores na gestação (09 estudos); vii) uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas e estrutura familiar (05 estudos); viii) violência (04 estudos); ix) migração (02 estudos); x) coping e aspectos cognitivos (01 estudo cada). Assim, os fatores socioeconômicos, o relacionamento conjugal e familiar, o histórico de saúde mental, as complicações obstétricas e a rede de apoio frágil configuraram-se como os principais fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação nos estudos analisados.

Dessa forma, os resultados evidenciaram uma variedade de fatores que podem influenciar o estado psicológico materno durante a gestação, desde aspectos de atributos pessoais (idade, nível educacional,

aspectos cognitivos e de *coping*), fisiológicos (complicações obstétricas), de histórico de saúde (histórico de saúde mental e uso de substâncias psicoativas), relacionais (estrutura familiar, relacionamento conjugal e familiar, violência e rede de apoio), contextuais (planejamento da gestação, eventos estressores e migração) a fatores que perpassam questões macrossociais como os fatores socioeconômicos, demonstrando o quanto a depressão e quadros de ansiedade são fenômenos complexos e multideterminados. Ressalta-se que os resultados completos desse estudo serão apresentados no *Artigo 1*, intitulado: Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos.

5.2 RESULTADOS DO ESTUDO 2

Os resultados serão apresentados em duas partes, a primeira que contém: *Caracterização sociodemográfica das participantes, Caracterização dos dados obstétricos e clínicos, Resultados sobre a sintomatologia de ansiedade e depressão, Resultados sobre o relacionamento conjugal das participantes,*

Resultados sobre a percepção do suporte social, Resultados acerca das correlações realizadas e por fim os Resultados do Modelo de Regressão Linear Multivariada. A segunda parte será a síntese dos principais resultados, os quais serão apresentados no Artigo 2, intitulado ‘Sintomas depressivos na gestação: Fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco’.

5.2.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

Tabela 1

Resumo de Caracterização Sociodemográfica das Participantes

Variáveis sociodemográficas	N	(%)	Mínimo	Máximo	M (DP)
Local de residência					
Grande Florianópolis	73	91,3			
Vale do Itajaí	4	5			
Norte Catarinense	1	1,3			
Sul Catarinense	2	2,5			
Total	80	100			
Idade	80		18	46	28,64 (6,82)
Estado Civil					
Solteira	4	5			
Casada	44	55			
União Estável	32	40			
Total	80	100			
Etnia/Raça					
Negra	6	7,8			
Parda	18	23,4			
Branca	51	66,2			
Amarela/oriental	2	2,6			
Total	77	100			

Religião					
Sem religião	1	1,4			
Católica	35	49,3			
Evangélica	24	33,8			
Espírita	6	8,5			
Umbandista	2	2,8			
Cristã	3	4,2			
Total	71	100			
Renda Familiar	75		900	8000	3009,87 (1405,09)
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	5	6,3			
Fundamental Completo	5	6,3			
Médio Incompleto	21	26,3			
Médio Completo	30	37,5			
Superior Incompleto	10	12,5			
Superior Completo	7	8,8			
Pós-Graduação	2	2,5			
Total	80	100			
Tempo de União					
Até 1 ano	15	18,8			
1 ano e 1 mês a 5 anos	31	38,8			
5 anos e 1 mês a 10 anos	20	25,0			
10 anos e 1 mês a 15 anos	8	10,0			
15 anos e 1 mês a 20 anos	4	5,0			
20 anos e 1 mês a 25 anos	1	1,3			
25 anos e 1 mês a 30 anos	1	1,3			
Total	80	100			
Número de pessoas na casa	80		1	7	3,20 (1,33)

Nota. n= número de respondentes. (%)= Porcentagem de frequência. M= Média. DP= Desvio-padrão.

A partir da tabela 1, constata-se que a maioria das participantes era proveniente da Grande Florianópolis (91,3%). A média de idade foi de 29 anos (DP=6,82), variando de 18 a 46 anos. Um total de 66,2% das entrevistadas se intitulou da etnia/raça branca. A maioria das mulheres (98,6%) referiu ter alguma religião, sendo que 49,3% referiram ser católicas e 33,8% evangélicas. Um total de 95% delas encontrava-se num relacionamento estável (55% casadas e 40% em união estável), sendo que a maioria (38,8%) encontrava-se no relacionamento num intervalo de tempo entre “um ano e um mês e cinco anos”. O número médio de pessoas morando na casa foi de três pessoas (DP=1,335). Em relação à escolaridade a maior parte da amostra tinha ensino médio completo (37,5%) e ensino médio incompleto (26,3%). A renda mensal média da família foi de R\$ 3009,87 (DP=1405,09), variando de um mínimo de 900 a um máximo de 8000 reais.

As participantes referiram 30 diferentes tipos de ocupação (Apêndice C). No entanto, conforme a tabela 2, a maior parte das mulheres referiu não estar exercendo atividades laborais no momento (55,2%). Dentre as participantes que estavam trabalhando a maioria exercia entre sete e oito horas diárias de atividades (23,9%).

Tabela 2

Porcentagens de Jornada de Trabalho das Participantes

Jornada de Trabalho	N	(%)
0 horas	37	55,2
Até 4 horas diárias	2	3,0
Entre 5 e 6 horas diárias	6	9,0
Entre 7 e 8 horas diárias	16	23,9
Entre 9 e 10 horas diárias	3	4,5
Entre 11 e 12 horas diárias	2	3,0
Mais de 12 horas diárias	1	1,5
Total	67	100

Nota. n= número de respondentes. (%)= Porcentagem de frequência.

Caracterização dos dados obstétricos e clínicos das participantes

A maioria das participantes encontrava-se na primeira (30%) ou segunda gestação (37,5%). A maior parte das gestações atuais, foco da presente pesquisa, não foi planejada (60,8%). Contudo, 93,2% das

participantes referiram desejar a gravidez, indicando adaptação à situação. No momento da coleta, a média de idade gestacional foi de 32 semanas (DP=4,29). Já a média da idade gestacional em que as mulheres se encontravam quando iniciaram o pré-natal foi de nove semanas (DP=4,65). Um total de 18,7% de participantes possuía histórico de um, dois ou três abortos. Nesse sentido, constata-se que apesar de 37,5% estarem na segunda gestação e 18,8% na terceira, apenas 43,8% das participantes possuem filhos vivos. Em relação ao histórico de tipo de parto, houve uma diferença pequena entre o número de partos normais e cesáreos, 35% e 30%, respectivamente (Apêndice E).

No tocante relacionado a histórico ou uso atual de drogas, conforme a Tabela 3, houve uma frequência de participantes com histórico de uso de drogas de 11,3%, assim como de uso na gestação atual (3,8%).

Tabela 3

Histórico e uso atual de tabaco e drogas

Histórico de uso	Frequência	(%)
Tabaco	25	31,3
Drogas	9	11,3
Uso atual		
Tabaco	5	6,3
Drogas	3	3,8

Nota. (%)= Porcentagem de frequência.

Conforme a tabela 4, em relação ao histórico de diagnóstico psiquiátrico entre as participantes, a maioria negou já ter recebido algum diagnóstico de saúde mental ao longo da vida (78,8%). Entre as que possuíam o histórico, 16,3 % era de depressão e apenas 3,8% de transtorno de ansiedade.

Tabela 4
Frequência de diagnósticos psiquiátricos prévios

Diagnóstico	Frequência	(%)
Nenhum	63	78,8
Depressão	13	16,3
Transtorno de Ansiedade	3	3,8
Dependência química	1	1,3
Total	80	100

Nota. (%) = Porcentagem de frequência

Em relação às intercorrências apresentadas pelas participantes, obteve-se um total de 58 tipos de intercorrências físicas (Apêndice D), as quais se relacionaram à necessidade de realização do pré-natal de alto risco. As intercorrências mais frequentes foram a necessidade de internação hospitalar durante a gestação (8,8%); seguida da infecção do trato urinário (ITU), da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e da hipertensão arterial sistêmica (HAS), todas com frequência de 7,5%.

5.2.2 Resultados sobre a sintomatologia ansiosa

Para avaliar a presença de ansiedade na amostra estudada foi utilizado o instrumento IDATE, que é composto pelas escalas *Idate Estado* e *Idate Traço*. Existem quatro alternativas de resposta com valores que variam de um a quatro pontos. Assim, para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos. O critério utilizado para avaliar a presença de ansiedade nas duas escalas foi o ponto de corte de ≥ 40 , conforme utilizado amplamente em estudos nacionais e internacionais com gestantes (Araújo, Pacheco, Pimenta & Kac, 2008; Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger, Berger, 2015).

Tabela 5

Porcentagem de participantes com sintomas de ansiedade pelo IDATE Estado e IDATE Traço

	Frequência	(%)
Idate Estado		
Não ansiosa (escore ≤ 39)	21	26,3
Ansiosa (escore ≥ 40)	59	73,8
Total	80	100
Idate Traço		
Não ansiosa (escore ≤ 39)	20	25
Ansiosa (escore ≥ 40)	60	75
Total	80	100

Nota. (%) = Porcentagem de frequência

Assim, a partir da aplicação do ponto de corte, obteve-se como resultado altos níveis de ansiedade entre as participantes, visto que um total de 73,8% apresentavam nota de corte para ansiedade-estado e 75% para ansiedade-traço (Tabela 5).

5.2.3 Resultados sobre sintomatologia de estresse

Para obter os resultados se as participantes possuíam sintomas de estresse, em qual fase se encontravam e se havia predominância de sintomas físicos, psicológicos ou mistos, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), sendo que sua correção e avaliação foram realizadas de acordo com o Manual do Instrumento (Lipp, 2015). A tabulação dos dados foi realizada no SPSS, mas a verificação de valores de referência nas tabelas presentes na indicação de como o instrumento deve ser avaliado foi realizada de forma manual, os quais foram posteriormente tabulados no SPSS.

Tabela 6

Porcentagem de participantes com sintomas de estresse e fase de estresse correspondente pelo ISSL

	Frequência	(%)
Sem estresse	8	10
Com Estresse-Fase Alerta	3	3,8
Com Estresse-Fase Resistência	48	60
Com Estresse-Fase Quase Exaustão	21	26,3
Com Estresse-Fase Exaustão	0	-
Total	80	100
Prevalência de sintomas nas participantes com estresse		
Físicos	19	23,8
Psicológicos	46	57,5
Mistos (Físicos e Psicológicos)	7	8,8
Total	72	90,1

Nota. (%) = Porcentagem de frequência

Assim, conforme a [tabela 6](#), verificou-se que 90% das participantes apresentavam sintomas de estresse. Conforme o modelo teórico quadrifásico de stress de Lipp (2015), a maioria delas encontrava-se na fase de *Resistência* (60%). Um total de 26,3% encontrava-se na fase de *Quase Exaustão*. Ressalta-se que as duas fases são consideradas de estresse negativo, isto é, estresse em excesso, em que a pessoa ultrapassa seus limites, esgotando sua capacidade de adaptação, o que gera danos na qualidade de vida (Lipp, 2015).

5.2.4 Resultados sobre a sintomatologia depressiva

Tabela 7

Porcentagem de participantes com sintomas depressivos pela EDPS⁴

	Frequência	(%)
Não Deprimida (escore ≤ 11)	48	60
Deprimida (escore ≥ 12)	32	40
Total	80	100

Nota. (%) = Porcentagem de frequência.

⁴ Escala de Depressão EPDS

Em relação ao rastreamento de sintomas de depressão pela EPDS, é possível observar que 40% das participantes obtiveram escores ≥ 12 , caracterizando assim alta prevalência de sintomas depressivos e provável quadro depressivo na amostra estudada (Tabela 7).

Vale ressaltar que o EPDS contém uma questão que versa sobre a presença de ideação suicida e analisando a frequência das respostas nessa questão (Tabela 8), constata-se que 20,2% das participantes apresentaram ideação suicida, destas 6,3% *muito raramente*, 10,1% *por vezes*, e 3,8 % *muitas vezes*, o que se mostra como um resultado alarmante.

Tabela 8

Frequência e Porcentagem de ideação suicida no EPDS⁴

Resposta	Frequência	(%)
Nunca	63	79,7
Muito raramente	5	6,3
Por vezes	8	10,1
Sim, muitas vezes	3	3,8
Total	79	100

Nota. (%)= Porcentagem de frequência. ⁴ Referente a questão 10 do EPDS

5.2.5 Resultados sobre o relacionamento conjugal das participantes

Para caracterizar o relacionamento conjugal foi utilizado o instrumento QRC, que se refere a uma escala de cinco pontos, com questões que abordam sobre *qualidade do relacionamento conjugal* (com escore invertido), *satisfação conjugal* e *conflito conjugal*. Com o objetivo de caracterizar o relacionamento conjugal com base no QRC, calculou-se a média obtida em cada um dos itens que o compõem. A Tabela 9 apresenta os resultados das médias e desvios-padrão nos itens do QRC.

Tabela 9
Médias e desvio-padrão do QRC¹

	M (DP)
Qualidade do relacionamento conjugal	4,09 (0,96)
Conflito Conjugal	2,41 (1,01)
Satisfação conjugal	3,74 (0,99)

Nota. M= Média. DP= Desvio-padrão. ¹ Os escores do QRC variam de 1 a 5.

A partir da análise da tabela 9, é possível perceber que a dimensão que obteve o maior escore médio foi a de qualidade do relacionamento conjugal. Assim, no que se refere à qualidade da relação conjugal, as participantes responderam em média valores abrangendo o número 4, o que corresponde que elas se consideram *felizes* em seus casamentos. O segundo score mais alto foi o referente à satisfação conjugal, que obteve sua média abrangendo valores entre 3 e 4, o que indica que as participantes se consideram *mais ou menos satisfeitas* (3) ou *satisfeitas* (4) em seus relacionamentos. Já as respostas em relação a como elas avaliam sua relação em termos de conflitos, obtiveram uma média menor, variando entre 2 e 3, isto é, *pouco conflituosa* e *mais ou menos conflituosa*. Dessa forma, analisando o conjunto de resultados das questões, pode-se concluir que, de uma forma geral, as participantes avaliaram favoravelmente seus relacionamentos.

5.2.6 Resultados sobre a percepção do suporte social

Com o objetivo de caracterizar a percepção que as participantes tinham de seu suporte social foi utilizado o instrumento MOS-SSS, que se refere a uma escala de cinco pontos, com questões que abarcam subescalas sobre o *suporte emocional/informacional*, o *suporte material*, o *suporte emocional* e *interação social positiva*. Calculou-se a média geral obtida no instrumento e as médias em cada subescala que o compõem. A Tabela 10 apresenta os resultados das médias e desvios-padrão nos itens do MOS-SSS.

Tabela 10*Média Suporte social pelo MOS-SSS¹*

	M (DP)
Média geral	4,10 (0,84)
Suporte emocional/informativo	3,91 (0,99)
Suporte material	4,19 (0,91)
Suporte emocional	4,44 (0,91)
Interação social positiva	4,14 (1,02)

Nota. M= Média. DP= Desvio-padrão. ¹ Os escores do MOS-SSS variam de 1 a 5.

A partir da análise da tabela 10, é possível constatar que a média geral de percepção de suporte foi alta (4,10 DP= 0,84), visto que os escores variavam de 1 a 5, e o escore 4 corresponde a percepção de que a participante *quase sempre* pode contar com alguém se precisar, indicando assim bom suporte social geral. O tipo de suporte que obteve o escore médio mais alto, inclusive acima da média geral foi o suporte emocional (4,44 DP=0,91). No entanto a variação entre os diversos tipos de suporte foi pequena, visto que todos obtiveram valores em torno de 4, um escore alto para a escala.

O instrumento possui ainda duas perguntas abertas iniciais sobre o número de pessoas da família e amigos com que a gestante pode contar. Na realização dessa pergunta foi registrado com quais pessoas da família elas podiam contar e os dados foram tabulados no SPSS.

Tabela 11
Frequência de apoio de familiares

	Frequência	(%)
Companheiro	56	70
Mãe	38	47,5
irmã/irmãos	37	46,3
Pai	17	21,3
Sogra	6	7,5
Tia	6	7,5
Prima	6	7,5
Cunhada	6	7,5
Filhos	5	6,3
Sogro	4	5,0
Avós	4	5,0
Tio	3	3,8
Cunhado	3	3,8
Sobrinhos	3	3,8
Madrinha	3	3,8
Madastra	2	2,5
Padrinho	2	2,5
Padrasto	1	1,3

Nota. (%) = Porcentagem de frequência

Como é possível observar na tabela 11, dos 18 familiares citados como fonte de apoio para as participantes na gestação, os mais frequentes foram: o companheiro (70%), seguido da mãe (47,5%), de irmã/irmãos (46,3%) e do pai (21,3%).

5.2.7 Correlações entre variáveis contínuas

Com o objetivo de analisar o relacionamento entre variáveis contínuas do estudo, determinar a direção desse relacionamento (se positivo, negativo ou zero) e a força da magnitude do mesmo, foram realizadas análises de correlação bivariadas a partir do coeficiente de correlação *r de Pearson*, com nível de significância de 5%. Ressalta-se que tal análise foi realizada apenas para as variáveis que apresentaram distribuição normal no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Ademais, foram consideradas somente as relações fortes (com coeficiente de correlação de 0,7 a 0,9) e moderadas (coeficientes de 0,4

a 0,6), com valores de $p < 0,05$, representado por um asterisco (*) e $p < 0,01$ por dois asteriscos (**) (Dancey & Reidy, 2013).

Dessa forma, foram realizadas correlações, a partir do coeficiente de correlação *r de Pearson*, entre as variáveis de depressão (soma escores EPDS), ansiedade-estado (soma escores Idate-estado), ansiedade-traço (soma escores Idate-traço), relacionamento conjugal (média dos escores QRC), apoio social (média dos escores MOS-SSS).

Tabela 12

Coefficientes de Correlação de Pearson entre variáveis contínuas

	Depressão	Ansiedade-estado	Ansiedade-traço	Apoio social	Relacionamento conjugal
Depressão	1	.580**	.750**	-.470**	.082
Ansiedade-estado	.580**	1	.579**	-.303**	.212
Ansiedade-traço	.750**	.579**	1	-.397**	.182
Apoio social	-.470**	-.303**	-.397**	1	-.229*
Relacionamento Conjugal	.082	.212	.182	-.229*	1

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Como resultado significativo obteve-se que a variação de sintomas depressivos tem um relacionamento positivo e forte com a variação de sintomas de ansiedade-traço (.750**, $p=0,001$) e moderado com a variação nos sintomas de ansiedade-estado (.580**, $p=0,001$), indicando que quanto mais sintomas de depressão a participante apresentasse, mais ela apresentava sintomas de ansiedade-estado e de ansiedade-traço. Além disso, a variação nos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtiveram um relacionamento positivo e moderado entre si (.579**, $p=0,001$). Assim, quanto mais sintomas de ansiedade-estado, mais sintomas de ansiedade-traço a participante apresentava. Obteve-se, também, como resultado que o grau de apoio social e os escores de sintomas depressivos apresentavam correlação negativa moderada (-.470**, $p=0,001$), indicando assim que quanto menor o grau de apoio social das participantes, maior o escore de sintomas depressivos (tabela 12).

Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi calculado o coeficiente de ρ de Spearman, teste estatístico de correlação

não paramétrico. Assim, foram analisadas possíveis correlações entre as variáveis sociodemográficas (idade, número de pessoas na casa, jornada de trabalho, renda) e obstétricas (número de gestações, número de partos normais, número de partos cesáreas, número de abortos, número de natimortos, número de filhos vivos, idade gestacional) com os escores de depressão. No entanto, conforme apresentado no apêndice F, obteve-se como resultado apenas correlações que não apresentam dados relevantes para a produção de conhecimento acerca do fenômeno estudado.

5.2.8 Associação entre variáveis categóricas

Para verificar a associação ou relacionamento entre variáveis categóricas do estudo foi utilizado o teste do Qui-quadrado (X^2) (2 X 2). Dessa forma, o teste foi realizado para verificar as possíveis associações entre a classificação de provável depressão (escore acima de 12 pontos) e as seguintes 15 variáveis categóricas: escolaridade; planejamento da gestação; se a gravidez era desejada; histórico de acompanhamento psicológico; histórico de acompanhamento psiquiátrico; diagnóstico psiquiátrico prévio; diagnóstico psiquiátrico na família; histórico de uso de tabaco; histórico de uso de drogas; uso atual de álcool; uso atual de tabaco; uso atual de drogas; classificação de estresse; classificação de ansiedade-estado; classificação de ansiedade-traço.

Ressalta-se que foram tomados os devidos cuidados para não violar as hipóteses do teste X^2 , isto é, de observar que não mais que 25% das células obtidas na tabela de saída do resultado do teste no SPSS (output) tivessem frequências esperadas menores do que cinco, para que o resultado pudesse ser considerado significativo ($p < 0,05$). Para avaliar a medida do efeito da relação entre as variáveis foi calculado o V de Cramer. Vale destacar que se optou por apresentar o valor de V de Cramer apenas nos casos em que se obteve um resultado significativo.

Dessa forma, obteve-se como resultado significativo, conforme o apêndice G, a relação entre já ter histórico de diagnóstico psiquiátrico e a presença de quadro sugestivo de depressão na gestação (escore acima de 12 pontos no EPDS). Como resultado obteve-se um valor de X^2 de 5.39 com uma probabilidade associada (valor-p) de .020 para um grau de liberdade de 1, demonstrando que tal relacionamento é bastante improvável de ter ocorrido ao acaso, ou seja, 1 chance em 50 de ser resultado do erro amostral. Nesse caso como se obteve um resultado significativo foi calculado o V de Cramer, que foi de .260, ou seja,

aproximadamente 7% das variações das frequências das participantes com quadros sugestivos de depressão podem ser explicadas pelas variações das frequências das que possuem histórico de transtornos psiquiátricos.

Obteve-se ainda como resultado a relação entre ansiedade-estado (escore ≥ 40) e ansiedade-traço (escore ≥ 40) com quadro sugestivo de depressão. No caso da relação com ansiedade-estado o valor de X^2 foi de 17.83 com uma probabilidade associada (valor-p) de .001 para um grau de liberdade de 1, ou seja, 1 chance em 1000 de ter ocorrido devido ao erro amostral. Já o V de Cramer foi de ,429, o que indica que cerca de 18 % das variações das frequências das participantes com quadros sugestivos de depressão podem ser explicadas pelas variações das frequências das que possuem ansiedade-estado (escores ≥ 40).

Já na relação dos quadros sugestivos de depressão com a presença de ansiedade-traço (escores ≥ 40) obteve-se o valor de X^2 foi de 25,49 com uma probabilidade associada (valor-p) de .001 para um grau de liberdade de 1, representando 1 chance em 1000 de ser ao acaso. O V de Cramer obtido nesse caso foi de .412 ou seja, aproximadamente 17% das variações das frequências das participantes com quadros sugestivos de depressão podem ser explicadas pelas variações das frequências das que possuem ansiedade-traço (escores ≥ 40).

5.2.9 Análise de regressão linear

Com o objetivo de prever os valores na escala de depressão entre as participantes, elaborou-se um modelo de regressão linear com uma série de variáveis (preditores). É importante ressaltar inicialmente que as variáveis foram incluídas no modelo de regressão com base em conhecimento substancial da literatura da área e, por isso, foram mantidos todos os coeficientes, mesmo os que não eram estatisticamente significativos, conforme corroborado por Gelman e Hill (2007). Dessa forma, após a avaliação das variáveis selecionadas a partir da revisão de literatura e sua adequação para inserção no modelo de regressão, conforme descrito anteriormente no método, o número de preditores ficou reduzido a 12 variáveis.

Em seguida, foi verificado que os pressupostos básicos da regressão linear haviam sido atendidos pelo modelo final. Para ilustrar tal resultado serão apresentados na Figura 2 quatro gráficos, em que o primeiro avaliou os princípios de linearidade (gráfico “Resíduos vs

Predições”), o segundo analisou a homogeneidade da variância residual (gráfico “Q-Q Normal”), o terceiro avaliou a normalidade dos resíduos (gráfico “Escala e Localização”) e o quarto trata dos casos influentes (gráfico “Resíduos vs Influência”).

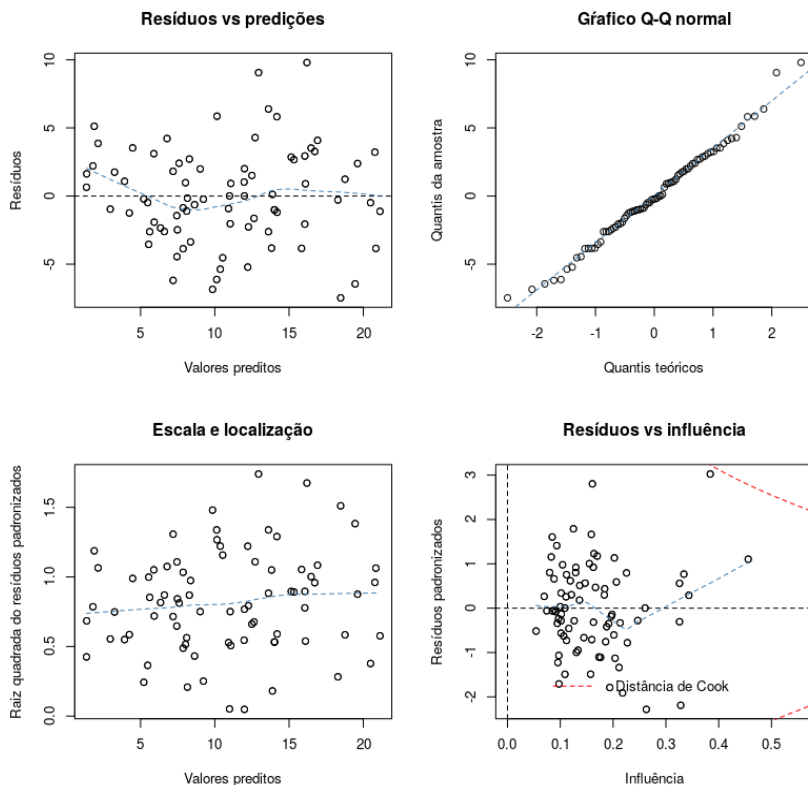


Figura 2. Gráficos de diagnóstico do modelo de regressão linear

Em relação ao primeiro gráfico (Resíduos vs Predições), teoricamente é esperado que os pontos estejam distribuídos de forma homogênea em torno de zero, indicando que o pressuposto de linearidade é suficientemente atendido pelo modelo completo e que a variância residual é relativamente homogênea ao longo de todos os valores preditos. Os resultados foram considerados satisfatórios, na medida em que não parece haver viés nos valores preditos e a variância é homogênea ao longo de todos os valores observados.

Já no tocante do segundo gráfico (Q-Q Normal), é esperado que os pontos caiam sobre a linha de identidade, pontilhada no gráfico. O pressuposto de normalidade foi bem atendido ao longo dos valores centrais, com pequenos desvios para valores na cauda da distribuição. Portanto, é possível aceitar o pressuposto de normalidade residual.

No terceiro gráfico (Escala e Localização) é esperado que apenas 5% dos casos estejam acima de 2.0, o que para o tamanho da amostra do estudo equivale a cerca de quatro casos. O gráfico indica que nenhum valor predito possui um resíduo maior do que dois, implicando que as predições são verossímeis para a base de dados.

Por fim, no quarto gráfico (gráfico Resíduos vs Influência), é esperado que poucos casos tenham um peso significativo sobre o modelo, indicando que os coeficientes são baseados no conjunto dos dados e não com base em alguns poucos casos extremos. Os casos mais extremos ainda se encontram dentro do limite aceitável com base na distância de Cook, representada pelo tracejado vermelho no gráfico. Portanto, não foi necessário avaliar a exclusão dos casos influentes.

Uma vez constatado que o modelo final possuía um ajuste aceitável serão apresentados os coeficientes do modelo e sua interpretação. Dessa forma, a [Tabela 13](#) apresenta o valor do coeficiente na escala original das variáveis (primeira coluna) junto com o erro-padrão; o valor do coeficiente para as variáveis numéricas transformadas em escores- z (segunda coluna), também com o erro-padrão; o valor da estatística t (terceira coluna) e, por fim, a título de completude, o valor- p associado à estatística t encontrada.

Ressalta-se que os coeficientes do modelo de regressão linear podem ser interpretados como a diferença na média entre sujeitos que diferem em um ponto na variável em questão, mantendo o valor de todas as outras variáveis constantes. A primeira questão que é possível responder é: quais as variáveis cuja mudança está associada a uma maior diferença no desfecho (sintomas depressivos)? Como as variáveis estão em escalas diferentes entre si, essa pergunta foi respondida através do uso da segunda coluna da tabela abaixo, por utilizar uma métrica comum para todas as variáveis.

Tabela 13
Coefficientes do Modelo de Regressão Linear

Variável	Coefficientes	Coefficientes STD	t	Valor p
Intercepto	4.87 (5.29)	-0.05 (0.13)	0.92	0.36
Diagnóstico psiquiátrico	1.84 (1.15)	0.29 (0.18)	1.59	0.12
IDATE Estado	0.09 (0.05)	0.16 (0.1)	1.60	0.11
IDATE Traço	0.27 (0.05)	0.49 (0.1)	5.05	0.00
Média MOS-Rede de Apoio	-1.57 (0.61)	-0.21 (0.08)	-2.65	0.01
Idade	-0.05 (0.08)	-0.06 (0.08)	-0.67	0.50
Casada	-0.16 (0.97)	-0.03 (0.15)	-0.17	0.87
Teve outra gravidez	0.11 (0.65)	0.02 (0.12)	0.16	0.87
Gravidez planejada	-0.04 (0.93)	-0.01 (0.15)	-0.04	0.97
Escolaridade	-0.92 (0.39)	-0.19 (0.08)	-2.37	0.02
QRC-Qualidade relacionamento	do -0.25 (0.19)	-0.09 (0.07)	-1.31	0.19
Aborto X Outra Gravidez	0.11 (0.27)	0.04 (0.11)	0.41	0.68

Assim, a partir da tabela 13, é possível constatar que os coeficientes com as maiores magnitudes positivas (no sentido de que o aumento do preditor implica em aumento no escore de depressão), considerando a padronização dos preditores, foram as duas escalas derivadas do instrumento IDATE que avaliam, respectivamente, a ansiedade-traço e ansiedade-estado. Em seguida, a existência de um diagnóstico psiquiátrico prévio também aumenta a medida da depressão. Por fim, a ocorrência de gestações prévias, especialmente quando ocorreu um aborto, também se constitui como fator de risco para depressão.

Analisando a tabela 13 é possível constatar ainda que o escore da medida da rede de apoio (MOS) constitui-se num importante fator protetivo no modelo. Ao compararmos duas mulheres que diferem em um ponto nessa variável, é esperada uma diferença de 1.5 pontos menor no escore de depressão para a mulher com pontuação mais alta. No caso das variáveis padronizadas, a diferença é cerca de 0.2 desvios-padrão a menos para cada desvio-padrão adicional no escore refere à rede de apoio.

A partir da interpretação dos principais resultados apresentados, foram elencados na tabela 14 os principais fatores de risco e de proteção em função do sinal do coeficiente no modelo. A ordem foi baseada na importância dos preditores, do maior ao menor coeficiente, com base no modelo de escores padronizados para todas as variáveis.

Tabela 14

Fatores de Risco e de Proteção para Sintomas Depressivos em gestantes de alto risco

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
IDATE Traço (Ansiedade Traço) Histórico de diagnóstico psiquiátrico	Média MOS-Rede de Apoio Escolaridade
IDATE Estado (Ansiedade Estado) Gestações anteriores com história de aborto	QRC-Qualidade-Relacionamento Conjugal Idade Estado civil-casada Gravidez planejada

Para finalizar a interpretação dos resultados, é importante ressaltar que o modelo final obteve um R^2 (coeficiente de determinação) igual a 0.67 (0,62 se corrigir para o número de preditores). Tal resultado indica que o modelo explica 67% da variância do desfecho, uma proporção consideravelmente alta para um estudo empírico utilizando variáveis baseadas em instrumentos psicométricos.

ARTIGO 1

**FATORES DE RISCO PARA SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE
ARTIGOS EMPÍRICOS**

**FACTORS FOR ANXIETY AND DEPRESSION DURING
PREGNANCY: SYSTEMATIC REVIEW OF EMPIRIC
ARTICLES**

Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar a produção de artigos empíricos que mensurassem sintomas de *ansiedade e depressão* durante a gestação e os fatores de risco associados. Os artigos analisados foram publicados entre 2010 e 2016 em revistas brasileiras e internacionais indexadas nas bases Scielo, BVS-PSI; LILACS, CAPES, Pubmed e APA PsycNet. Quarenta e um artigos foram analisados integralmente. Constatou-se que a quase totalidade dos estudos eram do tipo transversal, sendo apenas um longitudinal. Todos os estudos utilizaram como método o levantamento de dados. Como técnica de coleta de dados foram utilizadas escalas, questionários, inventários e entrevistas. Os fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação encontrados são apresentados no trabalho a partir de categorias temáticas, criadas de acordo com similaridades entre as características das publicações. Ressalta-se a relevância do presente estudo para ações de prevenção em saúde mental e relacional para pais-bebê-família no contexto da assistência pré-natal. Por fim, sugere-se que estudos futuros avancem na utilização de instrumentos psicométricos que considerem a especificidade dos sintomas próprios da gestação e investiguem a presença de indicadores emocionais na mãe e no pai, com o objetivo de ampliar o olhar para a díade coparental. Sugere-se ainda que sejam realizadas pesquisas que integrem a metodologia quantitativa e qualitativa e estudos longitudinais que aprofundem a temática.

Palavras-chave: gravidez, ansiedade, depressão, fatores de risco.

Factors for anxiety and depression during pregnancy: Systematic review of empiric articles

ABSTRACT

This study aims at characterizing the production of articles that measure symptoms of anxiety and depression during pregnancy and the related risk factors. Forty-one national and international articles, published from 2010 to 2016 in journals indexed in the databases Scielo, BVS-PSI, LILACS, CAPES, Pubmed and APA PsycNet, were analyzed. Most of the studies used a cross-sectional approach and all of them used the data survey method. As data collect technic, scales, questionnaires, inventories and interviews were used. The found risk factors for anxiety and depression are presented through thematic categories. It is important to emphasize the relevance of the current study for the prevention actions in mental health in the prenatal context. It is recommended that future studies take further steps in the utilization of psychometric tools that take into consideration specific symptoms of pregnancy and research the presence of emotional indicators in the mother and the father. It is also recommended the inclusion of quantitative and qualitative methodology and longitudinal studies to deepen the subject.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression, risk factors.

INTRODUÇÃO

A gravidez enquanto momento de transição no ciclo de vida individual e familiar impõe uma série de reorganizações intrapsíquicas, familiares, de papéis sociais, socioeconômicas e profissionais (Bradt, 1995; Cêpeda, Brito & Heitor, 2006; Maldonado, 2005; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008) e sua vivência pode ser influenciada por diversos fatores como o contexto da mesma, a relação com o parceiro, recursos pessoais, história de vínculos afetivos e relações familiares, rede de apoio, entre outros (Bortoletti, 2007).

Por vivenciar a gestação em seu corpo, a mulher torna-se especialmente sensível e vulnerável emocionalmente. As profundas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e de papéis sociais fazem com que a mulher vivencie um estado de regressão emocional, no qual se volta mais para si e para seu “mundo interno”, o que se associa às memórias afetivas de sua própria infância e de relações familiares, especialmente da relação com a própria mãe (Langer, 1981, Maldonado, 2005). A condição de regressão emocional pode se expressar de diferentes formas, entre elas, através de labilidade emocional e da necessidade de receber afeto e suporte (Maldonado, 2005; Soifer, 1984). Além disso, a presença de um contexto de perdas e ganhos faz com que a gestação esteja invariavelmente ligada ao sentimento de ambivalência afetiva (Maldonado, 2005).

A gestação pode ser considerada um período de crise (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny & Berthoud, 2002; Langer, 1981; Maldonado, 2005; Soifer, 1984), envolvendo assim tensão e desequilíbrio, mas também a oportunidade de maturação e crescimento individual e familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Raphael-Leff, 1997). Dessa forma, a condição de maior vulnerabilidade emocional pode tanto aumentar a chance de desenvolvimento de transtornos emocionais, quanto gerar a oportunidade de resolução de conflitos psíquicos e de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade (Klaus & Kennel, 1992; Raphael-Leff, 1997).

Nesse sentido, é esperado que a mulher vivencie um certo grau de estresse, ansiedade e momentos de tristeza durante a gestação. Contudo, quando há uma exacerbação dos sintomas em termos de intensidade e frequência haverá uma maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, o que pode gerar repercussões negativas para a saúde da mulher, do bebê (Charil,

Laplante, Valillancourt & King, 2010) e para as relações familiares (Maldonado, 2005).

Pesquisas têm indicado que a presença de estresse e de estados crônicos de ansiedade e depressão ao longo da gestação associam-se a desfechos obstétricos como o parto pré-termo, o baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto, podendo ter efeitos negativos futuros na função de atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (Conde, Figueiredo & Tendais, 2010; Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Guest, Martins-de-Souza, Rahmoune, Bahn & Guest, 2012). Ademais, a presença de depressão gestacional é apontada na literatura como um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto, o que pode ter impactos negativos no exercício saudável da parentalidade e no desenvolvimento infantil (Molina & Kiely, 2011).

As prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gestação e no puerpério de acordo com dados epidemiológicos (Almeida et al, 2012), sendo os quadros de depressão e ansiedade apontados como os transtornos de maior prevalência durante a gravidez (Lima, Tsunehiro, Bonadio & Murata, 2017). Nesse sentido, o rastreamento de alterações emocionais durante a gestação constitui-se importante estratégia de prevenção em saúde mental e relacional para mãe-bebê-família.

A partir do exposto o objetivo do presente estudo foi caracterizar a produção de artigos empíricos que mensurassem sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação e os fatores de risco associados.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em seis diferentes bases de dados no mês de maio de 2016, a saber: Scielo, BVS-PSI; LILACS, Portal da CAPES, Pubmed e APA PsycNet. Foram utilizadas seis estratégias de busca, com os seguintes descritores em língua inglesa e os correspondentes em português. A escolha das palavras-chave baseou-se em consultas no catálogo de descritores do PubMed (*MESH terms*) e no sítio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da BVS. As estratégias de busca realizadas foram as seguintes: (i) pregnancy AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive); (ii) pregnancy AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND prevalence; (iii) pregnancy AND (stress OR anxiety OR

depression OR depressive) AND “risk factors”; (iv) “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive); (v) “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND prevalence; (vi) “high risk pregnancy” AND (stress OR anxiety OR depression OR depressive) AND “risk factors”.

A análise do material ocorreu de acordo com as seguintes fases: (i) levantamento da produção científica nas bases de dados selecionadas; (ii) exclusão dos materiais de acordo com os seguintes critérios de exclusão: aqueles que não fossem artigos empíricos; que não fossem em idioma inglês, português ou espanhol; que não correspondessem aos critérios referentes ao ano de publicação (2010 a 2016) e que não disponibilizassem o acesso ao texto completo; (iii) importação do material selecionado para o *software End Note X4*, com o objetivo de realizar a retirada de trabalhos duplicados e avaliação dos resumos com base nos critérios previamente definidos; (iv) leitura dos resumos e seleção dos artigos que apresentassem a mensuração da ocorrência de ansiedade, estresse e/ou depressão em gestantes; (v) exclusão de produções científicas que não apresentavam a utilização de instrumentos psicométricos para a mensuração de ansiedade, estresse e/ou depressão em gestantes; e (vi) leitura na íntegra de todos os artigos da amostra final (N=41) para elaboração das categorias de análise e seleção definitiva do material componente do corpo de trabalho.

Por fim, os artigos lidos integralmente foram classificados com relação a: nacionais ou internacionais, gestação de baixo ou alto risco, delineamento metodológico (tipo de estudo, método, técnica utilizada e análise de dados), variáveis estudadas e principais resultados relacionados aos fatores de risco para ansiedade e/ou depressão na gestação. É importante ressaltar que, como foram obtidos apenas dois estudos que avaliavam a variável estresse, optou-se por caracterizar os fatores de risco para ansiedade e/ou depressão na gestação encontrados nos estudos selecionados.

RESULTADOS

O levantamento inicial de dados obteve 2333 resultados, destes: 28 no Scielo; 215 no BVS-PSI, 266 no Lilacs, 1083 no Pubmed, 547 no CAPES e 460 no APA PsycNet. Após a exclusão dos artigos, conforme os critérios apresentados obteve-se um total de 41 artigos científicos, sendo: 01 do Scielo; 02 do BVS-PSI; 02 do Lilacs; 11 no Pubmed; 05 no CAPES e 20 do APA PsycNet , todos com acesso ao texto completo.

Destaca-se que dentre os estudos selecionados 80,48% são internacionais (N=33), enquanto que somente 6,43 % (N=8) são nacionais. Ademais, a maioria dos estudos foi realizada no contexto de gestação de baixo risco (71%; N=29), sendo assim, apenas 29% eram referentes a gestações de alto risco (N=12). Em relação ao delineamento metodológico, a tabela 1 apresenta os dados relativos aos tipos de estudos, métodos, técnicas utilizadas e análises de dados.

Tabela 1

Tipos de estudos, métodos, técnicas utilizadas e análise de dados

Variável	N
Tipo de estudo	
Longitudinal	01
Transversal	40
Total	41
Método	
Levantamento de Dados	41
Total	41
Técnica utilizada	
Escalas	14
Escalas/Questionários	17
Escalas/Questionários/Entrevistas	5
Escalas/Inventários	5
Total	41
Análise de dados	
Quantitativa	41
Total	41

Nota. n=frequência.

A partir da análise da tabela 1, é possível constatar que a maioria dos estudos seguiu o delineamento transversal, sendo apenas um longitudinal, e que todos os estudos utilizaram o método de levantamento de dados. Além disso, a maioria dos trabalhos utilizou escalas e questionários para mensurar a ocorrência ou prevalência de ansiedade, estresse e depressão. A técnica de entrevista foi utilizada exclusivamente associada a outros instrumentos. Todos os trabalhos foram analisados quantitativamente.

Variáveis estudadas

Houve a predominância de estudos que mensuraram a variável depressão (N=29). Foram encontrados poucos estudos que mensuraram especificamente a ansiedade (N=2), sendo esta mais estudada em associação com a variável depressão (N=9). Além disso, foram encontrados apenas dois (N=2) estudos com foco na variável estresse, o que justificou que não fossem analisados os fatores de risco associados.

Instrumentos psicométricos

Tabela 2

Variável	Instrumentos	N
Depressão	Edinburgh Postnatal Depression Scalee (EPDS)	18
	Beck Depression Inventory (BDI)	4
	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	3
	Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)	4
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	2
	Patient Health Questionnaire (PHQ-9).	2
	Hopkins Symptom Checklist-Depression Scale.	1
	Leverton Questionnaire (LQ)	1
	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)	1
	Chinese version of the Postpartum Depression Screen Scale (PDSS)	1
	Self-rating Depression Scale	1
	Total de Instrumentos Depressão	13
Ansiedade	Spielberger State-Trait Anxiety Inventory)	2
	STAI A-trait scale e STAI-A-state scale	5
	HADS	1
	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	1
	Mini International	1
	Neuropsychiatric Interview	
	Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety (PHQ-4)	1
	Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised (PRAQ-R)	1
	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)	1
	Total de Instrumentos Ansiedade	8
Estresse	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)	1
	Prenatal Psychosocial Profile (PPP)	1
		Total de Instrumentos Estresse
	Total Geral	21

Nota. n=frequência.

Em relação aos instrumentos é possível constatar, na Tabela 2, a diversidade deles para medir a ocorrência de depressão (n=11), encontrados em 38 estudos diferentes, sendo o mais utilizado a *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (N=18). Para a mensuração de ocorrência de ansiedade foram identificados oito (08) instrumentos em 11 pesquisas diferentes, sendo o *STAI A-trait scale* e *STAI-A-state scale* os mais utilizados. Para a mensuração de ocorrência de estresse, foram encontrados 02 instrumentos, *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)* e o *Prenatal Psychosocial Profile (PPP)*.

Frequência de Sintomas de Depressão

Alguns estudos nacionais recentes que investigaram a presença de depressão na gestação encontraram prevalências de 9% e 11% (Juhas et al., 2014), 14,2% (Pereira, Kraus, Lovisi, Lima & Legay 2010), 21,1% (Silva et al., 2010) e 21,6% (Almeida et al., 2012). Já em estudos realizados no contexto de gestação de alto risco, as prevalências foram ainda mais altas, como no estudo de Benute et al., (2013) em que os autores encontraram um total de 33% de participantes com sintomas depressivos. É possível que a variação entre os valores esteja relacionada a fatores metodológicos, amostrais e contextuais.

Estudos internacionais em países desenvolvidos possuem como resultado prevalências significativamente mais baixas, como de 1,10% (Usuda et al., 2016), 2,5% (Bayrampour, McDonald, & Tough, 2015) e 13,8% (Wangel, Schei, Ryding, & Ostman, 2012), mas também de valores aproximados como de 22,5%, no estudo de Miszkurka, Goulet & Zunzunegui (2012). A diferença pode estar associada a fatores presentes de forma expressiva em países em desenvolvimento como a privação socioeconômica, baixa escolaridade, violência, entre outros (Pereira & Lovisi, 2008). Apesar das discrepâncias, os dados apresentados evidenciam a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial.

Fatores de risco para ansiedade e depressão em gestantes

Considerando que dos 41 artigos selecionados, 38 avaliaram a presença de indicadores de depressão em gestantes, seja isoladamente (N=29), ou de forma associada a variável *ansiedade* (N=9), optou-se por descrever os fatores de risco para *depressão* e para *depressão* e *ansiedade* de forma associada. Dessa forma, os fatores de risco foram inicialmente compilados a partir da leitura minuciosa dos estudos. A

compilação foi organizada em dois grupos: *fatores de risco para depressão* e *fatores de risco para depressão e ansiedade*, de acordo com as variáveis envolvidas nas pesquisas. A partir dessa escolha, foram criadas categorias temáticas, de acordo com a similaridade entre as características dos trabalhos, a fim de organizar a apresentação dos resultados. Com a intenção de apresentar de modo integrado os resultados da categorização dos estudos foi organizado um mapa da literatura (Creswell, 2007), apresentado nas Figuras 1 e 2.

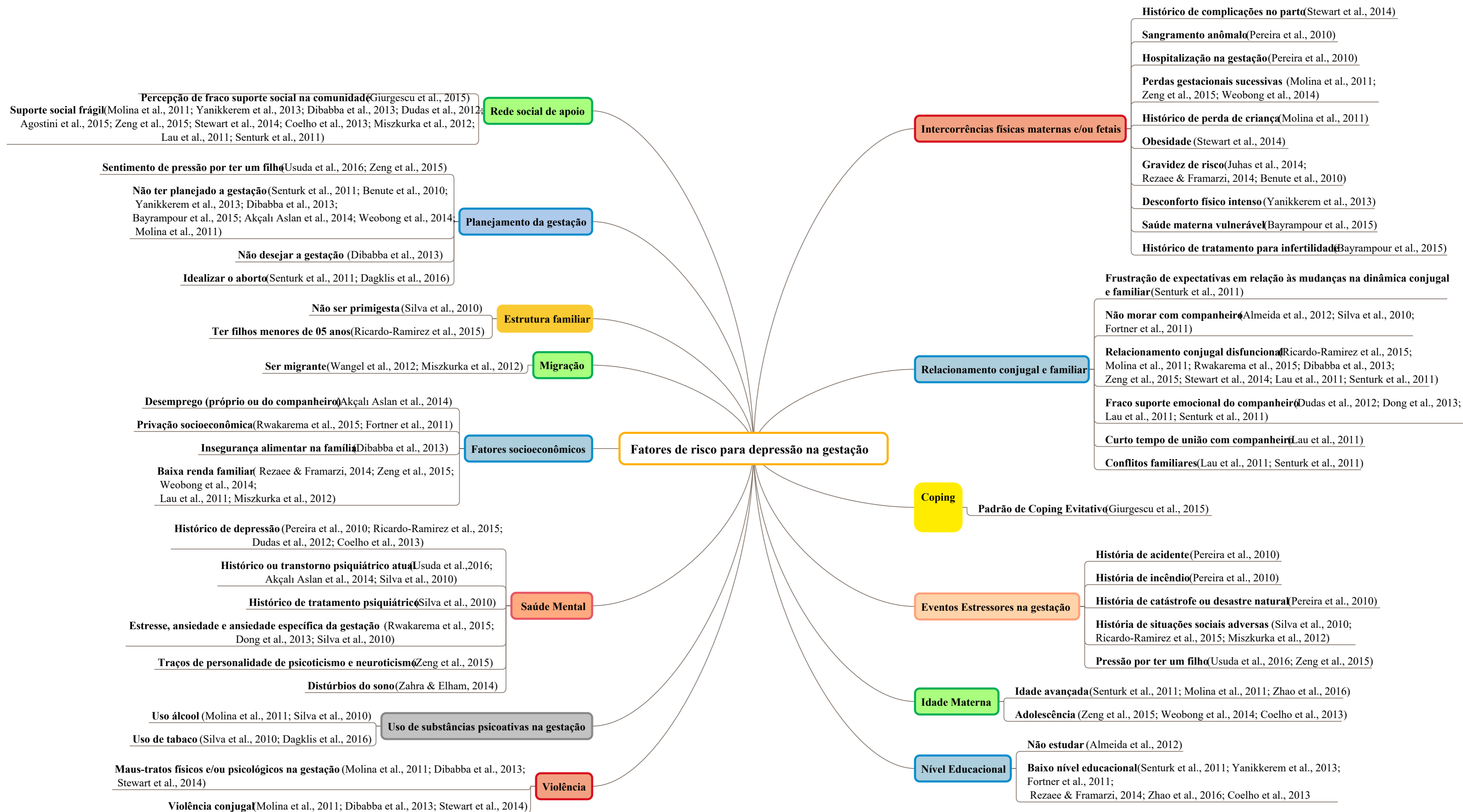


Figura 1. Mapa da Literatura das pesquisas empíricas de fatores de risco para depressão na gestação

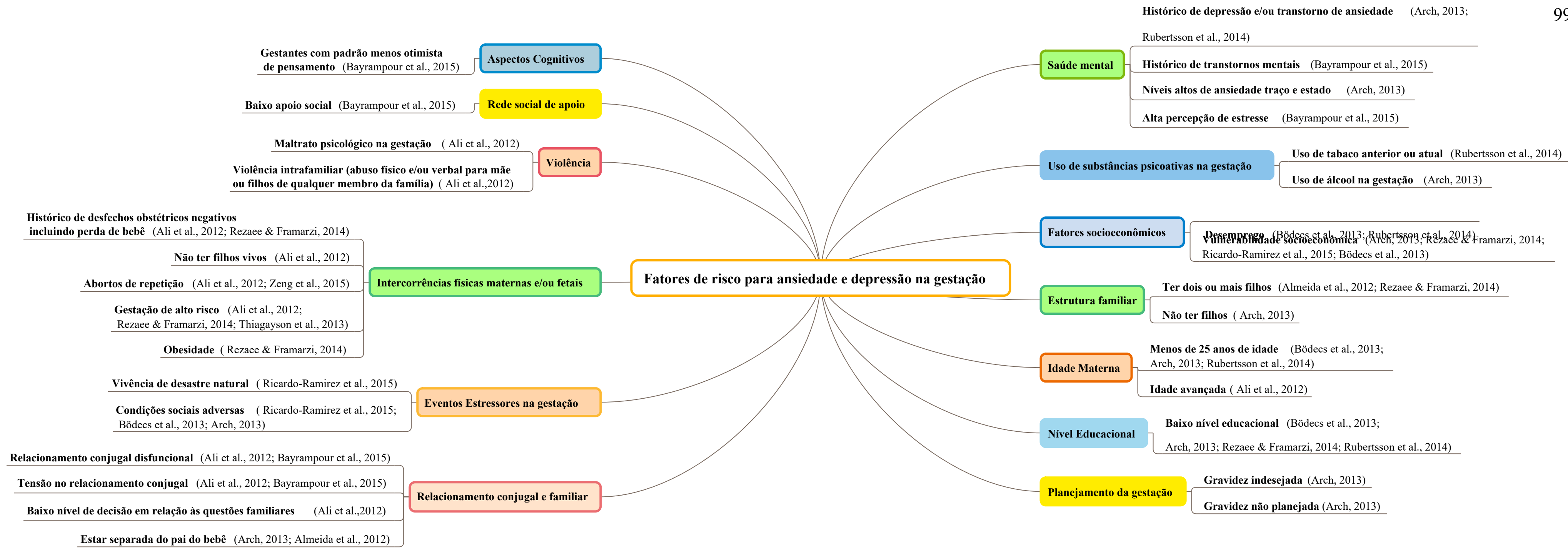


Figura 2. Mapa de Literatura das pesquisas empíricas de fatores de risco para depressão e ansiedade na gestação

Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: principais resultados

Histórico de saúde mental

O mapa de literatura indica que o histórico de transtornos de saúde mental, como fator de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação, foi encontrado em quatorze estudos. O histórico de depressão foi o que apareceu com maior frequência (quatro estudos), indicando tratar-se de um importante fator de risco para os indicadores emocionais analisados.

Uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas

O mapa de literatura aponta cinco artigos que trataram da associação entre o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas na gestação a questões de saúde mental materna. Molina e Kiely (2011) ressaltam que é necessário que se faça estudos que avaliem mais profundamente as associações entre o uso de substâncias e sintomas depressivos e de ansiedade, pois assim como a depressão a ansiedade exacerbada, pode aumentar as chances da gestante usar substâncias psicoativas como estratégia de coping, o uso de substâncias também gera sintomas depressivos e ansiosos. Especificamente em relação ao uso de tabaco, o estudo de Silva et al., (2010) apontou que apesar de, em muitos casos, as mulheres se preocuparem com os efeitos nocivos para o feto, estas não conseguiram cessar a utilização, pois buscavam no uso da nicotina um alívio para sintomas emocionais. Já em relação ao uso de álcool, Arch (2013) obteve como resultado altos níveis de ansiedade como preditores do uso de álcool na gestação, encontrando ainda associações com menor idade materna e gestação indesejada. No mesmo estudo, as gestantes que apresentavam sintomas de depressão associados a altos níveis de ansiedade também faziam mais uso de álcool.

Complicações Obstétricas

Complicações obstétricas evidenciaram-se como fatores de risco para sintomatologia ansiosa e depressiva na gestação em quatorze artigos apresentados no mapa de literatura. Tais complicações configuraram-se como estressores na gestação, visto que podem gerar sentimentos de insegurança, ansiedade e medo de um desfecho negativo da gestação (Pereira, Lovisi, Lima & Legay, 2010). A necessidade de

hospitalização na gestação de alto risco, especificamente, pode aumentar as chances de sintomas depressivos, especialmente quando associada a sentimentos de desesperança e pensamentos negativos. Fatores como medo de perder o bebê ou de desfechos negativos em relação à própria saúde, isolamento social, afastamento do convívio com a rede social, quebra de expectativas, perda da rotina de vida/trabalho podem contribuir para o aparecimento de ansiedade, desesperança e sintomas depressivos (Juhas, Benute, Lucia, & Francisco, 2014).

Eventos estressores na gestação

O mapa de literatura apresenta nove artigos que indicaram a associação entre história de eventos estressores na gestação como história de acidente, incêndio, catástrofe, desastre natural e situações sociais adversas com sintomas de ansiedade e depressão. No estudo de Ricardo-Ramirez, Carmenza, Álvarez-Gómez, Ocampo-Saldarriaga, e Tirado-Otálvaro (2015), ter sofrido eventos traumáticos associou-se ao aparecimento de transtornos de ansiedade, como transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático. Pereira, Lovisi, Lima e Legay (2010), em seu estudo com jovens de comunidades de baixa renda, encontraram associações entre viver em contextos em que os índices de violência são altos e sintomas de ansiedade e depressão, evidenciando variáveis contextuais como fatores de risco para a saúde mental na gestação.

Fatores socioeconômicos

Fatores socioeconômicos foram apontados num total de 15 artigos, conforme disposto no mapa de literatura. No estudo de Dibaba, Fantahun e Hindin (2013) os autores obtiveram como resultado, que as mulheres que vivenciavam insegurança alimentar tinham cinco vezes mais sintomas depressivos, demonstrando que a privação alimentar tem efeitos negativos, muito além dos nutricionais. O desemprego também foi apontado como fator associado a maiores índices de sintomas depressivos na gestação. No estudo de Miyake, Tanaka e Arakawa (2012), a condição de desemprego e baixos níveis de instrução educacional associaram-se significativamente a presença de sintomas depressivos. Além disso, dificuldades econômicas e a falta de emprego do parceiro podem acarretar na vulnerabilidade do mesmo em fornecer suporte à companheira gestante e foram apontados como fatores de risco para depressão na gestação (Akçalı Aslan et al., 2014). A preocupação

com dívidas ou outras questões financeiras durante a gestação foi apontada no estudo de Zeng, Cui e Li (2015) como associada a maiores índices de depressão na gestação. O desemprego é um importante estressor na gestação, visto que aumenta as já esperadas preocupações sobre a capacidade do casal prover tudo que for necessário para o bem estar do bebê (Agostini et al., 2015). A associação entre a gestação e condições socioeconômicas adversas, baixo nível educacional e conflitos familiares pode fazer a mulher sentir que não é capaz de lidar com a situação gerando sintomas depressivos (Bödecs et al., 2013).

Migração

Dois artigos constantes no mapa de literatura referiram a migração como fator que pode aumentar as chances de sintomas depressivos. Miszkurka, Goulet, e Zunzunegui (2012), em seu estudo com imigrantes no Canadá, apresentam como resultado que as mulheres em condição de migração obtiveram maior prevalência de depressão gestacional, quando comparadas às mulheres cidadãs canadenses. As mulheres imigrantes estavam mais expostas a uma série de estressores como pobreza, moradias superlotadas, conflitos conjugais e fraco suporte social. A depressão gestacional em mulheres canadenses associou-se significativamente a fraco apoio social, enquanto que para as mulheres imigrantes, à falta de dinheiro para necessidades básicas, revelando a desigualdade social entre os dois grupos.

Relacionamento conjugal e familiar

O mapa de literatura mostra que a situação conjugal da gestante, mais especificamente, ‘não morar com o companheiro’ esteve associada a maior prevalência de depressão gestacional em quatro estudos. Os estudos analisados sugerem que a falta de apoio emocional do companheiro no dia-a-dia pode associar-se a maior prevalência de sintomas depressivos (Almeida et al., 2012; Silva et al., 2010; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011). Arch (2013), aponta, ainda, que não ter um companheiro pode gerar ansiedade ao se imaginar a demanda emocional, de tempo e dinheiro, que envolve cuidar de uma criança sozinha e associar-se a maior prevalência de depressão encontrada no estudo. Outro estudo obteve como resultado a presença de sintomas depressivos quando, além da falta de apoio do companheiro, a gestante tinha fraco suporte da família (Dudas et al., 2012). A presença de conflitos no relacionamento conjugal foi apontada em dois estudos

como preditor de ansiedade e depressão crônica ao longo da gestação. O relacionamento conjugal vulnerável associado a outros estressores, como dificuldades financeiras, foi considerado forte preditor de sintomas depressivos. Além disso, a frustração de expectativas em relação às mudanças na dinâmica conjugal e familiar também se associou à depressão na gestação. (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Dong et al., 2015). Um estudo teve como resultado que mulheres com um tempo de casamento menor de um ano ou que tinham pobre relacionamento conjugal associado à vulnerabilidade econômica e suporte social frágil tinham mais sintomas depressivos severos (Lau, Yin & Wang, 2011). Um estudo assinalou que a baixa qualidade no relacionamento com esposo, mãe e/ou sogra esteve associada a quadros depressivos na gestação (Senturk, Abas, Berksun & Stewart, 2011).

Estrutura familiar

Fatores associados à estrutura familiar foram referidos em cinco estudos, conforme disposto no mapa de literatura. Num dos estudos ter dois ou mais filhos mostrou associação com depressão na gestação. Os autores sugeriram que vivenciar todas as transformações de uma gestação e suprir as necessidades de outras crianças, simultaneamente, possuindo fraco suporte social pode constituir importante fonte de estresse na gestação (Almeida et al., 2012). Um dos artigos obteve como resultado que mulheres múltiparas, com idade avançada, baixo nível educacional, que não vivem com um companheiro, que não planejaram a gestação, idealizaram o aborto, possuem histórico de saúde mental e fazem uso de tabaco ou álcool, possuem maiores chances de depressão (Silva et al., 2010). Outro estudo apontou o fator de ter filhos menores de 05 anos como aumentando as chances de sintomas depressivos na gestação (Ricardo-Ramirez et al., 2015).

Violência

O mapa de literatura indicou que o histórico de violência (maus-tratos, violência física, verbal, psicológica e sexual) apareceu como fator de risco para depressão na gestação em quatro estudos. No estudo de Pereira et al. (2010), a presença de depressão associou-se significativamente a histórico de maus-tratos (físicos, psicológicos e/ou sexuais) durante a vida, incluindo o período gestacional, sendo o parceiro o principal agressor, nesses casos. Os autores ressaltaram que as participantes do estudo, em sua maioria, possuíam baixa renda e

viviam em regiões com altos índices de violência. No estudo de Ricardo-Ramirez et al. (2015), 20% das gestantes haviam sofrido algum tipo de maltrato psicológico e esse foi um fator significativamente associado a sintomas depressivos e ansiosos. No estudo de Molina e Kiely (2011), altos níveis de violência conjugal se correlacionaram a altos níveis de sintomas depressivos, mesmo após as variáveis de idade e posição socioeconômica serem ajustadas na análise. Dibaba, Fantahun e Hindin (2013) apontaram que apesar de apenas 4% das mulheres terem referido violência conjugal, nesses casos houve correlação importante com sintomatologia depressiva. No estudo de Ali, Azam, Ali, Tabbusum e Moin, (2012), a violência doméstica (verbal ou física direcionada a mulher ou criança por qualquer membro da família) foi correlacionada à presença de ansiedade e depressão na gestação. Akçalı Aslan et al. (2014) encontraram correlação entre a vivência de violência durante a gestação e sintomas ansiosos e depressivos. Na pesquisa de Stewart, Umar, Tomenson e Creed (2014), pouco suporte de pessoas significativas da rede social apresentou associação significativa com depressão quando moderada pela experiência de violência conjugal.

Rede social de apoio

Treze estudos obtiveram como resultado a associação entre depressão e fraco suporte social, indicando a relevância desse fator para a saúde mental materna, conforme mostra o mapa de literatura. A gestação envolve muitas mudanças na vida e requer uma série de adaptações psicossociais. Dessa forma, a percepção de suporte insuficiente possui importante impacto no bem-estar psicológico materno. As mulheres podem se sentir isoladas socialmente, o que pode gerar sentimentos de desamparo e sintomas depressivos (Lau, Yin & Wang, 2011). No estudo de Molina et al. (2011), o aumento do suporte emocional recebido pela rede social de apoio correlacionou-se com a diminuição da sintomatologia depressiva. No mesmo sentido, no estudo de Giurgescu et al., (2015), o suporte social esteve negativamente relacionado com sintomas depressivos. Os autores Yanikkerem, Ay, Mutlu e Goker (2013) obtiveram como resultado que a percepção positiva do apoio emocional recebido por pessoas significativas relacionou-se a menores sinais de depressão. Para Dibaba, Fantahun e Hindin (2013), enquanto a gestação indesejada aumenta o risco para depressão gestacional, o aumento do apoio social atua como moderador, diminuindo as chances de sintomas depressivos. No estudo de Bayrampour, McDonald e Tough (2015), a presença de fraco suporte

social esteve associada a maiores chances de sintomas depressivos e ansiosos crônicos durante a gestação. Nesse sentido, a percepção de fraco suporte de familiares, amigos e outros membros significativos da rede social aumenta as chances de sintomas depressivos (Agostini et al., 2015). Especificamente, a escassez de suporte do parceiro e/ou da família ampliada força a gestante a lidar com seus problemas sozinha, aumentando as chances de estresse, o que pode associar-se a maiores chances de depressão gestacional (Dudas et al., 2012). No estudo de Dong et al., (2013), as mulheres que sofriam altos níveis de estresse na gestação e recebiam fraco suporte dos parceiros apresentavam maiores índices de depressão. Na pesquisa de Coelho et al., (2013), a associação entre episódio de violência no último mês e baixos níveis de suporte social relacionou-se a maiores chances de sintomas depressivos.

Idade Materna

Foram encontrados dez estudos que citaram a idade como fator associado a sintomas depressivos na gestação, conforme apresentado no mapa de literatura. Destes, seis estudos encontraram associações entre idade mais avançada e depressão gestacional (Silva et al., 2010; Molina & Kiely, 2011; Ali et al., 2012; Zhao et al., 2016; Zeng, Cui & Li, 2015; Weobong et al., 2014). Em contrapartida, quatro artigos obtiveram como resultado que as participantes mais jovens apresentavam maiores índices de sintomas depressivos (Bödecs et al., 2013; Arch, 2013; Rezaee & Framarzi, 2014 e Lau, Yin, Wang, 2011).

Nível Educacional

O mapa de literatura indicou onze estudos que apontaram um menor nível educacional como fator de risco para sintomatologia depressiva na gestação (Silva et al., 2010; Bödecs et al., 2013; Yanikkerem, Ay, Mutlu & Goker, 2013; Fortner et al., 2011; Rezaee & Framarzi, 2014; Zhao et al., 2016; Coelho et al., 2013). No estudo de Almeida et al., (2012) não foi especificado o nível educacional, mas os autores citam que as gestantes que não estudavam, nem trabalhavam, tinham maiores índices de depressão. As possíveis relações entre baixo nível educacional e depressão não são claras. Um estudo com mulheres com gestação de alto risco foi apresentou a hipótese de que um menor nível educacional estaria associado a uma menor quantidade de informações de saúde, o que pode piorar os sentimentos de insegurança, e quadros de ansiedade e depressão devido à lacuna de conhecimentos

sobre as complicações físicas que a gestante esteja vivenciando (Zhao et al., 2016).

Planejamento da gestação

A gestação não ter sido planejada foi um fator de risco para depressão encontrado em onze estudos, de acordo com o mapa de literatura. A ocorrência conjunta de uma gestação não planejada com complicações físicas e/ou obstétricas pode causar importante estresse na mulher, especialmente em mulheres de baixa renda, aumentando as chances de quadros depressivos (Juhás, Benute, Lucia & Francisco, 2014). Em contrapartida, no estudo de Silva et al. (2010), a gestação ter sido planejada associou-se a sintomas de depressão, resultado inesperado, sendo a hipótese dos autores que tal achado relacione-se à expectativas idealizadas em relação à maternidade e aos medos intrínsecos vivenciados na gestação. Entretanto, os autores ressaltaram que é um achado inconclusivo já que o valor preditivo não pode ser avaliado. A gestação ser indesejada foi citada como fator de risco para depressão gestacional (Yanikkerem, Ay, Mutlu & Goker, 2013), podendo dobrar os riscos de sintomas depressivos conforme achados de Dibaba, Fantahun & Hindin (2013), os quais destacaram que em seu estudo o que associou-se a maiores riscos de depressão foi o fato da gestação ser indesejada, pois as mulheres que referiram gestações não planejadas, mas que se tornaram desejadas, não tiveram mais sintomas depressivos que as que planejaram a gestação.

Coping

Um total de um estudo referiu estratégias de enfrentamento (coping) como fator associado à presença ou ausência de sintomas depressivos na gestação, conforme evidenciado no mapa de literatura. Como resultado, obtiveram que a utilização de um padrão de coping evitativo/passivo pela gestante foi positivamente relacionado à presença de sintomas depressivos (Giurgescu et al., 2015; Zeng, Cui & Li, 2015).

Aspectos Cognitivos

De acordo com o mapa de literatura, um estudo apresentou o resultado de que um padrão cognitivo menos otimista estava relacionado a maiores índices de sintomas depressivos (Bayrampour, McDonald, & Tough, 2015). Os autores apontaram ainda, como resultado, que as

participantes com padrão menos otimista de pensamento apresentaram quatro vezes mais sintomas de depressão do que as com padrão otimista.

Conforme o mapa de literatura, em relação aos fatores de risco evidenciados nos artigos destacaram-se, por ordem de ocorrência: i) fatores socioeconômicos e relacionamento conjugal e familiar (15 estudos); ii) histórico de saúde mental e complicações obstétricas (14 estudos cada); iii) rede social de apoio frágil (13 estudos); iv) nível educacional e planejamento da gestação (11 estudos); v) idade materna (10 estudos); vi) eventos estressores na gestação (09 estudos); vii) uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas e estrutura familiar (05 estudos); viii) violência (04 estudos); ix) migração (02 estudos); x) coping e aspectos cognitivos (01 estudo cada). Assim, percebe-se que os fatores socioeconômicos, o relacionamento conjugal e familiar, o histórico de saúde mental, as complicações obstétricas e a rede de apoio frágil foram os principais fatores de risco para sintomas de depressão e ansiedade na gestação, em termos de frequência, nos estudos analisados.

DISCUSSÃO

Apesar da crença socialmente difundida da gravidez como um período de plenitude e bem estar para as mulheres, os estudos indicam que os índices de ansiedade e depressão na gestação são altos (Almeida et al., 2012; Benute et al., 2013; Gavin et al., 2005; Molina & Kiely, 2011; Pereira & Lovisi, 2008; Silva et al., 2010). Nesse sentido, as pesquisas analisadas reforçaram a necessidade de um olhar cuidadoso para os aspectos emocionais da mulher durante a gestação.

Os resultados da presente revisão evidenciaram, ainda, uma variedade de fatores que podem influenciar o estado psicológico materno durante a gestação, desde aspectos de atributos pessoais (idade, nível educacional, aspectos cognitivos e de coping); fisiológicos (complicações obstétricas); de histórico de saúde (histórico de saúde mental e uso de substâncias psicoativas); relacionais (estrutura familiar, relacionamento conjugal e familiar, violência e rede de apoio); contextuais (planejamento da gestação, eventos estressores e migração) a fatores que perpassam questões macrossociais como os fatores socioeconômicos, demonstrando o quanto a depressão e quadros de ansiedade são fenômenos complexos e multideterminados.

Vale ressaltar que, no que se refere às pesquisas terem indicado a relação entre a mulher ser separada, não residir com o companheiro ou não ter apoio do mesmo, com sintomatologia depressiva, para Molina e Kiely (2011), essa associação somente pode ser significativa se outros

fatores de risco e mecanismos de proteção forem incluídos na análise como, por exemplo, o apoio da família e os recursos de enfrentamento da mulher. Nesse sentido, Dudas et al., (2012) obtiveram como resultado que estar ou não casada não obteve diferença em relação aos índices de depressão, mas a qualidade da relação sim, já que relações instáveis correlacionaram-se com sintomas de depressão. Dessa forma, os autores ressaltaram que uma relação estável mesmo que o casal não esteja vivendo junto é mais protetiva do que um casamento com conflitos. Além disso, em locais em que não estar casada tem se tornado mais comum e encarado socialmente de forma positiva, essa condição torna-se menos associado a problemas de relacionamento e fator de risco para depressão gestacional (Dudas et al., 2012).

No que concerne a questões metodológicas, considerando a totalidade de utilização do delineamento quantitativo, é possível pensar que com o objetivo de se analisar o impacto de certas variáveis na saúde mental materna em termos de frequência, prevalência e associações estatisticamente significativas, se faz necessária a utilização de uma abordagem quantitativa. No entanto, a utilização de abordagens qualitativas visando uma compreensão individualizada, em que sejam aprofundadas questões subjetivas que influenciam os fenômenos estudados também é de suma relevância. Ressalta-se que, nesse artigo, parte-se do pressuposto de que tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa possuem vantagens e limitações.

No presente estudo de revisão, foram considerados tanto aspectos metodológicos quanto os resultados das pesquisas. A partir disso, evidenciou-se a necessidade de se ampliar o foco das investigações e das discussões, procurando compreender a saúde mental materna desde os atributos pessoais (história de vida, personalidade, padrões de coping), considerando o contexto social e relacional (relação com figura materna, padrão de relações familiares intergeracional e recursos na comunidade), além de aspectos contextuais e culturais numa perspectiva macrosocial. Sugere-se, ainda, que estudos futuros investiguem a presença de indicadores emocionais na mãe e no pai, com o objetivo de ampliar o olhar para ambos os pais. Vale ressaltar que diferentes perspectivas teóricas podem contribuir para o estudo da psicologia perinatal.

A assistência pré-natal é peça primordial para a promoção da saúde mental materna, infantil e familiar. No entanto, ainda nos dias de hoje, as ações de saúde no contexto do pré-natal são fortemente influenciadas pelo modelo biomédico, em que a saúde é considerada como a “ausência de doença” e a assistência é pautada no paradigma da

ciência tradicional, isto é, da simplicidade, estabilidade e/ou previsibilidade e objetividade. Isso se reflete na abordagem que enfoca questões fisiológicas, desconsiderando fatores psicológicos, relacionais e dados do contexto da paciente. Dessa forma, salienta-se a importância de se tornar o cuidado pré-natal integral, sendo necessário sensibilizar as equipes de saúde para incluírem em sua rotina de pré-natal a investigação de aspectos de saúde mental e relacional e de conhecer e fortalecer a rede social de apoio da mulher gestante, além de outros aspectos psicossociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugere-se a realização de pesquisas longitudinais para a compreensão das variáveis que influenciam a saúde mental materna no ciclo gravídico-puerperal e no decorrer do desenvolvimento da criança ao longo do tempo. Destaca-se que é necessário o avanço em termos de utilização de instrumentos específicos para a avaliação de indicadores emocionais no período gestacional, visto que de um total de 21 instrumentos utilizados nas pesquisas analisadas, a maioria era validada para rastreio geral de ansiedade, estresse e depressão, com exceção de quatro instrumentos que consideravam a especificidade das manifestações fisiológicas e psicológicas durante a gestação.

Os resultados da presente revisão reforçaram a necessidade de um olhar ampliado para se compreender os aspectos de saúde mental materna e prover um cuidado integral e efetivo para a mulher gestante e sua família. Por fim, ressalta-se a necessidade da mulher ser avaliada e amparada emocionalmente durante a gestação, e de receber apoio afetivo e efetivo da rede social, familiar e das equipes de saúde, o que terá impactos positivos em sua saúde, do bebê e para as relações familiares.

REFERÊNCIAS

- Agostini, F., Neri, E. Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Matern Child Health J*, 19(5), 1131-41.
- Akçalı Aslan P., Aydın, N., Yazıcı, E, Aksoy, A. N., Kirkan, T. S., Daloglu, G. A. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 60(8), 809-17.
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific World Journal.*, 1-9.
- Almeida, M. S., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2), 385-393.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 217-228.
- Bayrampour, H., McDonald, S., Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Reis, J. S., Junior, R. F., de Lucia, M. C. S., Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 65(11),1127-1131.
- Benute, G. R., Nizzella, D. C., Prohaska, C., Liao, A., Lucia, M. C., Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress and social support. *Twin Res Hum Genet.*,16(2), 629-33.

- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a hungarian population-based. *Psychiatria Danubina*, 25 (4), 352-358.
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21- 31). São Paulo: Manole.
- Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In Carter, E. & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 206-221). Porto Alegre: Artmed.
- Carolan-Olah, M. & Barry, M. (2014). Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery*, 30, 310–316.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cepêda, T., Brito, I. & Heitor, M. J. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. In Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Portugal. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>
- Cervený, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coelho, F. M., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Quevedo, L. de Á., Souza, L. D., Castelli, R. D., ... Pinheiro, K. A. (2013) Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr*, 35(1), 51-6.
- Dagklis, T., Papazisis, G., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A., Rousso, D. (2016). Prevalence of antenatal depression and associated

- factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51, 1025-1031.
- Dibaba, Y., Fantahun, M., Hindin, M. J. (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 135.
- Dong, X., Qu Z, L. F., Jiang, X., Wang, Y., Chui, C. H., Wang, X., ... Zhang, X. (2013). Depression and its risk factors among pregnant women in Sichuan earthquake area and non-earthquake struck area in China. *J Affect Disord*, 151(2), 566-72.
- Dudas, R. B., Csator dai, S., Devosa, I., Toreki, A., Ando, B., Baraba, K., ... Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200, 323–328.
- Dunkel Schetter, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25 (2), 141-148.
- Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., Chasan-Taber, L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Matern Child Health J.*, 15(8), 1287-95.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-83.
- Giurgescu, C., Zenk, S. N., Templin, T. N., Engeland, C.G., Dancy, B. L., Park, C. G., ... Misra, D. P. (2015). The Impact of Neighborhood Environment, Social Support, and Avoidance Coping on Depressive Symptoms of Pregnant African-American Women. *Womens Health Issues*, 25(3), 294-302.
- Goedhart, G., Snijders, A. C., Hesselink, A. E., Van Poppel, M. N., Bonsel, G. J., Vrijkotte, T. G. M. (2010). Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosom Med*, 72, 769-776.

- Juhas, T. R., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S., Francisco, R. P. V. (2014). Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *MedicalExpress*, 1(2), 87-90.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lau, Y., Yin, L., Wang, Y. (2011). Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Matern Child Health J.*,15(8), 1416-26.
- Maldonado, M. T. (2005). *Psicologia da Gravidez*. (17 ed). São Paulo: Saraiva.
- Miszkurka, M., Goulet, L., Zunzunegui, M. V. (2012). Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(10),1639-48.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Arakawa, M. (2012). Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*, 12 (117).
- Molina, K. M. & Kiely, M. (2011). Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Womens Health Issues*, 21(4), 293–303.
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(5), 216-222.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

- Rezaee, R. & Framarzi, M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery*, 19(7), 45-50.
- Ricardo-Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., Ocampo-Saldarriaga, M. V., Tirado-Otálvaro, A. F. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(2), 94-102.
- Rochat, T. J., Tomlinson, M., Newell, M., Stein, A. (2013). Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, 16, 401-410.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.
- Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Journal Anxiety, Stress & Coping*, 17, 187-102.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*, 17, 221–228.
- Rwakarema, M., Shahirose, S., Premji, E., Nyanza, C., Riziki, P., Palacios-Derflinger, L. (2015). Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*, 15 (68).
- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11 (48).
- Silva, R. A. da, Jansen, K., Souza, L. Dias de M., Moraes, I. G. da S., Tomasi, E., Silva, G. Del G., ... Pinheiro, R. T. (2010). Depression

during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139-144.

Soifer, R. (1984) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B., Creed, F. (2014). A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health*, 17, 145–154.

Thiagayson, P., Krishnaswamy, G., Lim M. L., Sung, S. C., Haley, C. L., Fung, D. S., ... Chen, H. (2013). Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies - prevalence and screening. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(2), 112-6.

Thiengo, D. L., Pereira, P. K., Santos, J. F, de C., Cavalcanti, M. T., Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 214-220.

Usuda, K., Nishi, D., Makino, M., Tachimori, H., Matsuoka, Y., Sano, Y. & Konishi, T., ... Takeshima, T. (2016). Prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med.*, 10(17).

Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H., Berger, M. Y. (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*, 15 (292).

Wangel, A. M., Schei, B., Ryding, E. L., Ostman, M. (2012). Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91 (12), 1395-401.

Weobong, B., Soremekun, S., Augustinus, H. A., Asbroek, T., Amenga-Etego, S., Danso, S., ... Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: The DON population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 165, 1–7.

- Yanikkerem E., Ay S., Mutlu S., Goker A. (2013). Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J Pak Med Assoc*, 63(4), 472-7.
- Zahra, B. M. & Elham, R. (2014). The Prevalence of Depression in Pregnant Women with Sleep Disorder. *J Psychiatry*, 17(6).
- Zeng, Y., Cui, Y., Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15 (66).
- Zhao, Y., Kane, I., Mao, L., Shi, S., Wang, J., Lin, Q., Lu, L. (2016) The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 316–321.

ARTIGO 2

SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

DEPRESSIVE SYMPTOMS DURING PREGNANCY: RISK AND PROTECTION FACTORS IN PREGNANT WOMEN AT HIGH RISK

Sintomas depressivos na gestação: fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar fatores de risco e de proteção associados à presença de sintomas depressivos em gestantes de alto risco. As 80 gestantes de alto risco participantes, responderam aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Variáveis Clínicas e Obstétricas, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EDPS), Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Questionário sobre Relacionamento Conjugal (QRC) e Questionário do MOS – SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey). A análise dos dados foi realizada a partir de estatística descritiva (frequências, médias e desvio-padrão) e inferencial (correlações bivariadas e análise de regressão linear), adotando-se o nível de significância $p \leq 0,05$. Destaca-se que a análise de regressão linear analisou a relação entre a variável dependente (sintomas depressivos) e as independentes (dados sociodemográficos, dados obstétricos, histórico de saúde mental, ansiedade-estado, ansiedade-traço, relacionamento conjugal e rede de apoio). Os resultados indicaram uma alta frequência de quadros sugestivos de depressão entre as participantes (40%). Ademais, as análises estatísticas realizadas apontaram, de forma robusta (R^2 de 0.67), a presença de ansiedade-traço, ansiedade-estado, histórico de diagnóstico psiquiátrico e histórico de aborto em gestações anteriores como fatores de risco para os sintomas depressivos. Identificou-se, ainda, que a presença de rede de apoio, maior escolaridade, qualidade do relacionamento conjugal, maior idade, estar casada e ter planejado a gestação se caracterizaram como fatores de proteção. Nesse contexto, ressalta-se a importância do rastreamento de aspectos de emocionais no contexto da assistência pré-natal e de intervenções preventivas e de promoção à saúde, com vistas a fortalecer emocionalmente a mulher gestante, promover relações familiares saudáveis e proteger o desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: depressão, gravidez de alto risco, fatores de risco, fatores de proteção.

Depressive Symptoms during pregnancy: risk and protection factors in pregnant women at high risk

ABSTRACT

This study aimed at identifying the frequency of depressive symptoms in pregnant women at high risk and the related risk and protection factors. The 80 pregnant women at high risk participating in the study answered the following: Social-demographic Questionnaire, Clinical and Obstetric Variables Questionnaire, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (LSSI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Conjugal Relationship Questionnaire (CRQ), and MOS Questionnaire - SSS (Medical Outcome Study – Social Support Survey). The data analysis was conducted using descriptive statistics (frequency, average and standard deviation) and inferential statistics (varied correlations and linear regression analysis), using the significance level of $p \leq 0,05$. It is noted that the analysis of the linear regression analyzed the relation between the dependent variables (depressive symptoms) and the independent variables (sociodemographic data, obstetric data, mental health history, anxiety-state, anxiety-trait, conjugal relationship and support network). The results pointed out a high frequency of indication of depression among the participants (40%). Furthermore, the statistical analysis indicated robustly (R^2 of 0,67) the presence of anxiety-trait, anxiety-state, psychiatric diagnosis history and miscarriage history as risk factors for the depressive symptoms. Also, it was identified that the existence of a support network, level of education, quality of the conjugal relationship, older age, being married and pregnancy planning characterize protection factors. In this context, it is noted the importance of tracking the emotional aspects during the prenatal stage and the promotion of health, aiming at strengthening emotionally the pregnant woman, fostering healthy family relationship and protecting the child development.

Keywords: depression, high-risk pregnancy, risk factors, protection factors.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase de transição esperada no ciclo de vida individual e familiar, a qual impõe uma série de tarefas desenvolvimentais para os diversos membros da família (Carter e McGoldrick, 1995). Envolve uma mudança profunda na identidade da mulher e do homem, que se preparam para, além de filhos, tornarem-se pais e progenitores de uma família. Mesmo nas situações em que o casal já possui filhos será uma transição para a condição de “pais de dois ou mais filhos”, a qual traz modificações na dinâmica familiar (Cerveny & Berthoud, 2002). Dessa forma, muitas reorganizações são exigidas a cada um dos progenitores e ao casal, tais como na identidade e papéis sociais, na relação conjugal, sexualidade, tarefas domésticas e rotinas de vida (Bortoletti, 2007; Carter e McGoldrick, 1995).

Assim, a gravidez é um processo complexo que envolve intensas transformações hormonais, físicas, psicológicas, familiares, sociais, socioeconômicas e profissionais. Em função disso, é considerada um momento de crise (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny & Berthoud, 2002; Langer, 1981; Maldonado, 2005; Soifer, 1984). Contudo, a crise instaurada com a gestação pode tanto gerar tensão e desorganização, como ser uma oportunidade de mudanças positivas através de amadurecimento, expansão da personalidade e resolução de conflitos psíquicos (Maldonado, 2005; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Raphael-Leff, 1997).

Por vivenciar a gestação em seu corpo, a mulher vivencia profundas alterações físicas e em suas relações sociais. Ocorre a exigência de adaptação a um novo papel social, associado ao aumento de responsabilidade, mudanças na sexualidade e na imagem corporal (Cantilino, 2010; Piccinini et al., 2008). É comum a presença de estados temporários de regressão emocional, em que a mulher revive sua infância e história de construção de vínculos iniciais na vida e volta-se mais para si mesma e para seu mundo interno. Nesse processo, a mulher torna-se mais sensível e dependente de atenção e cuidados (Maldonado, 2005; Soifer, 1984). Nesse contexto, de acordo com Winnicott (1988), para auxiliar a mulher no processo de construção de vínculo com o bebê na gestação e pós-parto é fundamental oferecer cuidado, proteção e suporte efetivo e afetivo (Winnicott, 1988).

Em função das intensas transformações e adaptações estudos indicam que a mulher torna-se mais vulnerável para o desenvolvimento de transtornos emocionais (Agostini et al., 2015; Silva et al., 2010). Nesse sentido, apesar de ser esperado que a mulher apresente estados de

ansiedade e momentos de tristeza, em alguns casos, constata-se a exacerbação de sintomas de estresse, ansiedade e até quadros depressivos, o que se associa a desfechos negativos na saúde da mulher, do bebê e nas relações familiares (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Goedhart et al., 2010).

Estudos apontam que as prevalências de transtornos mentais comuns como a depressão são semelhantes na gestação e no puerpério (Banti et al., 2011; Benute et al., 2010; Dagklis et al., 2016; Fairbrother et al., 2015). Contudo, ainda observa-se uma maior ênfase aos quadros no período pós-parto, especialmente em relação à depressão pós-parto e a psicose puerperal (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro & Schmidt, 2012).

Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres gestantes no Brasil é alta, ficando em torno de 20,2 %. Nesse contexto, vale ressaltar que as taxas de prevalência de depressão na gestação diferem entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, os estudos indicam taxas mais baixas, em torno de 10% e 15%. Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, as taxas variam entre 20 a 40% (Fisher et al., 2012; WHO, 2009). Para Pereira e Lovisi (2008), fatores como a privação socioeconômica, baixa escolaridade, violência, entre outros presentes de forma expressiva em países em desenvolvimento podem estar associados às prevalências mais altas de depressão. Independentemente das diferenças, tais dados epidemiológicos evidenciam a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial.

No tocante aos fatores de risco associados à depressão durante a gestação, estudos apontam o histórico de transtornos de saúde mental, incluindo histórico de depressão e/ou depressão pós-parto como importante fator de risco (Pereira et al., 2010; Ricardo-Ramirez et al., 2015).

O contexto de gestação de alto risco também tem sido apontado em pesquisas como fator de risco para depressão na gestação (Benute et al., 2013; Byatt et al., 2014; Molina, & Kiely, 2011). Nesse sentido, uma gestação é considerada de alto risco quando a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de sofrer complicações do que a média das gestações (Brasil, 2010). Como exemplo, pode-se citar os diagnósticos de diabetes, hipertensão, pré-eclampsia, quadros psiquiátricos maternos, malformações fetais, entre outros. Dessa forma, no contexto da gestação de alto risco soma-se ao processo de adaptação frente à gestação uma série de emoções decorrentes da condição clínica em si e dos riscos

associados para mãe e/ou bebê. Tal contexto aumenta as chances de sintomas depressivos, ansiosos e de decréscimo da qualidade de vida (Byatt et al., 2014; Couto et al., 2009).

Outro fator de risco para sintomas depressivos na gestação, apontado na literatura, é a falta de apoio social (Agostini et al., 2015; Giurgescu et al., 2015; Lau, Yin & Wang, 2011; Yanikkerem, Ay, Mutlu & Goker, 2013). Considerando que as redes sociais são importantes na medida em que influenciam a autoimagem do indivíduo e contribuem para a experiência de identidade e competência, auxiliando na adaptação em situações de crise (Sluzki, 2003), a escassez de suporte do parceiro e/ou da família ampliada força a gestante a lidar com seus problemas sozinha, aumentando as chances de estresse, o que pode associar-se a maiores chances de depressão gestacional (Dudas et al., 2012). Além disso, as mulheres podem se sentir isoladas socialmente, num momento de maior vulnerabilidade emocional relacionada ao estado regressivo próprio da gestação, o que pode gerar sentimentos de desamparo e sintomas depressivos (Agostini et al., 2015). Em contrapartida, para Dibaba, Fantahun & Hindin (2013), o apoio social efetivo diminui as chances de sintomas depressivos, atuando assim como um mecanismo de proteção.

A baixa qualidade no relacionamento conjugal também é apontada em estudos como preditora de sintomas depressivos (Bayrampour et al., 2015; Dudas et al., 2012; Senturk, Abas, Berksun & Stewart, 2011). A presença de conflitos no relacionamento conjugal pode aumentar as chances de sintomas de ansiedade e depressão crônicos ao longo da gestação (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015). Ademais, o relacionamento conjugal vulnerável associado a outros estressores, como dificuldades financeiras também pode ser forte preditor de sintomas depressivos (Dong et al., 2015).

Os quadros depressivos na gestação comumente se associam a uma menor preocupação com cuidados de saúde, diminuição da adesão ao pré-natal, pensamentos negativos, insônia, alterações de apetite, o que se associa a diminuição da quantidade ou da qualidade da ingestão alimentar, além de maiores chances de consumo de álcool, tabaco e drogas (Arch, 2013; Pereira & Lovisi, 2008). A depressão na gestação pode ainda prejudicar o processo de vinculação mãe-bebê, afetando negativamente o funcionamento psicossocial da mãe e o desenvolvimento da criança (Molina & Kiely, 2011), além de perdurar no pós-parto, sendo um dos principais fatores de risco para tal (Pereira & Lovisi, 2008; Rodrigues & Schiavo, 2011; Choi et al., 2012).

Ademais, a presença de estresse e de estados persistentes de depressão e ansiedade pode ser preditora de desfechos obstétricos negativos como parto pré-termo, baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto (Charil, Laplante, Valillancourt & King, 2010; Conde, Figueiredo & Tendais, 2010; Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008; Grote, Bridge & Gavin, 2010; Guest et al., 2012). De acordo com estudos, tais desfechos negativos associam-se ao fato das alterações emocionais com curso crônico gerarem desequilíbrio na liberação de hormônios no organismo materno, os quais atravessam a barreira placentária e afetam o funcionamento da placenta e o desenvolvimento do cérebro e outros órgãos do feto (Charil et al., 2010; Guest et al., 2012; Ng, 2011). Dunkel Schetter & Tanner (2012), apontam ainda que os efeitos no desenvolvimento neurológico podem inclusive acarretar em déficit na função da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança. Ressalta-se que somente nas duas últimas décadas observa-se um volume expressivo de pesquisas sobre os efeitos da depressão no período pré-natal (Lima, Tsunehiro, Bonadio & Murata, 2017).

Assim, um bebê que se desenvolve num contexto de alterações emocionais maternas de curso crônico apresenta riscos de ter seu desenvolvimento afetado. Nesse contexto, a intervenção visando suprimir ou minimizar tais sintomas maternos apresenta-se como uma possibilidade de intervenção precoce, assim chamada, tanto pelo momento em que ocorre, quanto pelos efeitos positivos que produz no desenvolvimento infantil. A intervenção junto aos sintomas depressivos e ansiosos maternos repercute, assim, na prevenção de fatores de risco e na promoção de mecanismos de proteção ao desenvolvimento. Vale ressaltar que, considerando a neuroplasticidade cerebral do bebê, intervenções precoces produzem resultados superiores em relação a intervenções mais tardias no ciclo de vida (Cunha & Benevides, 2012).

A partir do exposto, evidencia-se a importância do rastreamento de alterações emocionais no pré-natal e dos estudos acerca de fatores de risco e de proteção para quadros depressivos e de ansiedade no período perinatal. Nesse contexto, a complexidade de elementos e interações que produzem os desfechos de alterações emocionais durante a gestação convida a se buscar por modelos sistêmicos nos estudos que envolvem famílias e suas transições, a partir do qual não se isole os fenômenos de seus contextos e se enfoque nas conexões e inter-relações entre variáveis e fenômenos (Böing, Crepaldi, & Moré, 2008). Nesse sentido, a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento favorece uma

compreensão complexa, dinâmica, interacional e processual do desenvolvimento, sendo especialmente aplicável na investigação de fases de transição do ciclo vital como a gravidez (Toth & Cichetti, 2011).

A psicopatologia do desenvolvimento fornece subsídios teóricos para as investigações de fatores de risco e mecanismos de proteção apontando que há uma significativa variação em como as pessoas respondem a contextos em que há a presença de risco (Sameroff & Rosenblum, 2006). Tal variabilidade se associa à resiliência, a qual envolve um processo dinâmico de adaptação positiva frente a um contexto de risco e adversidade, sendo que se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera, já que não se caracteriza como um atributo fixo do indivíduo (Rutter, 1993; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Sameroff & Rosenblum, 2006). Dessa forma, a psicopatologia do desenvolvimento traz uma perspectiva que busca identificar as interações e combinações entre fatores de risco e de proteção no processo de análise de desfechos desenvolvimentais (Yunes, 2006).

Nesse contexto, considerando a relevância da compreensão de fatores de risco e de proteção no sentido da produção de subsídios para intervenções preventivas e de promoção à saúde no período perinatal, o presente estudo teve como objetivo identificar a frequência de sintomas depressivos em gestantes de alto risco e os fatores de risco e de proteção associados.

MÉTODOS

O estudo se caracterizou pelo desenho transversal, descritivo e correlacional. Foi também explicativo, pois além de correlacionar variáveis dos fenômenos envolvidos produziu dados acerca do poder preditivo de uns sobre outros (Sampieri, Collado e Lúcio, 2006). Para a presente pesquisa, consideraram-se, os indicadores de depressão como variável dependente e como variáveis independentes: os dados sociodemográficos, dados obstétricos, histórico de saúde mental, indicadores de ansiedade- estado e ansiedade-traço, qualidade do relacionamento conjugal e percepção do apoio social.

Participantes

A pesquisa contou com 80 participantes, mulheres, com gestação de alto risco, selecionadas através de amostra intencional. As

participantes possuíam idade superior a 18 anos, estavam no terceiro trimestre da gestação e coabitavam e/ou mantinham relacionamento conjugal. Ressalta-se que não foram incluídas gestantes com diagnóstico de malformação fetal, dependência química e/ou transtorno mental grave e incapacitante.

A média de idade das participantes foi de 29 anos (DP=6,82), variando de 18 a 46 anos. Um total de 66,2% se intitulou da etnia/raça branca. Um total de 95% delas encontrava-se num relacionamento estável (55% casadas e 40% em união estável), sendo que a maioria (38,8%) encontrava-se no relacionamento num intervalo de tempo entre 'um ano e um mês e cinco anos'. Em relação à escolaridade, a maior parte das participantes possuía ensino médio completo (37,5%) e ensino médio incompleto (26,3%). A renda mensal média da família foi de R\$ 3009,87 (DP=1405,09), variando de um mínimo de 900 a um máximo de 8000 reais. A maior parte das mulheres referiu não estar exercendo atividades laborais no momento (55,2%). Dentre as participantes que estavam trabalhando a maioria exercia entre sete e oito horas diárias de atividades (23,9%).

Instrumentos para a coleta de dados

Análise Documental do Prontuário. A análise documental dos prontuários foi realizada com o objetivo verificar informações sobre os dados clínicos da gestação e/ou outros dados necessários.

Questionário sóciodemográfico. Instrumento adaptado do questionário desenvolvido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI/ UFSC). É composto por 11 questões concernentes a variáveis como: configuração familiar; renda; profissão e jornada de trabalho e características da habitação (número de cômodos e tipo de edificação).

Questionário de variáveis clínicas e obstétricas. Foi desenvolvido especificamente para a presente pesquisa, com o objetivo de obter informações clínicas como: dados sobre a gestação atual, histórico clínico e outros dados relevantes sobre gestações e partos anteriores, histórico de saúde mental e histórico e uso atual de álcool, tabaco e drogas.

Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EDPS- Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Trata-se de uma escala auto-aplicável, com dez itens que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Ao final de aplicação, obtêm-se um valor de zero a 30 pontos, que é usado para classificar em potencialmente deprimidas ou

não deprimidas de acordo com o ponto de corte definido no estudo de validação. Santos, Matijasevich, Tavares, Franck, Barros, Botelho, Lapolli, Magalhães, Silva, Barbosa & Barros (2007) validaram a EPDS no Brasil no ano de 2004 em uma amostra de mães brasileiras do Rio Grande do Sul, utilizando a versão brasileira traduzida por Santos, Martins e Pasquali (1999), tendo como padrão-ouro a utilização de questionário semi-estruturado baseado na CID-10, tendo referido sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,6% do instrumento com ponto de maior ou igual ao escore 10. Conforme estudos anteriores com gestantes, foi utilizado o critério de corte igual ou maior ao escore 12 para categorizar casos de provável depressão (Carolan-Olah & Barry, 2014; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011). No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, sendo obtido o valor de 0,85.

Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio & Natalício (1979). Consiste em uma escala com 40 itens, 20 correspondentes à ansiedade traço e 20 à ansiedade estado. Para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos. Como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, conforme estudos anteriores com gestantes, foi utilizado o critério de corte igual ou maior ao escore 40 (Araújo, Pacheco, Pimenta & Kac, 2008; Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger, Berger, 2015). A consistência interna da versão brasileira foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, e foram obtidos os valores de 0,93 para o sexo masculino e 0,87 para o sexo feminino (Araújo, Pacheco, Pimenta & Kac, 2008). Cabe ressaltar que tal instrumento não está atualmente liberado para utilização na atuação profissional do psicólogo, exceto para fins de pesquisa conforme a ponderação preconizada pela resolução CFP nº 002/2003, art 16 que coloca que “será considerada falta de ética, conforme disposto na alínea c do Art 1º e na alínea m do Art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo, a utilização de testes psicológicos que não constam na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo os casos de pesquisa” (Schmidt, Bolze & Crepaldi, 2017). No presente estudo, a consistência interna do instrumento obtida através do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0.90 para o de Idate-estado e de 0,89 para o de Idate-traço.

ISSL - Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (Lipp e Guevara, 1994). Caracteriza-se como um instrumento que identifica quadros característicos do estresse, identificando a fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a

sintomatologia predominante, se física ou psicológica. Foi validado no Brasil em 1994 por Lipp e Guevara, em um estudo com 1853 pessoas entre 15 e 75 anos, apresentando boas propriedades psicométricas (*alpha* se Cronbach de 0.91) (Lipp, 2015). No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach, sendo obtido o valor de 0,89.

Questionário sobre Relacionamento Conjugal (QRC). É composto por três itens que se referem ao relacionamento estabelecido entre cônjuges. Foi desenvolvido e utilizado previamente por pesquisadores vinculados ao NEPeDI/UFSC. Trata-se de uma escala *likert* de cinco pontos, cujas questões componentes versam sobre *qualidade do relacionamento conjugal*, *satisfação conjugal* e *conflito conjugal*. A variável *qualidade do relacionamento conjugal* teve seus escores invertidos no processo de análise de dados, a fim de padronizar os itens referentes a fatores positivos (qualidade do relacionamento conjugal e satisfação conjugal), de modo que quanto mais alta for a média mais positivamente foi avaliada a relação pela participante. Já na questão sobre conflitos, quanto menor o escore, menor o grau de conflitos e vice versa. O QRC não possui validação; contudo, já foi adotado em estudos anteriores (Schmidt, 2012; Bossardi, 2011, Bossardi, 2015) e obteve um coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0.74 para o pai e 0,80 para a mãe no estudo de Bossardi (2015). A consistência interna obtida no presente estudo por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0,89.

Questionário do MOS – SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey). Consiste num instrumento de auto-relato com 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. O primeiro item objetiva avaliar a estrutura da rede utilizando uma pergunta sobre o número de familiares e amigos com quem a pessoa pode contar como apoio. Os demais 19 itens avaliam cinco dimensões do apoio social (material, emocional, interação social positiva, emocional/informacional) utilizando uma escala Likert de cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre) a respeito da frequência com que o indivíduo percebe que pode contar a rede de apoio em diferentes situações. Os autores reportaram *alpha* de Cronbach maior que 0.91 para todos os fatores (Sherbourne & Stewart, 1991). Foi adaptado para a população brasileira por Griep (2003), Griep et al. (2003) e Griep et al. (2005) e já foi adotado em estudos anteriores (Zanini, Verolla-Moura & Queiroz, 2009), tendo obtido um coeficiente de *alpha* de Cronbach entre 0,95 e 0,76. Na presente pesquisa a consistência interna do instrumento obtida através do coeficiente *alpha* de Cronbach foi de 0.94.

Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta foi realizada sistematicamente em todas as agendas disponíveis para consultas de pré-natal de alto risco na instituição (total de seis agendas semanais). O período de realização da coleta foi de setembro de 2016 a março de 2017. Foi realizada por uma equipe de cinco pesquisadoras, das quais uma era a pesquisadora principal e quatro eram voluntárias vinculadas ao projeto de pesquisa, as quais receberam treinamento prévio visando a padronização dos procedimentos de coletas de dados. Além disso, um dos critérios adotados foi que todas as pesquisadoras tivessem experiência no atendimento psicológico a gestantes, visto que se trata de uma população com vulnerabilidade emocional, principalmente no contexto da gestação de alto risco.

Assim, as mulheres selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa durante sua permanência para consulta de rotina no ambulatório de pré-natal de alto risco, sendo realizado em média uma hora antes do início dos atendimentos da agenda de pré-natal, com o intuito de aproveitar o tempo em que elas aguardavam e não atrasar sua consulta posteriormente. A aplicação foi realizada nos consultórios disponíveis para atendimento da equipe do ambulatório. Ao final da coleta, foi verificado como a gestante estava se sentindo, considerando-se a mobilização emocional dos temas íntimos abordados, sendo assim oferecido acolhimento dos sentimentos e das percepções da gestante. Ressalta-se que caso fossem identificadas demandas psicológicas no decorrer da pesquisa e a gestante ainda não estivesse em acompanhamento psicológico com a equipe de psicologia do ambulatório, era então oferecido o acompanhamento. Nos casos em que a participante tivesse indicadores de quadro depressivo e /ou ansioso, era oferecido atendimento psicológico sistemático e, quando necessário, avaliação psiquiátrica.

Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir dos instrumentos de medida utilizados na pesquisa foram tabulados e tratados em uma planilha no programa estatísticos *Statiscal Package for Social Science* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais- SPSS 20.0). Realizou-se, inicialmente, a análise dos dados a partir da *estatística descritiva* (frequências, porcentagens, médias e desvio-padrão). Após essa etapa, os dados foram tratados a partir de *estatística inferencial*, realizando-se análises de correlação bivariadas, a partir do coeficiente de correlação *r de Pearson*, com nível de significância de 5%, entre variáveis contínuas que apresentaram distribuição normal no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal foi

calculado o coeficiente de correlação ρ de Spearman. Com o objetivo de identificar associações bivariadas entre as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-quadrado (X^2) (2x2). Por fim, foi construído um modelo de regressão linear com o objetivo de identificar quais variáveis estavam associadas a uma maior diferença no desfecho “presença de indicadores de depressão”. As variáveis foram incluídas no modelo de regressão com base em revisão sistemática de literatura de estudos empíricos acerca dos fatores de riscos relacionados à presença de depressão em gestantes, previamente realizada, conforme corroborado por Gelman & Hill (2007).

Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Certificado nº CAAE: 53521416.5.0000.0121. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram seguidos ainda os princípios éticos do Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia de 08/2005 acerca a realização de pesquisas em Psicologia com seres humanos.

RESULTADOS

Caracterização de variáveis clínicas

No momento da coleta, a média de idade gestacional foi de 32 semanas (DP=4,29). Entre as participantes, 30% eram primíparas (primeira gestação) e 37,5% encontravam-se na segunda gestação. A maioria das gestações atuais não foi planejada (60,8%), mas 93,2% das participantes referiram desejar a gravidez, o que indica adaptação à situação. Ademais, um total de 18,7% de participantes possuía histórico de um, dois ou três abortos. As intercorrências físicas mais frequentes foram: necessidade de internação hospitalar durante a gestação (8,8%); infecção do trato urinário (ITU), doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), todas com frequência de 7,5%.

Um total de 11,3% das participantes referiu histórico de uso de drogas e 3,8% de uso atual. No tocante de histórico de diagnóstico psiquiátrico a maior parte das participaram negaram já terem recebido algum diagnóstico de saúde mental ao longo da vida (78,8%). Entre as que possuíam o histórico, 16,3 % era de depressão e 3,8% de transtorno de ansiedade.

Frequência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão

Tabela 1

Frequência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em gestantes de alto risco

Variável	Frequência	(%)
Ansiedade-estado (IDATE)		
Não ansiosa (escore ≤ 39)	21	26,3
Ansiosa (escore ≥ 40)	59	73,8
Ansiedade-traço (IDATE)		
Não ansiosa (escore ≤ 39)	20	25
Ansiosa (escore ≥ 40)	60	75
Estresse (ISSL)		
Sem estresse	8	10
Com Estresse-Fase Alerta	3	3,8
Com Estresse -Fase Resistência	48	60
Com Estresse -Fase Quase Exaustão	21	26,3
Com Estresse -Fase Exaustão	0	0
Depressão (EPDS)		
Não Deprimida (escore ≤ 11)	48	60
Deprimida (escore ≥ 12)	32	40
Sem ideação suicida	63	79,8
Com ideação suicida	37	20,2

Nota. (%)= Porcentagem de frequência.

Em relação à presença de sintomas de ansiedade, constatou-se altos níveis de ansiedade entre as participantes, visto que um total de 73,8% apresentava nota de corte para ansiedade-estado e 75% para ansiedade-traço. Além disso, verificou-se também que a quase totalidade das participantes apresentava sintomas de estresse (90%), sendo que a maioria encontrava-se na fase de *resistência* (60%), a qual, de acordo com o modelo quadrifásico de Lipp, é considerada uma fase de estresse negativo, isto é, estresse em excesso, que gera danos na qualidade de vida (Lipp, 2015). Já em relação ao rastreamento de sintomas de depressivos obteve-se como resultado que 40% das participantes obtiveram escores ≥ 12 , caracterizando provável quadro

depressivo. É importante ressaltar que 20,2% das participantes responderam positivamente à questão que aborda a presença de ideação suicida, resultado considerado alarmante (tabela 1).

Percepção de Suporte Social

No tocante à percepção do suporte social, considerando que os escores variavam de 1 a 5 e a média geral foi 4,10 (DP=0,84), constatou-se uma boa percepção de suporte social geral entre as participantes. O tipo de suporte que obteve o escore médio mais alto, inclusive acima da média geral, foi o suporte emocional (4,44 DP=0,91). Já em relação às pessoas da família com quem as participantes podiam contar em termos de frequência, os mais frequentes foram: o companheiro (70%), seguidos da mãe (47,5%), de irmã/irmãos (46,3%) e do pai (21,3%).

Qualidade do relacionamento conjugal

Em relação à qualidade da relação conjugal, analisando o conjunto de resultados das questões pode-se concluir que, de uma forma geral, as participantes avaliaram favoravelmente seus relacionamentos. Nesse sentido, destaca-se que as participantes responderam em média valores em torno do número 4, o que corresponde na escala que elas se consideram *felizes* em seus casamentos. O segundo escore mais alto foi o referente à satisfação conjugal, que obteve sua média abrangendo valores entre 3 e 4, o que indica que as participantes se consideram *mais ou menos satisfeitas* (3) ou *satisfeitas* (4) em seus relacionamentos. Já as respostas em relação a como elas avaliam sua relação em termos de conflitos, obtiveram uma média menor, variando entre 2 e 3, isto é, *pouco conflituosa* e *mais ou menos conflituosa*.

Depressão e fatores associados

Foram realizadas análises de correlação bivariadas entre variáveis contínuas, a partir do coeficiente de correlação *r de Pearson*, com nível de significância de 5%. Ressalta-se que tal análise foi realizada apenas para as variáveis que apresentaram distribuição normal no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 2*Correlações entre variáveis contínuas a partir do r de Pearson*

	Depressão	Ansiedade-estado	Ansiedade-traço	Apoio social	Relacionamento conjugal
Depressão	1	.580**	.750**	-.470**	.082
Ansiedade-estado	.580**	1	.579**	-.303**	.212
Ansiedade-traço	.750**	.579**	1	-.397**	.182
Apoio social	-.470**	-.303**	-.397**	1	-.229*
Relacionamento Conjugal	.082	.212	.182	-.229*	1

Nota. *p < .05. **p < .01.

Conforme a tabela 2, obteve-se como resultado significativo que a variação de sintomas depressivos tem um relacionamento positivo e forte com a variação de sintomas de ansiedade-traço (.750**, p=0,001), e moderado com a variação nos sintomas de ansiedade-estado (.580**, p=0,001), indicando que quanto mais sintomas de depressão a participante apresentasse, mais ela apresentava sintomas de ansiedade-estado e de ansiedade-traço. Ademais, a variação nos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtiveram um relacionamento positivo e moderado entre si (.579**, p=0,001), indicando que quanto mais sintomas de ansiedade-estado mais sintomas de ansiedade-traço a participante apresentava. Destaca-se ainda que o grau de apoio social e os escores de sintomas depressivos apresentaram-se correlacionados negativamente em um grau moderado (-.470**, p=0,001), indicando assim que quanto menor o grau de apoio das participantes maior o escore de sintomas depressivos.

Para verificar a associação ou relacionamento entre variáveis categóricas do estudo foi utilizado o teste do Qui-quadrado (X^2) (2 X 2). Dessa forma, o teste foi realizado para verificar as possíveis associações entre a classificação de provável depressão (escore acima de 12 pontos) e as seguintes 14 variáveis categóricas: escolaridade; planejamento da gestação; se a gravidez era desejada; histórico de acompanhamento psicológico; histórico de acompanhamento psiquiátrico; diagnóstico psiquiátrico prévio; diagnóstico psiquiátrico na família; histórico de uso de tabaco; histórico de uso de drogas; uso atual de álcool; uso atual de tabaco; uso atual de drogas; classificação de ansiedade-estado e classificação de ansiedade-traço. Obteve-se como resultado significativo a relação entre já ter histórico de diagnóstico psiquiátrico, ansiedade-

estado (escore ≥ 40) e ansiedade-traço (escore ≥ 40) e a presença de quadro sugestivo de depressão.

Principais fatores de risco e de proteção para depressão em gestantes de alto risco

Destaca-se inicialmente que, após a seleção de variáveis, com base em revisão sistemática de literatura realizada, realizou-se a avaliação da adequação das mesmas para inserção no modelo de regressão. Como resultado, obteve-se as seguintes 12 variáveis como preditores: (i) *variáveis de saúde mental*: se já teve diagnóstico psiquiátrico, ansiedade-estado (IDATE-estado), ansiedade-traço (IDATE-traço); (ii) *rede de Apoio*: média MOS-SSS; (iii) *dados sociodemográficos*: idade, estado civil, nível educacional, renda; (iv) *dados obstétricos*: número de gestações, número de abortos, planejamento da gravidez; (v) *relacionamento conjugal*: média QRC. Ressalta-se que verificou-se que os pressupostos básicos de ‘linearidade’, ‘homogeneidade da variância residual’ e ‘normalidade dos resíduos e casos influentes’ eram atendidos para o modelo de regressão linear, concluindo-se que o modelo final possuía um ajuste aceitável para a interpretação dos resultados dos coeficientes de regressão.

Tabela 3
Coefficientes do Modelo de Regressão Linear

Variável	Coefficientes	Coefficientes STD	t	Valor p
Intercepto	4.87 (5.29)	-0.05 (0.13)	0.92	0.36
Diagnóstico psiquiátrico	1.84 (1.15)	0.29 (0.18)	1.59	0.12
IDATE Estado	0.09 (0.05)	0.16 (0.1)	1.60	0.11
IDATE Traço	0.27 (0.05)	0.49 (0.1)	5.05	0.00
Média MOS-Rede de Apoio	-1.57 (0.61)	-0.21 (0.08)	-2.65	0.01
Idade	-0.05 (0.08)	-0.06 (0.08)	-0.67	0.50
Casada	-0.16 (0.97)	-0.03 (0.15)	-0.17	0.87
Teve outra gravidez	0.11 (0.65)	0.02 (0.12)	0.16	0.87
Gravidez planejada	-0.04 (0.93)	-0.01 (0.15)	-0.04	0.97
Escolaridade	-0.92 (0.39)	-0.19 (0.08)	-2.37	0.02
QRC-Qualidade relacionamento	do -0.25 (0.19)	-0.09 (0.07)	-1.31	0.19
Aborto X Outra Gravidez	0.11 (0.27)	0.04 (0.11)	0.41	0.68

A partir da interpretação dos coeficientes de regressão obtidos no modelo, foram elencados os principais fatores de risco e de proteção, de acordo com o sinal que o coeficiente apresentava no modelo (tabela

3). Ressalta-se que a ordem foi baseada na importância dos preditores, do maior ao menor coeficiente, com base no modelo de escores padronizados (coeficientes STD) para todas as variáveis.

Tabela 4

Fatores de Risco e de Proteção para Sintomas Depressivos em gestantes de alto risco

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
IDATE Traço (Ansiedade Traço) Histórico de diagnóstico psiquiátrico	Média MOS-Rede de Apoio Escolaridade
IDATE Estado (Ansiedade Estado)	QRC-Qualidade-Relacionamento Conjugal
Gestações anteriores com história de aborto	Idade Estado civil-casada Gravidez planejada

Por fim, o modelo final obteve um R^2 (coeficiente de determinação) igual a 0.67 (0,62 se corrigir para o número de preditores), o que indica que o modelo explica 67% da variância do desfecho (sintomas depressivos), uma proporção consideravelmente alta para um estudo empírico utilizando variáveis baseadas em instrumentos psicométricos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que 40% das gestantes apresentavam quadro sugestivo de depressão. A presença de ansiedade-traço, ansiedade-estado, histórico de diagnóstico psiquiátrico e histórico de aborto em gestações anteriores configuraram-se como fatores de risco para os sintomas depressivos. Já a presença de rede de apoio, maior escolaridade, qualidade do relacionamento conjugal, maior idade, estar casada e ter planejado a gestação se caracterizaram como fatores de proteção.

Dessa forma, os resultados indicaram uma alta porcentagem de gestantes com provável quadro depressivo. Tal achado encontra suporte em estudos, nacionais e internacionais, igualmente realizados no contexto da gestação de alto risco, como o estudo de Molina e Kiely

(2011), realizado nos Estados Unidos, com amostra significativamente maior (N=1044), em que 44% das participantes apresentavam quadro sugestivo de depressão. Também é similar a estudos com amostras parecidas como o de Rochat, Tomlinson, Newell & Stein (2013), o qual foi realizado na África, com 109 participantes e que 47% tinham sintomas depressivos; ou o estudo de Benute, Nozzella, Prohaska, Liao, Lucia & Zugaib (2013), realizado no Brasil, em que 33% das 51 gestantes apresentavam sintomas depressivos.

Além disso, ao se comparar apenas com estudos que também utilizaram o instrumento de rastreio de sintomas depressivos EPDS, também é possível observar resultados similares, como de 30% em uma amostra de 931 gestantes de baixo risco (Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011), ou de 35,9% entre 1609 mulheres, também com gestação de baixo risco (Lau, Yin, Wang, 2011).

É possível hipotetizar que o resultado da alta frequência de mulheres com sintomas sugestivos de depressão no presente estudo também possa estar relacionado ao próprio contexto de gestação de alto risco, visto que esse tem sido apontado em pesquisas como fator de risco para depressão na gestação (Benute et al., 2013; Byatt et al., 2014; Molina, & Kiely, 2011). Nesse sentido, o achado da associação entre histórico de abortos em gestações anteriores e sintomas depressivos vai ao encontro dessa hipótese, visto que de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) o histórico de abortos recorrentes torna a gestação de alto risco. Ademais, o fato de a mulher sofrer perdas gestacionais recorrentes pode gerar sentimentos de medo, insegurança e aumento da ansiedade em relação à gestação atual. Nesse sentido, outros estudos obtiveram como resultado a associação entre histórico de abortos e sintomas depressivos (Ali et al., 2012; Rezaee & Framarzi, 2014; Stewart et al., 2014; Zeng et al; 2015; Weobong et al., 2014).

Ressalta-se que estudos que envolvem a saúde mental na gestação requerem cautela, pois os sintomas característicos de quadros depressivos, tais como alterações de sono, de apetite, fadiga, ansiedade, irritabilidade e baixa concentração podem ser confundidos com sintomas próprios da gravidez e vice-versa (Ricardo-Ramirez et al., 2015). Contudo, nem todas gestantes apresentam tais alterações, sendo necessário um diagnóstico diferencial caso estejam presentes, com o objetivo de avaliar se podem ser indicadores de um quadro psicopatológico. Ressalta-se que a escala utilizada no presente estudo (EDPS- Cox, Holden & Sagovsky, 1987) tem sido largamente utilizada para rastreamento de sintomas depressivos pré e pós-natais, sendo que considera sintomas próprios da gestação. Os autores ressaltam que o

instrumento foi desenhado para complementar, não para substituir, a avaliação clínica, não sendo assim um instrumento diagnóstico e sim de rastreio para prováveis quadros depressivos.

Ainda em relação à sintomatologia depressiva, ressalta-se que se obteve uma alta frequência de participantes com ideação suicida (20,2%), sendo que destas 6,3 % *muito raramente*, 10,1% *por vezes* e 3,8 % *muitas vezes*. Tal resultado é expressivamente maior que o de outros estudos com gestantes, como o de Benute et al., (2011), em que das 268 participantes, gestantes de alto risco, 5% apresentavam risco de suicídio; ou do estudo de Fonseca-Machado, Alves, Haas, Monteiro & Gomes-Sponholz (2015), no qual 7,8 % dentre as 358 participantes apresentavam tal sintomatologia. Contudo, no presente estudo, ao considerar-se apenas as participantes que referiram apresentar ideação suicida “por vezes” e “muitas vezes”, excluindo assim as que apresentam “muito raramente”, têm-se uma porcentagem um pouco menor, de 13,9%, mas ainda significativamente alta, indicando intenso sofrimento emocional. Ressalta-se que foi oferecido às participantes todo o seguimento de saúde mental necessário.

Como apontado, a variação de sintomas depressivos entre as participantes mostrou-se positivamente correlacionada com a presença de sintomas de ansiedade-traço, ansiedade-estado, histórico de diagnóstico psiquiátrico e histórico de aborto em gestações anteriores. Tais resultados confirmam o que já é apontado por outros estudos (Bödecs et al., 2013; Dudas et al., 2012; Ricardo-Ramírez et al., 2015). Ademais, uma revisão sistemática com 57 estudos que investigaram fatores de risco para depressão na gestação também apontou tais variáveis como fatores de risco (Lancaster et al., 2010).

Apesar de estudos indicarem a correlação positiva entre o uso de tabaco e/ou drogas na gestação e a presença de sintomas depressivos (Molina & Kiely, 2011; Silva et al., 2010), na presente pesquisa, não se obteve tal correlação. É possível hipotetizar que o fato de apenas 10,1 % das participantes apresentarem tais características tenha influenciado tal resultado, visto que era uma proporção expressivamente pequena da amostra. No mesmo sentido, o estresse também é apontado em estudos como importante fator de risco para sintomas depressivos durante a gravidez (Carolan-Olah & Barry, 2014; Fortner et al., 2011) e igualmente não se obteve resultado de correlação com sintomas depressivos. O fato de que a quase totalidade das participantes (90%) foram consideradas com quadro de estresse pode ter influenciado tal resultado, pois pode gerar um viés na amostra pelo excesso de casos positivos.

Obteve-se, também, como resultado uma alta frequência de participantes com presença de ansiedade-estado (73,8%) e ansiedade-traço (75%), a qual tem sido apontada como relacionada à presença de quadros depressivos, como encontrado no presente estudo. O resultado é superior ao encontrado em pesquisas realizadas, com gestantes de baixo risco, em outros países em desenvolvimento como a Nicarágua, que possui achados de 40% de ansiedade-estado (Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger, Berger, 2015), ou o Irã, com resultados de 49,3 % (Rezaee & Framarzi, 2014). Já em países desenvolvidos como o Canadá, os valores encontrados são ainda menores, como de 23% (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015). Ainda assim, os valores variam muito entre os estudos, inclusive no contexto da gestação de alto risco, em que alguns são até menores como 12,6 % ou 12,5 % (Byatt et al., 2014; Thiagayson et al., 2013). É importante ponderar que a metodologia e os instrumentos de medida diferem entre os estudos. Nesse sentido, observa-se que o trimestre gestacional no momento da coleta também varia, sendo alguns com gestantes dos três trimestres e outros com somente do segundo ou do terceiro trimestre. No presente estudo, todas as gestantes encontravam-se no terceiro trimestre, período em que o nível de ansiedade tende a aumentar devido à proximidade do parto e das mudanças iminentes com a chegada do bebê (Maldonado, 2005; Rubertsson et al., 2014). Além disso, observa-se uma preponderância de estudos no contexto da gestação de baixo risco, sendo necessário mais estudos com gestantes de alto risco, inclusive no Brasil, com o objetivo de aprofundar a compreensão dos fatores relacionados a presença de ansiedade nesse contexto.

Conforme apontado, a rede social de apoio, maior escolaridade, qualidade do relacionamento conjugal, estar casada e ter planejado a gestação foram os principais fatores de proteção no modelo de regressão linear realizado. Tais resultados confirmam os achados de outros estudos (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Bödecs et al., 2013; Dong et al., 2015; Giurgescu et al., 2015; Juhas et al., 2013).

Estudos indicam que o suporte social atua como um mecanismo de proteção frente aos estressores na gestação, provendo recursos, suporte e fortalecimento nessa fase de transição no ciclo de vida (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015; Dibaba, Fantahun & Hindin, 2013; Lau, Yin & Wang, 2011; Molina & Kiely, 2011). Além disso, o suporte social é essencial para fazer a gestante se sentir segura (Benute et al., 2013).

Em relação à composição da rede de apoio das participantes, obteve-se como resultado que os familiares mais citados como fonte de

suporte foram o companheiro (70%) e a mãe (47,5%). Os resultados encontram suporte em outros estudos que também encontraram o pai seguido dos avós como as mais citadas fontes de apoio (Oliveira & Dessen, 2012; Piccinini, Pereira, Marin, Lopes & Tudge, 2007). Nesse contexto, ressalta-se que a crescente participação e apoio do pai desde a gestação e após o nascimento dos filhos, decorrente das mudanças de papéis sociais com a inserção da mulher no mercado de trabalho, tem sido apontada como um aspecto fundamental para o bem-estar materno e para o desenvolvimento infantil (Bossardi & Vieira, 2010; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindemeyer & Lopes, 2009). Em contrapartida, a presença de conflitos no relacionamento conjugal pode aumentar as chances de sintomas de ansiedade e depressão crônicos ao longo da gestação (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015).

A importância de uma figura de apoio feminina, em especial de sua própria mãe, à gestante no período perinatal, também tem sido apontada há muitos anos pela literatura, caracterizando-se como um modelo de identificação para a nova mãe, a qual se encontra emocionalmente regredida, e necessitando de atenção e cuidados (Lopes, Prochnow & Piccinini, 2010, Maldonado, 2005; Klaus & Kennell, 1992; Stern, 1997). Nesse sentido, ressalta-se que oferecer experiências de maternagem, nas quais ela se sinta acolhida, protegida através de um cuidado afetivo e sensível às suas necessidades a auxilia no processo de construção de vínculo com o bebê e no desenvolvimento da maternagem após seu nascimento (Winnicott, 1988).

No presente estudo, obteve-se como resultado a maior escolaridade como fator protetivo para sintomas depressivos. Destaca-se que tal achado vai ao encontro de resultados de que baixos níveis educacionais frequentemente se associam a maiores dificuldades econômicas (Miyake, Tanaka & Arakawa, 2012). Nesse sentido, a preocupação com dívidas ou outras questões financeiras durante a gestação aumentam as já esperadas preocupações sobre a capacidade da gestante e/ou do casal prover tudo o que for necessário para o bem estar do bebê (Agostini et al., 2015), associando-se a maiores índices de ansiedade e depressão na gestação.

Obteve-se ainda, como resultado, o planejamento da gestação como fator protetivo no modelo. Pode-se hipotetizar que ao planejar uma gestação a mulher demonstra um desejo consciente de ter um filho, o que pode contribuir para uma adaptação positiva às mudanças inerentes a esse processo. Contudo, apesar de outros estudos indicarem que planejar uma gestação aumenta as chances de uma adaptação positiva à mesma e que diminui as chances de sintomas depressivos

(Dibaba, Fantahun & Hindin, 2013; Silva et al., 2010), é importante considerar que uma gestação pode ser planejada e desejada, mas, por uma série de fatores, tornar-se indesejada, assim como uma gestação não planejada e/ou indesejada pode se tornar desejada. Assim, a categorização transversal “planejada” e “desejada” não abarcaria a complexidade do processo de sentimentos e reações ao longo da vivência da gestação (WHO, 2009), tendo os estudos longitudinais importante papel nesse contexto.

Nesse sentido, a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento aponta que é necessário considerar o caráter processual dos fatores de risco e de proteção, em que diferentes elementos interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, produzindo desadaptação ou uma experiência de diminuição da mesma. Dessa forma, para a categorização de fatores de risco e de proteção é fundamental a análise de possíveis interações e combinações dos efeitos entre os mesmos (Yunes, 2006). Assim, ao se encontrar resultados de variáveis que atuam como fatores de risco é relevante considerar que há uma variação em como as pessoas respondem aos contextos de risco, o que se associa ao processo de resiliência (Sameroff & Rosenblum, 2006). A resiliência envolve a noção de mecanismos de proteção, visto que os mesmos reduzem o impacto dos riscos associados a contextos adversos (Rutter, 1985). Assim, a psicopatologia do desenvolvimento, aponta que diferentes variáveis ameaçam ou interferem o desenvolvimento, assim como favorecem a adaptação e competência, ressaltando que tais variáveis se alteram ao longo do ciclo de vida, podendo ser avaliadas como recurso ou estressor em momentos ou contextos diferentes.

Considera-se, que a identificação de variáveis de risco e proteção, associadas à depressão materna ao longo do ciclo de vida, pode favorecer a estruturação de estratégias de intervenção em saúde mental, promovendo desfechos mais adaptados para os diversos membros da família em formação. Ademais, a combinação das metodologias quantitativa e qualitativa pode se caracterizar como um caminho possível para futuras pesquisas visando à compreensão de interações entre fatores de risco e proteção no contexto da depressão na gestação. Além disso, estudos longitudinais podem contribuir para a análise das variáveis ao longo do tempo.

Por fim, destaca-se que a alta porcentagem de sintomas depressivos encontrada no presente estudo reforça a necessidade de se avaliar rotineiramente aspectos de saúde mental durante a gestação, visto que a manifestação crônica desses sintomas associa-se a

importantes desfechos negativos para a saúde materna, fetal e familiar. Nesse cenário, se faz fundamental o desenvolvimento de ações em saúde que potencializem fatores de proteção e favoreçam recursos de enfrentamento adaptativos, aumentando, assim, as chances de desfechos positivos no desenvolvimento infantil e familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo lançam o olhar para a complexa interação entre saúde reprodutiva e aspectos psicológicos, reforçando a condição de maior vulnerabilidade emocional nesse período de transição do ciclo de vida. Ressalta-se a relevância dos resultados para as políticas públicas de saúde do país, visto que, a presença de quadros depressivos maternos, na gestação, constitui-se sérios problemas de saúde pública, com altas prevalências e desfechos negativos para a saúde materno-infantil e familiar.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo trazem contribuições acerca do fenômeno da depressão no contexto da gestação de alto risco, que poderão ter aplicações diretas em intervenções preventivas em saúde mental e relacional no contexto do pré-natal. Ademais, a busca por intervenções que minimizem riscos e problemas de desenvolvimento para a criança, além de estratégias de promoção à saúde para a melhoria da qualidade de saúde da gestante, bebê e família vão ao encontro dos princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – PNH (Brasil, 2007), que ressalta a dimensão subjetiva no processo de produção de saúde.

Destaca-se que se obteve como resultado uma variedade de fatores de risco e proteção relacionados aos sintomas depressivos por meio da análise multivariada, os quais variaram desde aspectos de atributos pessoais (idade e nível educacional); histórico de saúde (ansiedade-estado, ansiedade-traço, histórico de diagnóstico psiquiátrico e aborto em gestações anteriores); relacionais (relacionamento conjugal e rede de apoio) e contextuais (planejamento da gestação). Considerando a complexidade que envolve a manifestação de quadros depressivos na gestação de alto risco, sugere-se que futuros estudos possam ampliar a compreensão do fenômeno através de abordagem multimétodo, incluindo o delineamento longitudinal e a associação de abordagem quantitativa e qualitativa, buscando, assim, aprofundar a análise do contexto do fenômeno, identificando possíveis interações e efeitos dos fatores de risco e proteção ao longo da gestação.

Com base nos resultados da pesquisa, evidencia-se a necessidade de rastreamento de rotina de alterações emocionais no pré-natal. Contudo, é necessário o avanço na construção de mais instrumentos psicométricos que considerem a manifestação somática e psicológica específica da gestação, e que não constitui manifestação psicopatológica, apoiando a avaliação dos profissionais no contexto do pré-natal. Assim, ao se identificar casos de risco, estes podem ser avaliados e acompanhados por profissionais de saúde mental. Vale ressaltar que o acolhimento, abordagem humanizada e escuta qualificada pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde.

Entretanto, apesar das altas frequências de quadros depressivos e de ansiedade na gestação, especialmente na gestação de alto risco, como encontrado no presente estudo, muitos casos não são identificados e, conseqüentemente, não são abordados, podendo resultar em sérios desfechos negativos para a saúde materna e infantil, os quais poderiam ter sido evitados. Nesse contexto, a falta de um olhar para aspectos psicossociais das mulheres gestantes reflete a hegemonia do modelo biomédico, em que a saúde é considerada “ausência de doença” e a assistência aborda apenas questões fisiológicas, o que pode inclusive contribuir para o aumento dos riscos e tornar ineficaz a implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Assim, urge a necessidade de uma mudança de paradigma na atenção pré-natal, em que as ações de saúde orientem-se para a atenção integral da mulher gestante e sua rede social significativa, e não apenas a aspectos físicos e a doença, ampliando o olhar e as ações para aspectos emocionais, comportamentais, familiares, institucionais, culturais, sociais e espirituais.

Nesse sentido, a inclusão do pai nas consultas de pré-natal, sempre que possível, e o mapeamento e fortalecimento da rede de apoio social da gestante, constituem-se ações fundamentais para a promoção e prevenção em saúde. Para tal, é fundamental a construção de uma relação de confiança entre a equipe e os futuros pais, permeada pelo acolhimento, respeito, escuta qualificada, co-construção do processo de cuidado, buscando-se conhecer o contexto de vida dos pais, seus sentimentos e experiências em relação à gravidez. Além disso, para uma atenção integral efetiva a atuação em equipe interdisciplinar e a articulação entre os diversos pontos da rede de saúde são fundamentais. Nesse sentido, serviços de rastreamento e follow up de rotina nos serviços de pré-natal, realizados por equipe multiprofissional, constituem-se estratégia fundamental.

No tocante às limitações e alcances metodológicos do estudo, pode-se citar o delineamento transversal, a partir do qual não foi possível elucidar se os sintomas depressivos das participantes eram transitórios ou crônicos, o que poderia ser melhor investigado mediante delineamento longitudinal, a partir da medida das variáveis analisadas em cada trimestre da gestação e no pós-parto. Ademais, a presente pesquisa utilizou amostra de conveniência, o que interfere na generalização dos dados. Outra limitação foi o tamanho da amostra, que não permitiu subdivisões, de acordo com características específicas, como o tipo de diagnóstico clínico, por exemplo.

Considerando os altos índices de sintomas depressivos na gestação e as repercussões negativas para mãe, bebê e família ressalta-se a importância da consolidação de políticas públicas voltadas à perinatalidade, visto que intervenções de promoção e prevenção em saúde no período da gravidez são essenciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, produzindo repercussões ao longo de todo seu ciclo de vida.

REFERÊNCIAS

- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L. & Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Matern Child Health J.*, 19(5), 1131-41.
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific World Journal.*, 1-9.
- Almeida, M. S., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2), 385-393.
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. de R. N., Pimenta, A. M., Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340.

- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 217–228.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D.,...Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit Study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351.
- Bayrampour, H., McDonald, S., Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Reis, J. S., Junior, R. F., de Lucia, M. C. S., Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 65(11),1127-1131.
- Benute, G. R., Nozzella, D. C., Prohaska, C., Liao, A., Lucia, M. C. & Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress and social support. *Twin Res Hum Genet.*, 16(2), 629-33.
- Biaggio, A. M. B., Natalício L. (1979). *Manual do IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a hungarian population-based. *Psychiatria Danubina*, 25 (4), 352-358.
- Böing, E., Crepaldi, M. A., Moré, C. L. O. (2008). Pesquisa com famílias : aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*, 18(40), 251–266.

- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* São Paulo: Manole, 21- 31.
- Bossardi, C. N. (2011). *Relação do engajamento parental e relacionamento conjugal no investimento com os filhos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Bossardi, C. N., Vieira, M. L. (2010). Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. *Revista de Ciências Humanas*, 44 (1), 205-221.
- Bossardi, C. N. (2015). *Envolvimento e interações paternas com filhos de 4 a 6 anos: relações com os sistemas parental e conjugal*. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. *Documento Base*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico*. (5a ed.).
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico*. (5a ed.).
- Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J., Moore Simas, T. A (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Massachusetts: General Hospital Psychiatry*, 36(6), 644-649.
- Cantilino A. *et al.* (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 37, 278-284.
- Carolan-Olah, M. & Barry, M. (2014). Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery*, 30, 310–316.

- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Charil, A., Laplante, D. P., Vaillancourt, C., King, S. (2010). Prenatal stress and brain development. *Brain Research Reviews*, 65, 56-79.
- Choi, S. K., Kim, J. J., Park, Y. G., Sun Ko, H., Park, I. Y., Shin, J. C. (2012). The Simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for Antenatal Depression: Is It a Valid Measure for Pre-Screening? *International Journal of Medical Science*. 9 (1), 40-46.
- Conde, A., Figueiredo, B., Tendais, I. (2010). Mother's anxiety and depression and associated risk factors during early pregnancy: effects on fetal growth and activity at 20–22 weeks of gestation. *Psychosom Obstet Gynecol*, 31, 70-82.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R. & Passini J. R. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Medical Journal*, 127(4), 185-189.
- Cunha, A. C. B. da, Benevides, J. (2012). Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(1), 111-119.
- Dagklis, T., Papazisis, G., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A., Rouso, D. (2016). Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51, 1025-1031.
- Dibaba, Y., Fantahun, M., Hindin, M. J. (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 135.
- Dong, X., Qu Z, L. F., Jiang, X., Wang, Y., Chui, C. H., Wang, X., ... Zhang, X. (2013). Depression and its risk factors among pregnant

- women in Sichuan earthquake area and non-earthquake struck area in China. *J Affect Disord*, 151(2), 566-72.
- Dudas, R. B., Csatordai, S., Devosa, I., Toreki, A., Ando, B., Baraba, K., ... Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200, 323–328.
- Dunkel Schetter, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15, 206.
- Fischer, J., Cabral de Melo, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women on low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Org*, 90(2), 139-49.
- Fonseca-Machado, M. O., Alves, L. C., Haas, V. J., Monteiro, J. C. S. & Gomes-Sponholz, F. (2015). Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Ver Panam Salud Publica*, 37 (4), 258-64.
- Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., Chasan-Taber, L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Matern Child Health J*, 15(8), 1287-95.
- Giurgescu, C., Zenk, S. N., Templin, T. N., Engeland, C.G., Dancy, B. L., Park, C. G., ... Misra, D. P. (2015). The Impact of Neighborhood Environment, Social Support, and Avoidance Coping on Depressive Symptoms of Pregnant African-American Women. *Womens Health Issues*, 25(3), 294-302.
- Glynn, L. M., Schetter, D. C., Hobel, C. J., Sandman, C. A. (2008). Pattern of Perceived Stress and Anxiety in Pregnancy Predicts Preterm Birth. *Health Psychology*, 27(1), 43-51.

- Goedhart, G., Snijders, A. C., Hesselink, A. E., Van Poppel, M. N., Bonsel, G. J., Vrijkotte, T. G. M. (2010). Maternal depressive symptoms, in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 72, 769-776.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 67, 1012–1024.
- Guest, F. L., Martins-de-Souza, D., Rahmoune, H., Bahn, S., Guest, P. C. (2013). The effects of stress on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function in subjects with schizophrenia. *Ver Psiq Clín*, 40(1), 20-7.
- Juhas, T. R., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S., Francisco, R. P. V. (2014). Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *MedicalExpress*, 1(2), 87-90.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., Davis, M. M.(2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *AM J Obstet Gynecol*, 202 (1), 5-14.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lau, Y., Yin, L., Wang, Y. (2011). Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Matern Child Health J.*,15(8), 1416-26.
- Lima, M. de O. P., Tsunehiro, M. A., Bonadio, I. C., Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*, 30(1), 39-46.
- Lipp, M. E. N, Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISSL). *Estud Psicol*, 11(3), 43-9.
- Lopes, R. de C. S., Prochnow, L. P., Piccinini, C. A. (2010). A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 295-304.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Maldonado, M. T. (2005). *Psicologia da Gravidez*. (17 ed). São Paulo: Saraiva.
- Molina, K. M. & Kiely, M. (2011). Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Womens Health Issues*, 21(4), 293-303.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Arakawa, M. (2012). Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*, 12 (117).
- Ng, P. C. (2011). Effect of Stress on the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in the fetus and newborn. *J. Pediatric*, 158, 41-3.
- Oliveira, M. R. de, Dessen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento dos filhos. *Estudos de Psicologia Campinas*, 29 (1), 81-88.
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e

- depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(5), 216-222.
- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., Lopes, R. C. S., Tudge, J. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 253-262.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 63-72.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindemeyer, D., Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (3), 373-382.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Rezaee, R. & Framarzi, M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery*, 19(7), 45-50.
- Ricardo-Ramírez, Carmenza, Álvarez-Gómez, Matilde, Ocampo-Saldarriaga, María Victoria, Tirado-Otálvaro, Andrés Felipe. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(2), 94-102.
- Rochat, T. J., Tomlinson, M., Newell, M., Stein, A. (2013). Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, 16, 401-410.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.

- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*, 17, 221–228.
- Rutter, M. (1993) Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1985) Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rwakarema, M., Shahirose, S., Premji, E., Nyanza, C., Riziki, P., Palacios-Derflingher, L. (2015). Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*, 15 (68).
- Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 116-124.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., Lucio, P.B. (1991). *Metodologia de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., ... Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Santos, M. F. S.; Martins, F. C.; Pasquali, L. (1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 26 (2), 90-95.
- Schmidt, B. (2012). *Relacionamento conjugal e temperamento de crianças com idade entre quatro e seis anos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Schmidt, B.; Bolze, S. D. A.; Crepaldi, M. A. (2017). Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar. In: Manuela Ramos Caldas

- Lins; Juliane Callegaro Borsa (Org.). *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos*. 1 ed. Petrópolis: Vozes, v.1, 427-445.
- Sherbourne C. D. & Stewart A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, R. A. da, Jansen, K., Souza, L. Dias de M., Moraes, I. G. da S., Tomasi, E., Silva, G. Del G., ... Pinheiro, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139-144.
- Sluzki, C. E (2003). *A rede social na prática sistêmica*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1984) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1997). A constelação da maternidade: *O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B., Creed, F. (2014). A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health*, 17, 145–154.
- Thiagayson, P., Krishnaswamy, G., Lim M. L., Sung, S. C., Haley, C. L., Fung, D. S., ... Chen, H. (2013). Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies: prevalence and screening. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(2), 112-6.
- Toth, S. L., Cicchetti, D. (2010). The Historical Origins and Developmental Pathways of the Discipline of Developmental Psychopathology, *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(2), 1-11.
- Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H., Berger, M. Y. (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*, 15 (292).

- Weobong, B., Soremekun, S., Augustinus, H. A., Asbroek, T., Amenga-Etego, S., Danso, S., ... Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: The DON population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 165, 1–7.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. Geneva, Switzerland.
- Yanikkerem E., Ay S., Mutlu S., Goker A. (2013). Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J Pak Med Assoc*, 63(4), 472-7.
- Yunes, M. A. M. (2006). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. Em D., Dell'Aglio, S., Koller e M. A., Yunes (Org.) *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanini, D. S., Verolla-Moura A., Queiroz, I. P. A. R. (2009). Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários [Social support: Validity aspects of the construct in undergraduation student]. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 195-202.
- Zeng, Y., Cui, Y., Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15 (66).

6 DISCUSSÃO INTEGRADA

A presente pesquisa teve como objetivo principal identificar a frequência de sintomas depressivos em gestantes de alto risco e os fatores de risco e de proteção associados. Discutir-se-ão os principais resultados de cada estudo, buscando integrar os resultados relevantes, especialmente aqueles que foram recorrentes nos dois estudos realizados.

Nesse sentido, a partir da revisão sistemática de literatura do estudo 1, foi possível observar a diversidade de fatores que se associam a presença de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes, desde aspectos de atributos pessoais (idade, nível educacional, aspectos cognitivos e de coping), fisiológicos (complicações obstétricas), de histórico de saúde (histórico de saúde mental e uso de substâncias psicoativas), relacionais (estrutura familiar, relacionamento conjugal e familiar, violência e rede de apoio), contextuais (planejamento da gestação, eventos estressores e migração) a fatores que perpassam questões macrosociais como os fatores socioeconômicos (Akçali Aslan et al., 2014; Miszkurka, Goulet & Zunzunegui, 2012; Pereira, Lovisi, Lima & Legay, 2010; Ricardo-Ramirez et al., 2015; Silva et al., 2010).

O estudo 1 serviu como base para o desenvolvimento do estudo 2, em especial para a seleção das variáveis para o modelo de regressão linear. Nesse contexto, os resultados da presença de ansiedade-traço, ansiedade-estado, histórico de diagnóstico psiquiátrico e histórico de aborto em gestações anteriores, como fatores de risco para os sintomas depressivos, e da presença de rede de apoio, maior escolaridade, qualidade do relacionamento conjugal, maior idade, estar casada e ter planejado a gestação como fatores de proteção, reforçaram as evidências encontradas no estudo 1. Destaca-se que Field (2009) aponta a importância de que a inclusão de variáveis no modelo de regressão baseie-se em resultados de pesquisas anteriores, apontando que isso auxilia para um melhor ajuste do modelo. Nesse sentido, o modelo de regressão do estudo 2 explicou 67% da variância dos sintomas depressivos das participantes (R^2 igual a 0.67), o que pode ser considerado um bom ajuste (Field, 2009).

Destaca-se que os resultados do estudo 2 reforçaram a variedade de fatores que podem influenciar a presença de sintomas depressivos na gestação, indicando tratar-se, conforme aponta a epistemologia do Pensamento Sistemico e a perspectiva da

psicopatologia desenvolvimental, de um fenômeno complexo e multideterminado, sendo sua demanda de compreensão perpassada por múltiplas variáveis, que interagem entre si (Toth & Cichetti, 2011; Vasconcellos, 2010).

Tratando especificamente do fator de proteção ‘estar casada’, encontrado no estudo 2, a revisão de literatura indicou a relação entre a mulher ser separada com sintomatologia depressiva, o que vai ao encontro do achado, mas problematiza o fato que, para essa associação ser significativa, outros fatores de risco e mecanismos de proteção precisam ser incluídos na análise como, por exemplo, o apoio da família (Molina & Kiely, 2011). Nesse sentido, ao se incluir a variável ‘apoio social’ no modelo de regressão, ‘estar casada’ e o ‘apoio social’ se caracterizaram como fatores de proteção.

Em contrapartida, um estudo, também obtido na revisão de literatura, indicou que estar ou não casada não se associou a variação de sintomas depressivos, mas a qualidade da relação sim, visto que somente relações conjugais mais instáveis se associaram ao aumento dos sintomas depressivos (Dudas et al., 2012). Os achados do estudo 2 reforçam tal associação, visto que a qualidade conjugal associou-se a menores índices de sintomas depressivos. Contudo, Dudas et al. (2012), ponderam que uma relação estável, mesmo que o casal não esteja vivendo junto, é mais protetiva que um casamento com conflitos.

Foi possível observar, a partir de resultados do estudo 1, que a maioria dos estudos analisados (71%) foi realizada no contexto de gestação de baixo risco. Tal resultado evidencia a importância da realização de estudos no contexto de alto risco, como na presente pesquisa, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do fenômeno da depressão neste contexto específico, o qual, de acordo com pesquisas aumenta as chances de sintomas depressivos (Byatt et al., 2014; Couto et al., 2009).

É importante destacar a alta porcentagem de participantes com quadro sugestivo de depressão (40%) encontrada no estudo 2. Ao se comparar com estudos obtidos no estudo 1, tanto no contexto de baixo como de alto risco, nacionais e internacionais, é possível observar resultados bastante similares (Benute et al., 2013; Fortner et al., 2011; Rochat, Tomlinson, Newell & Stein, 2013).

Nesse contexto, é importante resgatar que a gestação, enquanto momento de transição no ciclo de vida configura-se como um período de crise (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny & Berthoud, 2002; Langer, 1981; Maldonado, 2005; Soifer, 1984), isto porque envolve um período de intensas mudanças e a necessidade de muitas reorganizações

e adaptações individuais, familiares e sociais. Vale destacar que a transição no ciclo de vida imposta pela gestação também envolve a oportunidade de mudanças positivas na identidade dos pais e de amadurecimento emocional (Maldonado, 2005; Raphael-Leff, 1997) e reorganizações familiares positivas (Carter & McGoldrick, 1995). Nesse sentido, quando ocorrem adaptações positivas numa gestação que se insere num contexto com fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, foco do estudo, a partir dos pressupostos da psicopatologia do desenvolvimento considera-se que ocorreu um processo de resiliência, que se dá através do interjogo de fatores de risco e proteção (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Rutter, 1993; Sameroff & Rosenblum, 2006). Vale ressaltar ainda que um único evento estressor não representa risco relevante para os desfechos desenvolvimentais, mas sim o acúmulo de condições estressoras e adversidades, em inter-relação com recursos e fatores de proteção que podem possibilitar respostas adaptativas positivas (Sameroff & Fiese, 2005; Yunes, 2006).

Destaca-se o resultado obtido, tanto no estudo 1 como no estudo 2, da associação entre sintomas depressivos e piores condições socioeconômicas e escolaridade. Conforme apontam Prates, Abib e Oliveira (2008), a saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal está intimamente associada às condições de vida. Nesse contexto, a vulnerabilidade socioeconômica, a dificuldade de acesso a bens e aos serviços e os menores níveis de escolaridade são alguns dos fatores que podem se relacionar ao aumento da vulnerabilidade emocional durante o ciclo gravídico puerperal (Akçalı Aslan et al., 2014; Bödecs et al., 2013; Zeng, Cui, & Li, 2015). No entanto, é importante considerar que outras variáveis, que podem atuar como fatores de proteção podem estar presentes como uma rede de apoio efetiva ou a presença de bons níveis de qualidade no relacionamento conjugal, por exemplo, e que podem facilitar e potencializar o enfrentamento positivo de tais riscos e adversidades gerando um processo de resiliência (Agostini et al., 2015; Dudas et al., 2012; Giurgescu et al., 2015). Nesse contexto, ressalta-se que, no presente estudo, a qualidade do relacionamento conjugal e a rede de apoio configuraram-se como fatores de proteção.

É importante ressaltar que, conforme os pressupostos da psicopatologia do desenvolvimento, é preciso considerar que associações estatísticas, mesmo que fortes, não representam relações de causa e efeito. Nesse sentido, partindo do pressuposto da complexidade, presente na epistemologia do Pensamento Sistêmico deve-se buscar compreender os resultados obtidos acerca de fatores de risco e proteção para depressão no contexto da gestação de alto risco a partir de uma

causalidade recursiva, que envolve um pensamento que é contextual, pois a análise das propriedades das partes não explica o todo. Tal pensamento é complexo e difícil de compreender partindo do referencial da lógica clássica de causalidade linear. Dessa forma, considera-se que os resultados da presente pesquisa não devem ser analisados de forma isolada, descontextualizada e a partir de uma causalidade linear.

A partir da perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento e, considerando o resultado, obtido no estudo 1, de que a maioria dos estudos seguiu o delineamento transversal, sendo apenas um longitudinal, evidencia-se a importância de estudos que utilizem delineamentos longitudinais, com o objetivo de testar modelos que analisem o interjogo entre variáveis, de risco e proteção, incluindo fatores individuais e contextuais ao longo do tempo.

A integração dos resultados dos dois estudos evidenciou os altos índices de sintomas depressivos na gestação, especialmente na gestação de alto risco, lançando o olhar para a condição de maior vulnerabilidade emocional nesse período do ciclo de vida da mulher e para a necessidade de uma abordagem dos aspectos emocionais nessa fase de transição. Contudo, o modelo de assistência obstétrica e neonatal difundido na maioria dos países ocidentais e consequentemente no Brasil, é baseado num modelo biomédico, tecnocrático e centrado em questões fisiológicas, em especial nos riscos físicos para mãe e/ou bebê (Brasil, 2014).

Nesse contexto, para uma assistência perinatal de qualidade é necessário o desenvolvimento de práticas de saúde que promovam a saúde física e emocional, previnam complicações e respondam às emergências, quando necessário (Brasil, 2014). Para tal, a mulher gestante e seus familiares precisam de acolhimento e apoio constante da equipe de assistência. A comunicação com os profissionais de saúde deve fluir no sentido de que suas angústias e questionamentos sejam esclarecidos, com linguagem clara e acessível. É necessário ainda o respeito às crenças, valores culturais, expectativas e necessidades relacionadas à gestação, ao parto e nascimento, buscando um cuidado que valorize aspectos individuais e contextuais de cada família (Oliveira & Mandu, 2015). Além disso, como alternativa ao modelo biomédico, que enfoca somente aspectos físicos, é possível encarar a saúde sob a perspectiva do modelo social, o qual orienta para uma atenção integral à pessoa, e não apenas à doença. Sob tal perspectiva, o ciclo gravídico puerperal é compreendido como um evento biopsicossocial, que engloba fatores biológicos, bioquímicos, anatômicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, entre outros. Como evento social, gera impactos

profundos na mulher e em sua rede social significativa, em sua identidade, personalidade, relações familiares, socialização, etc. (Brasil, 2014; Wagner, 1994). Ademais, a noção de risco físico pode ser ampliada para uma atenção orientada pela perspectiva de riscos físicos e psicossociais, abarcando também fatores como o sofrimento emocional, a escassez de recursos de enfrentamento em situações adversas, rede de apoio frágil, conflitos familiares, entre outros aspectos (Oliveira & Mandu, 2015).

Ressalta-se, por fim, a importância da consolidação de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, visto que ações de promoção e prevenção em saúde no contexto pré-natal podem contribuir para que a criança e a família em formação desenvolvam-se em todo o seu potencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a presença de sintomas depressivos na gestação de alto risco se trata de um fenômeno complexo e multifacetado. Destaca-se como principais contribuições do estudo: (i) a sistematização de achados recentes de pesquisas empíricas, nacionais e internacionais, acerca de fatores de risco para ansiedade e depressão em gestantes; (ii) resultados sobre frequência de quadros sugestivos de depressão no contexto da gestação de alto risco, o qual tem sido menos estudado que o contexto de baixo risco; (iii) a análise de predição, tendo como variáveis tanto fatores estressores como condições protetoras para a compreensão do desfecho de sintomas depressivos em gestantes de alto risco; (iv) a identificação de modelo de predição que evidenciou o valor de variáveis relacionais como o apoio social e a qualidade do relacionamento conjugal como fatores de proteção, que podem promover a resiliência em contextos de risco e adversidade; (v) a sistematização de dados sociodemográficos, clínicos e psicossociais de uma amostra de pacientes usuárias do serviço do qual a pesquisadora faz parte, o que poderá embasar a construção de protocolos assistenciais visando a melhoria do cuidado integral às famílias atendidas.

Sugere-se que estudos futuros investiguem a presença de indicadores emocionais na mãe e no pai, com o objetivo de ampliar o olhar para aspectos psicossociais de ambos. Recomenda-se, também, que sejam realizadas pesquisas que integrem a metodologia quantitativa e qualitativa e estudos longitudinais, visando o aprofundamento de aspectos subjetivos dos participantes no decorrer da gestação e do pós-parto, e que incluam a avaliação do interjogo entre variáveis de risco e de proteção para a compreensão de desfechos no decorrer do desenvolvimento.

Além disso, ressalta-se a necessidade de criação de mais instrumentos psicométricos específicos para a avaliação de indicadores emocionais no período gestacional, os quais considerem a especificidade das manifestações físicas e psicológicas desse período. Destaca-se, ainda, a importância da assistência pré-natal avançar, no país, no sentido de incluir a abordagem de rotina de aspectos psicossociais, de eventos estressores que possam atuar como fatores de risco e de fatores de proteção que podem promover a resiliência em contextos adversos, entre outros aspectos que caminhem na direção da integralidade da atenção perinatal.

Especificamente em relação às contribuições para o Serviço da Maternidade Escola do qual a pesquisadora faz parte, considera-se que os achados da pesquisa reforçam a relevância da avaliação de rotina de indicadores emocionais maternos (ansiedade, estresse e depressão) no contexto do pré-natal de alto risco, através de instrumentos psicométricos e de entrevista clínica. Partindo do princípio da integralidade da atenção à saúde considera-se que tal rastreio não deve se restringir à atuação do psicólogo, como até então tem sido realizado, mas que deve se ampliar aos demais profissionais de saúde que atendem as gestantes. Dessa forma, sugere-se que sejam implementados protocolos assistenciais que incluam a avaliação de indicadores emocionais e psicossociais pelos médicos e enfermeiros e, nos casos em que se identifique situações de risco e vulnerabilidade, se garanta a atenção por profissionais de saúde mental. Nesse contexto, se faz essencial a presença de psicólogos e psiquiatras atuando de forma interdisciplinar junto às equipes de pré-natal. Ressalta-se ainda que, por se tratar de um Hospital Escola, há a oportunidade de fomentar a formação de alunos de graduação e pós-graduação de diversas áreas (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, por exemplo) numa perspectiva de atenção integral no pré-natal. Além disso, considera-se que, através de parcerias de pesquisa e extensão com a Universidade vinculada à Maternidade em questão, é possível o desenvolvimento de pesquisas longitudinais que permitam o *follow up* de famílias e do desenvolvimento infantil, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Destaca-se a importância de práticas clínicas baseadas em estratégias de prevenção aos riscos e de promoção da saúde e do desenvolvimento, que podem influenciar desfechos positivos ao longo de todo o ciclo de vida da criança e das famílias.

Nesse contexto, considera-se relevante ainda a construção de espaços de diálogo e troca de experiência como grupos psicoeducativos sobre gestação, parto e pós-parto, que dê suporte emocional às mulheres gestantes, envolvendo o pai e/ou outros familiares ou membros da rede significativa da mulher. Tais espaços propiciam suporte socioemocional e informacional, fortalecendo a rede de apoio nesse contexto.

Por fim, conclui-se que os objetivos propostos foram atingidos e que os resultados do presente estudo, considerando seus limites metodológicos, contribuíram para o aprofundamento da compreensão de fatores de risco e proteção para sintomas depressivos no contexto da gestação de alto risco. Com base nos dados do estudo, pontua-se ainda possíveis desdobramentos da pesquisa através do embasamento de práticas de saúde, tanto de promoção de saúde como de prevenção de

agravos no contexto da assistência pré-natal, em diferentes pontos da rede assistencial em saúde (ambulatórios de pré-natal de alto risco e unidades básicas de saúde), evidenciando assim sua relevância científica e social.

REFERÊNCIAS

- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Matern Child Health J*, 19(5), 1131-41.
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific World Journal.*, 1-9.
- Almeida, M. S., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2), 385-393.
- American Psychological Association (2012). Publication manual of the American Psychological Association. Washington: Autor.
- Andreani, G. (2006). *Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. de R. N., Pimenta, A. M., Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340.
- Akçali Aslan P., Aydın, N., Yazıcı, E, Aksoy, A. N., Kirkan, T. S. & Daloglu, G. A. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 60(8), 809-17.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D.,...Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of

- depression. Results from the Perinatal Depression- Research & Screening Unit Study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Bayrampour, H., McDonald, S., Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery* 31, 582–589.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Reis, J. S., Junior, R. F., de Lucia, M. C. S., Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 65(11), 1127-1131.
- Benute, G. R.; Nizzella, D. C., Prohaska, C., Liao, A., Lucia, M. C.; Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress and social support. *Twin Res Hum Genet*, 16 (2), 629-33.
- Biaggio, A. M. B., Natalício L. (1979). *Manual do IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Böing, E., Crepaldi, M. A., Moré, C. L. O. (2008). Pesquisa com famílias : aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*, 18(40), 251–266.
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* São Paulo: Manole, 21- 31.
- Bossardi, C. N. (2011). *Relação do engajamento parental e relacionamento conjugal no investimento com os filhos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Bossardi, C. N. (2015). *Envolvimento e interações paternas com filhos de 4 a 6 anos: relações com os sistemas parental e conjugal*. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

- Bossardi, C. N., Vieira, M. L. (2010). Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. *Revista de Ciências Humanas*, 44 (1), 205-221.
- Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In Carter, Elizabeth, & McGoldrick, Monica. *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico*. (5a ed.).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento*. Caderno HumanizaSUS, v.4, 465p.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Buss, C., Davis, E. P., Hobel, C. J., Sandman, C. A. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress*, 14(6), 665-676.
- Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J., Moore Simas, T. A. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Massachusetts: General Hospital Psychiatry*, 36(6), 644-649.
- Carolan-Olah, M. & Barry, M. (2014). Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery*, 30, 310–316.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2. ed.), Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Cepêda, T.; Brito, I., Heitor, M. J. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS, 46 p.
- Cervený, C. M .O. & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Charil, A., Laplante, D. P., Vaillancourt, C., King, S. (2010). Prenatal stress and brain development. *Brain Research Reviews*, 65,56-79.
- Choi, S. K., Kim, J. J., Park, Y. G., Sun Ko, H., Park, I. Y., Shin, J. C. (2012). The Simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for Antenatal Depression: Is It a Valid Measure for Pre-Screening? *International Journal of Medical Science*, 9 (1),40-46.
- Coelho, F. M., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Quevedo, L. de Á., Souza, L. D., Castelli, R. D., ... Pinheiro, K. A. (2013). Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr*, 35(1), 51-6.
- Conde, A., Figueiredo, B., Tendais, I. (2010). Mother's anxiety and depression and associated risk factors during early pregnancy: effects on fetal growth and activity at 20–22 weeks of gestation. *Psychosom Obstet Gynecol*, 31, 70-82.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., Passini J. R. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Medical Journal*, 127(4), 185-189.
- Cowan, P.A. (1988). Becoming a father: A time of change, an opportunity for development. In Bronstein, P. E, & Cowan, C. P. (Ed.), *Fatherhood Today: Men's Changing Role in the Family*. (pp. 36-52). New York: John Wiley & Sons.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2a. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, A. C. B. da, Akerman, L. F. P., Rocha, A. C., Rezende, K. B. de Castro, Junior, J. A., Bornia, R. G. (2017). Stress and Anxiety in Pregnant Women from a Screening Program for Maternal-Fetal Risks. *J. Gynec Obstet*, 1, 013.
- Dancey, C. P., Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. 5ed. Porto Alegre: Artmed.
- Dudas, R. B., Csator dai, S., Devosa, I., Toreki, A., Ando, B., Baraba, K., ... Kozinsky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for

depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200, 323–328.

- Dunkel Schetter, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*; 25(2), 141-148.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15, 206.
- Falceto, O. G., Fernandes, C. L., Kerber, S. R. (2012). Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 34(7), 293-5.
- Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do Amarante Paffaro, A. M., Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Arch Gynecol. Obstet.*, 291(5), 999-1003.
- Field, A. (2009). *Descobrimdo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, B. & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132, 146-157.
- Fischer, J., Cabral de Melo, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women on low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Org*, 90(2), 139-49.
- Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., Chasan-Taber, L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Matern Child Health J.*, 15(8), 1287-95.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-83.

- Gelman, A. & Hill, J. (2007). *Data Analysis using Regression and Multilevel/ Hierarchical Models*. New York: Cambridge University Press.
- Gil A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Giurgescu, C., Zenk, S. N., Templin, T. N., Engeland, C.G., Dancy, B. L., Park, C. G., ... Misra, D. P.(2015).The Impact of Neighborhood Environment, Social Support, and Avoidance Coping on Depressive Symptoms of Pregnant African-American Women. *Womens Health Issues*, 25(3), 294-302.
- Glynn, L. M., Schetter, D. C., Hobel, C. J., Sandman, C. A. (2008). Pattern of Perceived Stress and Anxiety in Pregnancy Predicts Preterm Birth. *Health Psychology*, 27(1), 43-51.
- Goedhart, G., Snijders, A. C., Hesselink, A. E., Van Poppel, M. N., Bonsel, G. J., Vrijkotte, T. G. M. (2010). Maternal depressive symptoms, ins relation to perinatal mortality and morbity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 72, 769-776.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. (2003). Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev. Saude Pública*, 37(3), 379-385.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró- Saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 67, 1012–1024.

- Guest, F. L., Martins-de-Souza, D., Rahmoune, H., Bahn, S., Guest, P. C. (2012). The effects of stress on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function in subjects with schizophrenia. *Ver Psiq Clín*, 40(1), 20-7.
- Gunnar, M. R., Herrera, A., Hostinar, C. E. (2009). Stress and early brain development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, University of Minnesota, EUA.
- Huizink, A. C., Menting, B., Oosterman, M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., Schuengel, C. (2014). The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35 (3), 92-100.
- Juhas, T. R., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S., Francisco, R. P. V. (2014). Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *MedicalExpress*, 1(2), 87-90.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110 (5), 1102-12.
- Lima, M. de O. P., Tsunechiro, M. A., Bonadio, I. C., Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*, 30(1), 39-46.
- Lipp, M. E. N., Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISSL). *Estud Psicol*, 11(3), 43-9.
- Lipp, M. E. N. (2015). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Maldonado, M. T. (2005) *Psicologia da Gravidez*. (17 ed.) São Paulo: Editora Saraiva.
- Masten, A., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and Resilience. In D. Philips, & K. McCartney (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*, Oxford, England: Blackwell Publishing.
- McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART, conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4), 997-1005.
- Meades, R., Ayres, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a sistematic review. *J. Affect. Disorder*. 133, 1-15.
- Miszkurka, M., Goulet, L., Zunzunegui, M. V. (2012). Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(10), 1639-48.
- Molina, K. M., Kiely, M. (2011). Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. *Womens Health Issues*, 21(4), 293–303.
- Moraes, M. H. C. de (2010). *A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto*. Florianópolis, Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ng, P. C. (2011). Effect of Stress on the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in the fetus and newborn. *J. Pediatric*, 158, 41-3.
- Nunes, S. A. N., Vieira, M. L. (2009). Fundamentos históricos e epistemológicos no estudo do comportamento paterno. *Psicologia Argumento*, 27 (57), 103-115.

- Oliveira, D. do C., Mandú, E. N. T. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 93-101.
- Papp, P. (1992). *O Processo de Mudança: Uma Abordagem Prática à Terapia Sistêmica da Família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(4), 144-153.
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(5), 216-222.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 63-72.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25, 405-416.
- Prates, C. de S., Abib, G. M. de C., Oliveira, D. L. L. C. de (2008). Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de múltiparas. *Rev. Gaúcha Enferm*, 29(4), 604-11.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Silva, B. C., Cardoso, L. S., Silva, P. A., Strefling, I. S. S. (2015). Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência em enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, 16(3), 73-82.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Ricardo-Ramírez, Carmenza, Álvarez-Gómez, Matilde, Ocampo-Saldarriaga, María Victoria, Tirado-Otálvaro, Andrés Felipe. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre

- enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(2), 94-102.
- Rochat, T. J., Tomlinson, M., Newell, M., Stein, A. (2013). Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, 16, 401-410.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 33(9), 252-257.
- Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Journal Anxiety, Stress & Coping*, 17, 187-102.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*, 17, 221-228.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1993) Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling? *Development and Psychopathology*, 25, 1201-1213.
- Sameroff, A. J., Fiese, B. H. (2005). Models of development and development risk. In: Zeanah, Jr. C. H. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. Springer, New York: Guilford Press, p. 3-19.
- Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 116-124.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.

- Sampieri, R.H., Collado, C.F., Lucio, P.B. (1991). *Metodologia de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., ... Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Santos, M. F. S.; Martins, F. C.; Pasquali, L. (1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 26 (2), 90-95.
- Schmidt, B. (2012). *Relacionamento conjugal e temperamento de crianças com idade entre quatro e seis anos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Schmidt, B., Bolze, S. D. A., Crepaldi, M. A. (2017). Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar. In: Manuela Ramos Caldas Lins; Juliane Callegaro Borsa (Org.). *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos*. 1 ed. Petrópolis: Vozes, v.1, p.427-445.
- Sherbourne C. D. & Stewart A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, M. da Rosa, & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 5-12.
- Silva, M. R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto da psicoterapia pais-bebê*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, R. A. da, Jansen, K., Souza, L. Dias de M., Moraes, I. G. da S., Tomasi, E., ... Pinheiro, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139-144.
- Soifer, R. (1984) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V. De Carvalho, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

- Sotto-Mayor, I. M. B; Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*. Porto Alegre, PUCRS, 36 (2), 135-148.
- Thiagayson, P., Krishnaswamy, G., Lim M. L., Sung, S. C., Haley, C. L., Fung, D. S., ... Chen, H. (2013). Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies: prevalence and screening. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(2), 112-6.
- Toth, S. L., Cicchetti, D. (2011). The Historical Origins and Developmental Pathways of the Discipline of Developmental Psychopathology, *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(2), 1-11.
- Vasconcellos, M. J. E. de. (2010). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência* (9ª ed.). Campinas: Papirus.
- Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H., Berger, M. Y. (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. Verbeek et al. *BMC Psychiatry*, 15, 292.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.
- Wagner, M. (1994). *Pursuing the birth machine: the search for appropriated birth technology*. Camperdown: ACE Graphics.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Yanikkerem E., Ay S., Mutlu S., Goker A. (2013). Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J Pak Med Assoc*, 63(4), 472-7.
- Yunes, M. A. M. (2006). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. Em D., Dell'Aglio, S., Koller e M. A., Yunes (Org.) *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanini, D. S., Verolla-Moura A., Queiroz, I. P. A. R. (2009). Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários

[Social support: Validity aspects of the construct in undergraduation student]. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 195-202.

Zeng, Y., Cui, Y. & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15 (66).

Zhao, Y., Kane, I., Mao, L., Shi, S., Wang, J., Lin, Q., Lu, L. (2016). The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. *Archives of Psychiatric Nursing* ,30, 316–321.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“COPARENTALIDADE, INDICADORES EMOCIONAIS E RELACIONAMENTO CONJUGAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO”**, que dará origem à minha Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof. Dra Maria Aparecida Crepaldi. A pesquisa segue toda a regulamentação preconizada na Resolução CNS 466/12. **Sua participação é voluntária.** Caso aceite, sua participação se dará a partir do preenchimento de questionários e instrumentos de coletas de dados, com o suporte e esclarecimento da pesquisadora ao longo de todo o processo. O objetivo do trabalho é conhecer o relacionamento entre os pais nos cuidados com o bebê no período pré-natal (coparentalidade), o relacionamento conjugal, a rede de apoio e a presença ou não de indicadores de ansiedade, estresse e depressão em mulheres com gestação de alto risco. Sua participação na pesquisa poderá trazer contribuições para o trabalho de psicólogos no contexto do pré-natal de alto risco, embasando intervenções de prevenção e promoção de saúde mental e relacional para mãe-bebê e família. Os resultados da pesquisa serão apresentados à Instituição e poderão ser utilizados para o planejamento de ações de assistência nesse contexto.

Ressalta-se que no decorrer do processo de coleta de dados será dispensada atenção a possíveis mobilizações emocionais decorrentes desse processo, sendo fornecido apoio psicológico pela pesquisadora sempre que necessário. Além disso, como o Ambulatório de pré-natal de alto risco conta com atendimento psicológico pelo Serviço de Psicologia do hospital, as participantes que possuem demandas psicológicas serão acompanhadas sistematicamente independentemente da pesquisa.

Caso aceite participar, informo que seus dados serão mantidos em sigilo absoluto, garantindo sua privacidade. Nesse sentido, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e

tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mas apenas os resultados obtidos como um todo serão mostrados, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Em caso de quaisquer danos, seja material, moral e/ou outro tipo, decorrentes da pesquisa, incluindo danos relacionados à eventual quebra involuntária e não intencional de sigilo será garantida indenização por parte da pesquisadora. Ressalta-se ainda que em caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa será também garantido o ressarcimento dos mesmos.

Você tem total liberdade para escolher participar ou não da pesquisa, sem que essa decisão interfira no atendimento prestado a você e/ou sua família no ambulatório da pré-natal de alto risco. Estarei à disposição para esclarecer qualquer eventual dúvida e resalto que você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Dessa forma, caso deseje deixar de participar e quiser retirar seu consentimento isso poderá ser feito diretamente por telefone (48-3721 8284 ou 48- 9117 1645) ou email (amanda.kliemann@yahoo.com.br). Endereço: Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade, 2º andar, sala do Serviço de Psicologia da Maternidade do HU/UFSC, Florianópolis CEP 88036-800.

Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, em que o projeto foi submetido através do telefone (48- 3721-6094) ou email (cep.propesq@contato.ufsc.br), localizado na rua Desembargador Vítor Lima nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis-SC (Cep 88040-400).

O presente TCLE está escrito em duas vias, sendo que uma das vias será fornecida a você e a outra ficará com a pesquisadora.

Maria Aparecida Crepaldi, Dra.
CRP 12/02266

Amanda Kliemann
CRP 12/06498

Pelo presente termo de consentimento, eu,

RG: _____, declaro que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa a ser desenvolvida e concordo em

participar do estudo, autorizando a utilização de meus dados de atendimento, bem como sua publicação e apresentação em eventos científicos.

Florianópolis, ____de_____, de 201_.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora
Maria Aparecida Crepaldi, Dra
CRP12/02266

Assinatura da pesquisadora
Amanda Kliemann
CRP 12/06498

Universidade Federal de Santa Catarina-Hospital Universitário
Polydoro Ernani de São Thiago. Campus Universitário, Rua
Professora Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade, Florianópolis
CEP 88036-800, CNPJ 83.899.526/0004-25.

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS

QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS

1) Dados de Identificação:

Nome: _____

Registro (HU): _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: _____

Religião: _____

Estado civil: solteira () casada () UE () separada/divorciada () Há quanto tempo se conheciam quando engravidou? _____

Nome pai do bebê: _____ Idade do pai do bebê: _____

Nome da criança (bebê): _____

2) Dados sobre a gestação atual:

G ____ P ____ C ____ A ____

N ° filhos Natimortos ____ N ° filhos falecidos (idade e causa da morte): _____

IG DUM _____ IG USG _____ DPP: _____

Fez pré-natal a partir de que mês? _____ N° consultas _____

Se não qual o

motivo? _____

Histórico clínico (intercorrências na gestação de acordo com informações no prontuário-incluir alterações físicas e histórico de internações durante a gestação):

Gravidez planejada () Não () Sim

Gravidez desejada () Não () Sim

3) Dados relevantes sobre gestações anteriores:

4) Histórico de saúde mental:

Alguma vez realizou acompanhamento psicológico? () Não
 () Sim Quanto tempo? _____

Alguma vez realizou acompanhamento psiquiátrico? () Não () Sim
 Quanto tempo? _____ Está em acompanhamento atualmente?
 Psicológico () Não () Sim Onde? _____
 Psiquiátrico () Não () Sim Onde? _____

Em algum momento da vida recebeu algum diagnóstico
 psiquiátrico/psicológico? () Não
 () Sim Qual(is)? _____
 Quando? _____

Diagnóstico psiquiátrico em pais, irmãos, avós, tios, primos maternos ou
 paternos? () Não () Sim Quem e
 qual(is)? _____

Histórico de uso de álcool, tabaco e/ou drogas: () Não () Sim
 Especificar _____
 Faz uso de álcool, tabaco e/ou drogas? () Não () Sim
 Especificar _____

Observações: _____

APÊNDICE C- FREQUÊNCIAS DE OCUPAÇÕES DAS PARTICIPANTES

Frequências de ocupações das participantes

Ocupações	Frequência)	(%)
Do lar/não trabalha/aposentada	44	55,2 %
Assistente administrativa	3	3,8%
Operadora comercial	2	2,5%
Auxiliar de serviços gerais	2	2,5%
Vendedora	2	2,5%
Auxiliar de Dentista	1	1,3%
Atendente	1	1,3%
Cozinheira	1	1,3%
Auxiliar de produção	1	1,3%
Agricultora	1	1,3%
Costureira	1	1,3%
Recepcionista	1	1,3%
Advogada	1	1,3%
Manicure	1	1,3%
Cabelereira	1	1,3%
Sapateira	1	1,3%
Terapeuta holística	1	1,3%
Massoterapeuta	1	1,3%
Professora	1	1,3%
Terapeuta holística	1	1,3%
Auxiliar de produção	1	1,3%
Servente	1	1,3%
Gerente hoteleira	1	1,3%
Empresária	1	1,3%
Técnica de enfermagem	1	1,3%
Veterinária	1	1,3%
Azulejista	1	1,3%
Confeiteira	1	1,3%
Conselheira Tutelar	1	1,3%
Promotora de vendas	1	1,3%
Cuidadora de idosos	1	1,3%
Fonoaudióloga	1	1,3%

Nota. (%)= Porcentagem de frequência.

APÊNDICE D – INTERCORRÊNCIAS FÍSICAS NA GESTAÇÃO
Intercorrências físicas na gestação

Intercorrências	Frequência	(%)
Internação hospitalar durante a gestação	7	8,8%
Infecção do Trato Urinário (ITU)	6	7,5%
Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)	6	7,5%
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia	6	7,5%
Pressão alta	5	6,3%
Cálculo renal	5	6,3%
Trabalho de parto prematuro	4	5,0%
Histórico de aborto(s)	4	5,0%
Gemelaridade	4	5,0%
Sangramento	4	5,0%
Anemia	4	5,0%
Cardiopatía materna	3	3,8%
Histórico materno de malformação	3	3,9%
Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	3	3,8%
Descolamento de placenta	3	3,8%
Idade materna maior de 40 anos	3	3,8%
Oligodramnio	3	3,8%
Perda de peso materno	3	3,8%
Diabetes Mellitus Tipo I	3	3,8%
Descolamento de placenta	3	3,8%
Hipotireoidismo	3	3,8%
Hiperemese	2	2,5%
B24	2	2,5%
Trombose	2	2,5%
VDRL positivo	2	2,5%
Epilepsia	2	2,5%
Toxoplasmose	2	2,5%
Mioma uterino	2	2,5%
Histórico de perdas neonatais	2	2,5%
Histórico de natimorto	2	2,5%
Nefropatia materna	2	2,5%

Histórico de malformação em outra gestação	2	2,5%
Trombofilia	2	2,5%
Ameaça de aborto	1	1,3%
Obesidade	1	1,3%
Útero bicorno	1	1,3%
Hipertensão pulmonar	1	1,3%
Histórico de óbito fetal	1	1,3%
Síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAF)	1	1,3%
Baixo peso fetal	1	1,3%
Cicatriz VDRL positivo	1	1,3%
Coombs indireto reagente	1	1,3%
Esteatose hepática	1	1,3%
Tuberculose	1	1,3%
Insuficiência ístmocervical	1	1,3%
Placenta prévia	1	1,3%
Histórico de parto prematuro	1	1,3%
Alteração na circulação arterial uterina	1	1,3%
Asma	1	1,3%
Restrição do crescimento fetal	1	1,3%
Nódulo na Tireóide	1	1,3%
Cisto na vulva	1	1,3%
Nódulo na mama	1	1,3%
Desmaios	1	1,3%
Arritmia	1	1,3%
Catapora	1	1,3%
Enxaqueca	1	1,3%
Tabagismo	1	1,3%

APÊNDICE E - DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES

Dados obstétricos das participantes

Variáveis Obstétricas	N	(%)	M (DP)	Mínimo	Máximo
Número de Gestações					
1	24	30%			
2	30	37,5%			
3	15	18,8%			
4	8	10%			
5	2	2,5%			
6	1	1,3%			
Total	80	100%			
Número de Partos					
0	52	65%			
1	19	23,8%			
2	8	10%			
3	1	1,3%			
Total	80	100%			
Número de Cesáreas					
0	56	70%			
1	14	17,5%			
2	7	8,8%			
3	2	2,5%			
4	1	1,3%			
Total	80	100%			
Número de Abortos					
0	65	81,3%			
1	10	12,5%			
2	4	5,0%			
3	1	1,3%			
Total	80	100%			
Número de Natimortos					
0	73	91,3%			
1	5	6,3%			
2	2	2,5%			
Total	80	100%			
Número de filhos falecidos					
0	77	96,3%			
1	2	2,5%			
2	1	1,3%			
Total	80	100%			
Número de filhos vivos					
0	35	43,8%			
1	29	36,3%			
2	13	16,3%			
3	3	3,8%			
Total	80	100%			
Média de Idade	78		32,24 (4,29)	23	40

Gestacional				
Média de idade no início do pré-natal	76		9,37 (4,65)	4 29
Gravidez planejada	31	39,2%		
Gravidez desejada	69	93,2%		

Nota. n= número de respondentes. (%)= Porcentagem de frequência. M= Média. DP= Desvio-padrão.

APÊNDICE F - CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS CONTÍNUAS A PARTIR DO ρ DE SPEARMAN*Correlações entre variáveis contínuas a partir do ρ de Spearman*

	Depressão	Idade	Num de gestações	Num de partos normais	Num de cesáreas	Num de abortos	Num de natimortos	Num de filhos falecidos	Num de filhos vivos	Jornada de trabalho	Renda Familiar	Num de pessoas na casa
Depressão	1	-.089	.121	-.102	.331**	-.006	-.048	-.128	.201	.048	-.284*	.321**
Idade	-.089	1	.349**	.278*	.108	-.014	.222*	.006	.331**	.244*	.223	-.142
Num de gestações	.121	.349**	1	.408**	.459**	.538**	.196	.279*	.607**	-.062	.070	.328**
Num de partos normais	-.102	.278*	.408**	1	-.407**	-.026	.258*	-.019	.332**	.009	.117	.134
Num de cesáreas	.331**	.108	.459**	-.407**	1	.084	-.011	.219	.483**	.031	-.082	.363**
Num de abortos	-.006	-.014	.538**	-.026	.084	1	.047	.210	-.018	-.256*	.057	-.065
Num de natimortos	-.048	.222*	.196	.258*	-.011	.047	1	-.061	-.196	.014	-.132	-.174
Num de filhos falecidos	-.128	.006	.279*	-.019	.219	.210	.210	1	.078	-.061	.159	.024
Num de filhos vivos	.201	.331**	.607**	.332**	.483**	-.018	-.196	.078	1	-.196	.065	.511**
Jornada de trabalho	.048	.244*	-.062	.009	.031	-.256*	.014	.003	.063	1	.193	.062
Renda Familiar	-.284*	.223	.070	.117	-.082	.057	-.132	.159	.065	.193	1	-.073
Num de pessoas na casa	.321**	-.142	.328**	.134	.363*	-.065	-.174	.024	.511**	.062	-.073	1

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

APÊNDICE G - RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS CATEGÓRICAS A PARTIR DO TESTE DO QUI-QUADRADO (X²) (2 X 2)

Relações entre variáveis categóricas a partir do teste do Qui-quadrado (X²) (2 X 2)

	Escol.	Planej. Gest.	Gest. Desej.	Acomp. Psic.	Acomp. Psic.	Diag. Psic.	Diag. Psic. Família	Hist. Uso Tabaco	Hist. Uso Drogas	Uso atual álcool	Uso atual tabaco	Uso atual drogas	Ansiedade- estado	Ansiedade- traço
Frequências esperadas < 5	64,3%	0%	50%	0%	0%	0%	33,3%	0%	50%	50%	50%	50%	0%	0%
valor X ²	14,24	.163	5,08	1,39	1,03	5,39	2,74	.571	3,90	3,03	1,77	1,03	17,83	25,49
gl*	6	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
p	.027	.686	.024	.238	.309	.020	.254	.450	.048	.081	.182	.030	.001	.001
V de Cramer						.260							.429	.412

Nota. *grau de liberdade

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instrumento adaptado de Vieira (2010) e demais colaboradores do NEPeDI, o qual foi produzido no projeto de pesquisa “Valores, crenças e práticas parentais em diferentes contextos: integração entre fatores bio-psicológicos e culturais”⁵

CÓDIGO: _____ DATA: _____

Por favor, responda as seguintes questões que se referem a informações gerais sobre você e sua família.

DADOS DA FAMÍLIA

1. Cidade de residência

() Florianópolis () Outro. Especifique: _____

2. Genograma (pessoas que moram na casa, parentesco e idade – incluir o respondente).

3. Escolaridade

Qual a sua escolaridade e qual a escolaridade de seu companheiro?

	Respondente	Companheiro
Não alfabetizado		
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto		
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto		
Ensino fundamental completo		

⁵ Vieira, M. L. (2010). Valores, crenças e práticas parentais em diferentes contextos: integração entre fatores bio-psicológicos e culturais (Projeto de Pesquisa). Questionário sociodemográfico. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil - Universidade Federal de Santa Catarina.

Ensino médio incompleto		
Ensino médio completo		
Ensino superior incompleto		
Ensino superior completo		
Pós-graduação		
Não sabe		
ANOS CONCLUÍDOS		

4. Quanto à sua etnia/raça você se designaria?

- negra
 parda
 branca
 indígena
 amarela/ oriental

5. Renda familiar

	Respondente	Companheiro
5. Profissão		
6. Atividade atual		
7. Jornada de trabalho (que dias trabalha por semana e as horas que trabalha por dia)		

6. Alguém da família faz uso de alguma medicação contínua?

- sim não

Quem? _____ Qual? _____

7. Renda familiar mensal

Por favor, vamos ver quanto você, seu/sua companheiro(a) e outras pessoas da casa ganham por mês. Vamos pensar no mês passado..(Inclua salários, gorjetas, bicos, pensão, rendas de aluguel e outro capital, ajudas financeiras sistemáticas, etc)_____

8. Quantos cômodos tem sua casa? (Incluir quarto, cozinha, banheiro e varanda):_____

9. Tipo de Casa:

Casa de alvenaria () Casa de Madeira () Casa Mista ()

Observações:

**ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC
(CEPSH-UFSC)**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COPARENTALIDADE, INDICADORES DE ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E RELACIONAMENTO CONJUGAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Pesquisador: Maria Aparecida Crepaldi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53521416.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.679.282

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina que visa "Analisar as relações entre coparentalidade[a relação conjugal e a relação interparental], indicadores de ansiedade, estresse, depressão e relacionamento conjugal em [50] mulheres com gestação de alto risco". A pesquisa será desenvolvida em um Ambulatório de pré-natal de alto risco de uma Maternidade Escola do sul do Brasil - o Hospital universitário.

Critério de Inclusão:

Estar no terceiro trimestre da gestação, coabitar e manter relacionamento conjugal no mínimo há seis meses, idade superior a 18 anos.

Critério de Exclusão:

Diagnóstico de malformação fetal, diagnóstico de dependência química, diagnóstico de transtorno mental grave e incapacitante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as relações entre coparentalidade, indicadores de ansiedade, estresse, depressão e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.679.282

relacionamento conjugal em mulheres com gestação de alto risco.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o relacionamento coparental atual de mulheres com gestação de alto risco;

Identificar indicadores de ansiedade, estresse e depressão em mulheres com gestação de alto risco;

Identificar a qualidade do relacionamento conjugal de mulheres com gestação de alto risco;

Relacionar as dimensões de indicadores de ansiedade, estresse, depressão e relacionamento conjugal e relacionamento coparental atual de mulheres com gestação de alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi feita uma previsão adequada dos riscos da pesquisa, bem como das medidas tomadas para minimizá-los: "Ao longo do processo de coleta de dados poderão ocorrer mobilizações emocionais decorrentes desse processo, sendo fornecido apoio psicológico pela pesquisadora sempre que necessário. Além disso, como o Ambulatório de pré-natal de alto risco em que será realizada a pesquisa conta com atendimento psicológico pelo Serviço de Psicologia do hospital, as participantes que possuem demandas psicológicas são acompanhadas sistematicamente independentemente da pesquisa".

No que se refere aos benefícios do estudo observa-se que "Espera-se que o conhecimento científico produzido na presente pesquisa possa subsidiar a intervenção de psicólogos em ações de tratamento, promoção e prevenção em saúde mental e relacional entre mãe/ bebê/família. Além disso, que possa contribuir para a construção de protocolos de atendimento no pré-natal de alto risco onde a pesquisa foi realizada".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: análise documental do prontuário; questionário sócio-demográfico; Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EDPE- Cox, Holden & Sagovsky, 1987); Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (Lipp e Guevara, 1994); Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE); Escala da Relação Coparental-versão Pré-Natal- Coparenting Relationship Scale-Prenatal Version (CRS-PV) (Pinto & Figueiredo, 2014); 5.4.7 Questionário sobre Relacionamento Conjugal (QRC) Para a definição dos procedimentos de coleta de dados será inicialmente realizado um estudo piloto, a partir da aplicação dos instrumentos citados anteriormente, com o objetivo de avaliar o grau de conforto das participantes no decorrer do mesmo. Considerando que o conjunto de instrumentos contabiliza um total de 100 itens, será oferecida a possibilidade de a coleta, tanto no piloto como após, ser realizada em duas etapas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.679.282

priorizando, assim, o conforto das participantes. Ressalta-se que para a realização da coleta, as participantes serão selecionadas a partir dos critérios pré-definidos na pesquisa, alguns dos quais serão verificados através das informações contidas no prontuário.

Dessa forma, as mulheres selecionadas serão convidadas a participar da pesquisa durante sua permanência para consulta de rotina no ambulatório de pré-natal de alto risco, sendo confirmados os critérios pré-estabelecidos para a mesma e prestadas todas as informações a respeito do estudo; ressaltando-se ainda que, caso não aceitem, não haverá nenhum prejuízo em seu acompanhamento com a equipe multiprofissional do ambulatório. Para as que aceitarem, será agendada uma data para a aplicação dos instrumentos, com o objetivo de garantir seu conforto. Contudo, caso a participante prefira a aplicação poderá ocorrer no mesmo dia do convite. A aplicação será realizada nos consultórios disponíveis para atendimento da equipe do ambulatório. No dia da aplicação dos instrumentos será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa. Após a assinatura do TCLE, será realizado um acolhimento inicial, sendo realizados esclarecimentos de possíveis dúvidas e iniciada a coleta de dados. Os itens dos instrumentos serão lidos e preenchidos em voz alta pela pesquisadora, havendo duas cópias, para que dessa forma a participante possa acompanhar a leitura. Ao final da coleta, será verificado como a gestante está se sentindo, considerando-se a mobilização emocional dos temas íntimos abordados, sendo assim oferecido acolhimento dos sentimentos e das percepções da gestante".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa versão do protocolo de pesquisa, as pendências apontadas no Parecer Consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente: 1- Em relação ao TCLE, o mesmo foi revisado nos seguintes aspectos: (a) Acrescentado um cabeçalho com as informações pertinentes da instituição e do PPG em que o projeto se insere; (b) Explicado brevemente o que é 'coparentalidade'; (c) Mudada a frase "Os resultados da pesquisa serão apresentados à Instituição e serão utilizados para o planejamento de ações de assistência nesse contexto" para "Os resultados da pesquisa serão apresentados à Instituição e poderão ser utilizados para o planejamento de ações de assistência nesse contexto", já que não há garantia de que isso vá efetivamente acontecer; (d) Acrescentadas informações sobre a garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; (e) Acrescentadas informações sobre a garantia de ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa; (f) Acrescentado que o TCLE está escrito em duas vias, que uma via será fornecida ao participante e a outra ficará com o pesquisador; (g) Acrescentado que os pesquisadores seguem o preconizado na Resolução CNS 466/12; (h)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.679.282

Acrescentadas as informações de contato do CEP da UFSC; (i) Acrescentado um endereço físico completo da pesquisadora responsável.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "COPARENTALIDADE, INDICADORES DE ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E RELACIONAMENTO CONJUGAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO" deve ser considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_653429.pdf	27/07/2016 12:12:00		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_653429.pdf	26/07/2016 15:38:36		Aceito
Outros	Carta.doc	26/07/2016 15:14:02	Maria Aparecida Crepaldi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	26/07/2016 15:07:32	Maria Aparecida Crepaldi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	24/02/2016 19:48:04	Maria Aparecida Crepaldi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	24/02/2016 19:31:38	Maria Aparecida Crepaldi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/02/2016 18:45:55	Maria Aparecida Crepaldi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.679.282

FLORIANOPOLIS, 15 de Agosto de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br