

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA COSTA DA SILVA

DEPRESSÃO GESTACIONAL: Uma revisão de literatura

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA COSTA DA SILVA

DEPRESSÃO GESTACIONAL: Uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ma. Saionara Nunes de Oliveira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DEPRESSÃO GESTACIONAL** de autoria do aluno **RENATA COSTA DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Ma. Saionara Nunes de Oliveira
Orientadora

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição de artigos localizados nas bases de dados SciELO, MEDLINE, LILACs, BDENF.	13
--	-----------

RESUMO

A gestação é um período de mudança que faz parte do desenvolvimento humano. Há transformações no organismo da mulher e no seu bem-estar, alterando seu estado emocional e o seu papel sociofamiliar. O objetivo do presente estudo é apresentar um panorama das publicações que tratam sobre a depressão na gestação. A revisão bibliográfica considerou o período de 2004 a 2014 (Bdenf, Medline, Lilacs e Scielo), usando os descritores: transtorno mental, gestante e depressão. As taxas de prevalência da depressão durante a gravidez encontradas nos estudos estiveram, em sua maioria, por volta de 20%. A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante o ciclo gravídico-puerperal e está associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. O atendimento pré-natal de gestantes realizado por equipe multiprofissional, somando esforço e conhecimento de diferentes profissionais, revelou-se uma perfeita oportunidade para, prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, por conseguinte, de seus filhos. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas na rede pública, voltadas não só a saúde da gestante, mas da mulher no geral. Ao mesmo tempo, estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos oriundos deste período.

Descritores: Transtorno mental; Gestante; Depressão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
3 MÉTODO	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de mudança que faz parte do desenvolvimento humano. Há transformações no organismo da mulher e no seu bem-estar, alterando seu estado emocional e o seu papel sociofamiliar, podendo assim, ser um período em que se observam aumentos de sintomatologias, ou mesmo, o desenvolvimento de transtornos mentais (SILVA *et al*, 2010).

A gravidez, o parto e o puerpério são fases da vida da mulher que provocam na maioria das vezes mudanças de papéis e estilo de vida. Toda a rotina da mulher sofre alterações pela gravidez: dieta, vestimenta, aspecto físico e psicológico, respostas e desejos sexuais, atividades sociais, recreativas, descanso e sono, relações com sua família, amizades, vida diária. Contudo pode haver um despreparo por parte da mulher em lidar com estas mudanças, contribuindo para o desenvolvimento de uma doença mental (PRAZERES & CASTRO, 2000).

Historicamente a saúde mental da mulher grávida foi descuidada, provavelmente influenciada por dois fatores. Um deles é a crença popular de a gravidez ser um período de bem-estar para as mulheres. Outro é a maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde. No entanto, os dados epidemiológicos apontam que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gravidez e no puerpério. Diferenças observadas sinalizam maiores prevalências no período da gravidez em relação ao período pós-parto tornando a gestação uma fase primordial para diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas (ALMEIDA *et al*, 2012).

Estudos recentes revelaram que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto. Sabe-se ainda que a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (CAMACHO *et al.*, 2006).

Estudos sobre a prevalência de transtornos mentais em grávidas e sua associação com fatores socioeconômicos ainda são escassos no Brasil, uma vez que muitos avaliam apenas os transtornos depressivos (ALMEIDA *et al*, 2012; Silva *et al*, 2010).

Logo, há uma clara necessidade de um melhor conhecimento sobre a saúde mental da mulher durante a gravidez, uma vez que os transtornos mentais na gravidez constituem

importantes preditores de depressão pós-parto, de ansiedade pós-parto, de desfechos obstétricos adversos, e que podem influenciar o desenvolvimento infantil, tendo reflexos até a adolescência.

O objetivo do presente estudo é apresentar um panorama das publicações que tratam sobre a depressão na gestação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Reforma Psiquiátrica propõe mudanças no tratamento de pessoas com transtorno mental, substituição do modelo hospitalocêntrico por alternativas terapêuticas de atendimento à comunidade. Devem ser transformadas as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental. O olhar passa a ser direcionado para a pessoa, para sua cultura e para sua vida cotidiana, tornando-se o indivíduo o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença (GUEDES et al. 2009).

Nesse sentido, é necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, com vistas a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde, em todas as fases do ciclo de vida (GUEDES et al. 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades como mulheres portadoras de transtorno mental. Em suas diretrizes, a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais (GUEDES et al. 2009).

Os direitos conquistados e debatidos no atual panorama da reforma psiquiátrica, que implica políticas públicas sociais e inclusivas, devem abranger dimensões do cuidado à mulher portadora de transtorno mental, incluindo ações que perpassem pela saúde sexual e reprodutiva (GUEDES et al. 2009).

Nos últimos tempos, tem-se dado atenção a fatores específicos responsáveis pela mortalidade materna, tais como, a baixa escolaridade, a multiparidade, o estado prévio de saúde da mulher, a gestação na adolescência e a falta de um planejamento familiar que oriente as mulheres nos casos de gravidez de risco. Esses aspectos vêm sendo considerados pela equipe de saúde mediante a busca de estratégias para oferecer melhor assistência, e na preocupação em pesquisar os temas voltados para a saúde da mulher. Entretanto, na literatura brasileira de enfermagem não foram encontrados trabalhos que privilegiassem a ocorrência de transtornos mentais no decorrer do período gravídico puerperal (MOURA et al. 2011).

Atualmente, os transtornos mentais se constituem um problema de saúde pública. Estimativa da Organização Mundial da Saúde aponta que cerca de 450 milhões de pessoas sofram

de algum transtorno mental, e que um em cada quatro indivíduos, será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio de sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número sofreu um aumento progressivo, principalmente nos países de média e baixa renda (LAMIC – low and middle income countries) incluindo também o Brasil, devido a uma associação significativa com o baixo nível socioeconômico (ALMEIDA et al. 2012).

As mulheres apresentam significativamente mais sintomatologia depressiva do que os homens, e muitos são os fatores sociais, comportamentais e biológicos encontrados que contribuem para o desencadeamento e manutenção da doença. Um fator de relevância no desenvolvimento da depressão feminina é a questão da maternidade, já que a gestação e o parto são fatores estressantes, além de que as modificações hormonais podem estar diretamente relacionadas com este fato (Baptista, M.N., Baptista, A.S.D. & Oliveira, 2004). A depressão gestacional ainda é pouco estudada e uma explicação a isso seria a dificuldade de se diferenciar a sintomatologia depressiva dos sintomas que ocorrem durante o período gestacional (BAPTISTA et al 2006).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que apresenta uma prevalência em torno de 5% da população geral. Por ser um transtorno multifatorial observa-se que diversas são as variáveis que podem desencadear ou manter a sintomatologia depressiva, bem como diversos fatores de risco estão implicados neste transtorno, tais como gênero, aspectos neuroendocrinológico, indicadores familiares e sociais, estratégias de enfrentamento, dentre outros (BAPTISTA et al 2006).

Os transtornos de humor vêm sendo estudados sistematicamente nas últimas três décadas, sendo que a OMS (2001) e a Associação Americana de Psiquiatria (2002) relatam que a depressão é um dos problemas mais comuns encontrados pelos profissionais em contextos de saúde. A principal característica da depressão é o humor deprimido, sendo que a pessoa deprimida possui baixa frequência de comportamentos (como por exemplo, andar, falar, ter relações sociais) e o aumento de outros comportamentos, tais como os de fuga-esquiva. Essas respostas ocorrem com o objetivo de evitamento do contato com o estímulo aversivo e pode apresentar-se como queixa de labilidade emocional, irritabilidade, lentidão para responder aos estímulos diários, pedidos de ajuda e idéias suicidas. (BAPTISTA et al 2006).

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre

de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério. A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Cerca de um quinto das mulheres no período gestacional e no puerpério apresenta depressão. Cabe ressaltar que a maioria dessas mulheres não é diagnosticada e tratada adequadamente. (PEREIRA & LOVISI, 2007).

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e período puerperal e está associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação. (PEREIRA & LOVISI, 2007).

Entretanto, a literatura atual sugere que a depressão pré-natal possa estar sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo um consenso de que os fatores que afetam o binômio materno-fetal tenham suas origens no período pré-concepcional. Embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-parto, a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo da saúde pública, visto que constitui um forte fator de risco à depressão pós-natal, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, além das novas evidências de que a depressão gestacional possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afetar o desenvolvimento da criança. (PEREIRA & LOVISI, 2007).

A crença de que as emoções da gestante possam afetar a saúde do bebê é muito antiga, mas somente nas últimas décadas despertou o interesse científico. Sabe-se que o ambiente nutricional, hormonal, metabólico, psicológico e social, vivenciado pela mãe durante a gestação, tem relação com a saúde do recém-nato. A mulher deprimida no período gestacional, em razão dos sintomas depressivos, apresenta menor preocupação com seu estado de saúde, ocasionando, muitas vezes, não adesão ao pré-natal, além de maior consumo de álcool, tabaco e outras drogas, pessimismo, insônia, falta de apetite, acarretando diminuição da quantidade e qualidade da ingesta alimentar. Além disso, há também um mecanismo biológico, mediador da associação entre o estresse psicossocial materno e o baixo crescimento fetal, já que na mulher com depressão há aumento do cortisol, o que pode levar à prematuridade e ao baixo peso ao nascer. (PEREIRA & LOVISI, 2007).

O nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer são as principais causas de morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Quadros depressivo não tratado durante a gravidez tende a diminuir a frequência nas consultas pré-natais, o que tem sido fortemente associado à mortalidade neonatal. Estudos realizados em países desenvolvidos fornecem, ainda, evidências de que a depressão materna esteja associada a problemas emocionais, cognitivos e comportamentais de longa duração em crianças. (PEREIRA & LOVISI, 2007).

A atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar a interação de muitos fatores. Entre eles, a história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e qualidade da assistência. A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto. (FALCONE, et al. 2005).

Os profissionais que atuam com gestantes devem vê-las com uma “concepção de pessoa humana”, procurar estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados. Não devem assumir uma posição superior, vendo as gestantes como pessoas indefesas, fracas e submissas. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança em relação às suas experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo. Portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente, deve incluir o cuidar da mulher grávida considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais (FALCONE, et al. 2005).

3 MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura, a qual foi embasada em artigos científicos. Segundo Minayo (2004) a revisão bibliográfica é construída com as várias fontes pesquisadas sendo uma discussão entre os autores da qual resulta uma consideração final.

Segundo Lakatos e Marconi (1999) a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisado em livros, enciclopédias, revistas, jornais, folhetos, boletins, monografias, teses, dissertações e material cartográfico. Pretende-se, assim, colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o mesmo.

Desse modo, a finalidade principal do estudo é reunir dados existentes na literatura sobre depressão na gestação. Buscou-se descrever e interpretar os dados colhidos nas bibliografias de modo qualitativo.

Esse estudo de revisão bibliográfica possui base descritiva e foi realizada no período de janeiro a abril de 2014 com o levantamento de dados pesquisados na literatura com o objetivo de selecionar estudos clássicos e recentes relevantes para a discussão do tema abordado encontrados em bibliotecas virtuais e base de dados como Scientific electronic Library online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE e BDENF.

Para iniciar a busca dos resumos, foram acessados os sites e, por meio da Terminologia em Saúde, consultada os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), identificando os seguintes descritores: Transtorno mental, Gestante, Depressão, sendo considerados apenas os artigos que possuíam esse descritor no seu resumo ou abstract. Além dos critérios de inclusão supracitados foram incluídos apenas os artigos entre ano de 2004 e 2014.

A análise dos dados foi pautada nos aspectos da depressão em gestantes, onde foram verificadas as concordâncias e discrepâncias a respeito de cada tópico da análise. Após a identificação das idéias definidas de cada autor, foi feita uma análise crítica da literatura e os resultados foram descritos textualmente e realizadas reflexões que a temática possibilitou.

Este estudo não possui nenhum conflito de interesses seguindo os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Foram localizados 72 artigos, selecionados 28, sendo que apenas 10 atenderam aos critérios de inclusão.

Ao analisar o delineamento na amostra estudada, dos dez artigos selecionados cinco foram desenvolvidos com abordagem qualitativa, um com abordagem quantitativa, um quali-quantitativo e três revisão de literatura, sendo a utilização de referenciais teóricos como fenomenologia e representações sociais os mais encontrados. Os descritores mais utilizados foram: transtorno mental, depressão, transtornos psiquiátricos, saúde mental, gestação, mulheres e apoio social.

Quadro 1 – Distribuição de artigos localizados nas bases de dados SciELO, MEDLINE, LILACs, BDEFN.

Título do Artigo	Autores	Resultados	Recomendações / Conclusões
1. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental	Guedes TG, Moura ERF, Evangelista DR, Conceição MAV	Participaram 255 mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual iniciada. Mais da metade das participantes já havia engravidado, sendo que 125 (86,8%) referiram gesta de um a quatro e 19 (13,2%) gesta acima de quatro. Dessas, 110 (76,4%) tiveram toda ou parte das gestações sem planejamento.	Conclui-se que mulheres portadoras de transtorno mental apresentam demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva, exigindo uma assistência integral, amparada na proposta da reforma psiquiátrica e no cumprimento dos direitos reprodutivos.
2. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho	Moura ECC, Fernandes MA, Apolinário FIR.	Os resultados apontam dificuldades das pacientes em se perceber doentes, devido a fatores culturais e sociais que agem frente aos fatores biológicos na definição de diagnóstico e tratamento dos transtornos, havendo prejuízo no prognóstico, acarretando danos na relação mãe-filho.	Concluiu-se que, apesar da incidência e gravidade dos transtornos psiquiátricos no ciclo gestacional, os serviços e profissionais de saúde precisam ser provocados na efetivação de ações preventivas para minimizar o sofrimento psíquico a mulheres acometidas.
3. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil	Almeida MS et al.	O transtorno depressivo maior (21,6%) foi o mais prevalente, seguido pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada (19,8%). Os fatores que mostraram significância com um provável transtorno mental foram: não trabalhar nem estudar, não morar com o companheiro e ter dois ou mais filhos.	No período de pré-natal ocorre uma maior frequência de consultas que pode propiciar o rastreamento, o diagnóstico e as abordagens terapêuticas adequadas dos transtornos mentais na rede básica de saúde.
4. Depressão puerperal – uma revisão de	Silva, ED; Botti, NCL.	A Depressão Puerperal é um transtorno mental de alta	A Depressão Pós-Parto é uma síndrome psiquiátrica

literatura		prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. A sua etiologia é determinada por uma combinação de fatores que devem ser abordados no diagnóstico e terapêutica. O quadro depressivo puerperal surge na maioria das vezes, nas duas primeiras semanas após o parto	importante que em geral repercute na interação mãe-filho e praticamente de forma negativa e promove um desgaste progressivo na relação com os familiares. A saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano.
5. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes	Baptista, MN et al.	Verificou-se que 29,5% apresentaram sintomatologia depressiva, 70,5% sintomas ansiosos controlados (estado) e 56,8% referiram possuir alto suporte social.	Houve correlação positiva entre a escala de depressão, estado e traço de ansiedade, além de correlação negativa entre as escalas de depressão e suporte social, ansiedade traço e estado com suporte social. Os dados apontam para a importância do suporte social no período gestacional.
6. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados	Pereira PK, Lovisi GM	A prevalência de depressão durante a gravidez nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foi mais alta que nos países desenvolvidos, respectivamente, 20% e 15%. Apesar de ser uma importante questão de saúde pública, há poucos estudos sobre o tema no Brasil. Os principais fatores de risco foram: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias e violência doméstica	As implicações da nossa revisão para a prática clínica consistem em enfatizar a necessidade de avaliação da depressão e a investigação de vários fatores de risco como parte do cuidado pré-natal por parte de obstetras e outros profissionais da saúde. Além disso, intervenções psicossociais e políticas sociais necessitam ser implementadas nessa população.
7. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes	Falcone VM et al.	Transtornos afetivos foram observados em 45 (43,7%) das gestantes antes da intervenção, e após, em 23 (22,3%). O impacto da intervenção sobre os transtornos afetivos foi estatisticamente significativo. Já para a presença de depressão, antes da intervenção 21 (20,4%) gestantes apresentavam depressão, e após, 13 (12,6%), entretanto sem diferenças estatísticas significativas.	A atuação multiprofissional no grupo de gestantes, tanto em adultas como em adolescentes, previne, detecta e trata transtornos afetivos presentes no período gravídico.
8. Transtornos psiquiátricos na	Camacho, R.S.; Cantinelli, F.S.;	Estudos recentes revelaram que transtornos psiquiátricos	As medidas de tratamento ainda são amplamente

gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento	Ribeiro, C.S.; Cantilino, A.; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E.; Rennó Jr., R.	subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto.	discutidas, devendo-se levar em consideração a relação risco-benefício, sendo, assim, o bom senso do médico um aliado importante quanto à escolha do tratamento nesses casos.
9. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna	Fonseca VRJRM et al.	A prevalência de depressão pós-parto em nossa amostra foi 28%. Não houve diferença significativa na relação mãe-criança no grupo com e sem depressão. Encontrou-se correlação positiva entre sensibilidade materna e escolaridade e entre sensibilidade e certas dimensões de apoio social e estilo de relacionamento.	A prevalência de depressão pós-parto em nossa amostra é mais alta que a média mundial, mas a sintomatologia depressiva não interfere significativamente na qualidade da interação mãe-bebê. A sensibilidade materna é influenciada por fatores sócio-cognitivos e afetivos.
10. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes	Silva CS, et al	A maioria das gestantes era praticante de religião (60,8%). As gestantes praticantes apresentavam menor frequência de Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas, Episódio Hipomaníaco, Transtorno de Pânico com Agorafobia Atual, Fobia Social Atual e Transtorno do Estresse Pós-traumático. Em relação ao diagnóstico de Abuso de uma ou mais substâncias psicoativas, houve uma tendência à menor prevalência nos grupos de gestantes religiosas praticantes.	Observou-se que as praticantes tendem a apresentar menores taxas de transtornos de humor e transtornos ansiosos que as gestantes não praticantes de religiosidade.

Fonte: Dados do estudo.

As taxas de prevalência da depressão durante a gravidez encontradas nos estudos estiveram, em sua maioria, por volta de 20%. Entre os fatores de risco encontrados, grande parte deles estava associada, baixa renda, desemprego, baixa escolaridade, situação conjugal, história de violência, antecedentes psiquiátricos, eventos estressantes e carência de suporte social também foram associados à depressão gestacional (PEREIRA & LOVISI, 2007). Para a avaliação desses fatores, a maioria dos estudos utilizou escalas como PRIME-MD (Avaliação de transtornos mentais na atenção básica), EPDS (Escala de Auto-Registro de Depressão pós-parto), IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Self Reporting Questionnaire e Beck Depression Inventory. EPSS (Escala de percepção de suporte social), para avaliar o suporte social recebido.

A maioria dos estudos foi realizado em São Paulo; os demais estudos encontrados são do Rio de Janeiro, Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Piauí. O tamanho amostral dos estudos esteve entre 10 e 780 mulheres. Serviços pré-natais e maternidades foram os locais de pesquisa mais frequentes, tendo somente um estudo sido realizado em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

A média da prevalência de depressão gestacional no Brasil é de aproximadamente 20%, já nos países desenvolvidos está em torno de 10% e 15%, Tal fato evidencia a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial, visto que uma prevalência de 15% a 20% é significativamente alta e que sua variação parece estar associada a fatores encontrados em contextos menos favorecidos, como pobreza, violência, baixa escolaridade, entre outros (PEREIRA & LOVISI, 2007).

Assim, a prevalência da depressão durante a gravidez, encontrada na maioria dos estudos analisados, é de cerca de 20% (ALMEIDA et al. 2012; MOURA et al. 2011; FONSECA et al. 2010; GUEDES et al. 2009; SILVA et al. 2009; PEREIRA & LOVISI, 2007; BAPTISTA et al. 2006; CAMACHO et al. 2006; FALCONE, et al. 2005; SILVA & BOTTI, 2005). Essa prevalência parece ser mais alta no terceiro trimestre de gravidez. Tendo a aumentar em casos de gravidez de alto risco. Evidências revelam que os sintomas de depressão são tão ou mais comuns e graves durante a gravidez do que no período pós-parto, sendo mais raros casos de suicídio.

Vale destacar a falta de estudos sobre incidência da depressão durante a gravidez, já que a maioria é voltada para medidas de prevalência. Apenas um estudo de incidência foi encontrado. A importância desse tipo de estudo está na identificação de casos novos, que realmente têm início durante o período estudado e que não são, por esse motivo, casos preexistentes, podendo ser verdadeiramente denominados casos de depressão gestacional (PEREIRA & LOVISI, 2007).

Com relação aos instrumentos utilizados para o diagnóstico de depressão, a maioria dos autores usou a PRIME-MD (Avaliação de transtornos mentais na atenção básica), EPDS (Escala de Auto-Registro de Depressão pós-parto), IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Self Reporting Questionnaire e Beck Depression Inventory. EPSS (Escala de percepção de suporte social), para avaliar o suporte social recebido, entre outros instrumentos que avaliam apenas a sintomatologia e não fornecem o diagnóstico de depressão. Para esse fim, existem entrevistas diagnósticas padronizadas, mas que não foram tão utilizadas nos estudos revisados, como a

CIDI64, a MINI51, a CIS-R50, e a entrevista clínica diagnóstica baseada no DSM-IV54, SCID52 (PEREIRA & LOVISI, 2007).

Entre os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos durante a gestação, destacaram-se: antecedentes psiquiátricos, principalmente história pregressa de depressão; fatores relacionados à pobreza, grau de instrução, desemprego; suporte social, familiar ou marital, instabilidade nos relacionamentos; fatores estressantes; gravidez não planejada/desejada; dependência química; e história de violência doméstica. Grande parte das pesquisas encontra todos esses fatores inter-relacionados, em maior ou menor grau, na gênese da depressão durante a gravidez.

Nas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso dos transtornos mentais. Grande parte da produção acadêmica está voltada para o papel dos chamados eventos de vida produtores de estresse como fatores de risco para ansiedade e depressão. Eventos estressantes dizem respeito a mudanças na vida que exigem um reajuste, como, por exemplo, morte de um ente querido, conflitos conjugais, perda do emprego, ter sido vítima de assalto. Pesquisas recentes demonstraram a relação entre esses eventos e o desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gravidez. O estresse parece estar relacionado à presença de humor deprimido e ansiedade durante a gravidez (GUEDES et al. 2009; FALCONE, et al. 2005).

O suporte social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, parece ser determinante para o bem-estar mental da gestante, visto que sua ausência tem sido associada à manifestação de sintomas depressivos na gravidez (BAPTISTA et al 2006; PEREIRA & LOVISI, 2007). A percepção do suporte social recebido pelo marido está relacionada, inclusive, à prevalência de depressão após o parto gravidez (BAPTISTA et al 2006; PEREIRA & LOVISI, 2007; FALCONE, et al. 2005). Além disso, problemas no relacionamento conjugal também parecem estar associados à prevalência da depressão durante a gestação. Mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período gravidez (BAPTISTA et al, 2006; PEREIRA & LOVISI, 2007).

Outro fator que tem impacto direto na saúde materna e da criança e que vem se mostrando crucial no aparecimento de sintomas depressivos durante a gravidez é a violência contra a mulher, seja ela cometida pelo cônjuge, por um familiar, ou mesmo por um desconhecido. Embora não se restrinja a áreas pobres, é nesses ambientes que se encontram as mais altas taxas

de violência. No entanto, pobreza e violência são fatores de risco independentes para a depressão gestacional, sugerindo que estratégias preventivas de saúde mental materna devam incluir políticas que visem diminuir a violência e que ofereçam auxílios financeiros às grávidas. A violência doméstica contra a mulher durante a gravidez, sobretudo a cometida pelo parceiro íntimo, tem impactos adversos na saúde mental materna, especialmente no desenvolvimento de transtorno depressivo durante a gravidez (MOURA et al. 2011; BAPTISTA et al 2006; PEREIRA & LOVISI, 2007).

Dificuldades financeiras, desemprego e baixa escolaridade também se destacam como fatores de risco à depressão, sendo o nível mais alto de escolaridade um fator de proteção. A atitude negativa perante a gravidez, muitas vezes indesejada, também apresenta forte relação com a presença de sintomas depressivos durante o período de gestação.

Entre os fatores de risco comumente associados à depressão no período gravídico-puerperal, o mais destacado pela maioria dos estudos avaliados foram os antecedentes psiquiátricos, sobressaindo história anterior de depressão (ALMEIDA et al. 2012; MOURA et al. 2011; FONSECA et al. 2010; GUEDES et al. 2009; SILVA et al. 2009; PEREIRA & LOVISI, 2007; BAPTISTA et al 2006; CAMACHO et al. 2006; FALCONE, et al. 2005; SILVA & BOTTI, 2005). Entre as mulheres que desenvolvem depressão durante a gravidez, grande parte apresenta precedentes de episódios depressivos. Além disso, problemas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas parecem estar relacionados com uma maior frequência de sintomas emocionais, ansiedade e depressão, na gravidez (SILVA et al. 2009; PEREIRA & LOVISI). Vários estudos estimaram a prevalência da depressão tanto durante a gravidez quanto no puerpério. Em todos esses estudos nota-se, para a depressão pré-natal, valores maiores que os achados para a depressão pós-parto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os distúrbios psiquiátricos podem acometer os indivíduos em diversas fases da vida, uma vez que a vulnerabilidade é agravada por eventos naturais somados a predisposição psicossocial e psicológica.

Historicamente a saúde mental da mulher grávida foi descuidada, provavelmente influenciada por dois fatores. Um deles é a crença popular de a gravidez ser um período de bem-estar para as mulheres. Outro é a maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde.

A gravidez, o parto e o puerpério são fases da vida da mulher que provocam na maioria das vezes mudanças de papéis e estilo de vida. Toda a rotina da mulher sofre modificações pela gravidez. Contudo pode haver um despreparo por parte da mulher em lidar com estas mudanças, contribuindo para o desenvolvimento de uma doença mental.

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a o ciclo gravídico-puerperal e está associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica.

O atendimento pré-natal de gestantes realizado por equipe multiprofissional, somando esforço e conhecimento de diferentes profissionais, revelou-se uma perfeita oportunidade para, prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, por conseguinte, de seus filhos.

Deste modo, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas na rede pública voltadas não só a saúde da gestante, mas da mulher no geral. Ao mesmo tempo, estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos oriundas deste período.

REFERÊNCIAS

- Almeida, MS; Nunes, MA; Camey, S; Pinheiro, AP; Schmidt, MI. 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, fev, 2012.
- Baptista, MN; Baptista, ASD; Torres, ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Rev. de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, nº 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outros) Brasília, DF, 2012.
- Camacho, RS; Cantinelli, FS; Ribeiro, CS; Cantilino, A; Gonsales, BK, Braguitoni, E; Rennó Jr., J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiqu. Clín.* 33(2); 92-102, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1052>>. Acesso em: 17 Abr. 2014. doi:10.5216/ree.v7i2.880.
- Falcone, VM; Mäder, CVN; Nascimento, CFL; Santos, JMM; Nóbrega, FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 2005;39(4):612-8.
- Fonseca, VRJRM; Silva, GA; Otta, E. relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):738-746, abr, 2010.
- Guedes, TG; Moura, ERJ; Evangelista, DR; Conceição, MAV. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):153-8.
- Luis, MAV; Oliveira, ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, nº 4, p. 314-24, dez. 1998.
- Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- Moura ECC, Fernandes MA, Apolinário FIR. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 445-50.
- Lakatos, EM; Marconi, MA. *Metodologia do trabalho científico*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- Pereira, PK; Lovisi, GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. Psiqu. Clín.* 2008;35(40):144-53.

Prazeres, ATA; Castro, RCBMR. Revisão bibliográfica dos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Enferm UNISA*, 2000; 1: 5-7.

Sampaio, RF; Mancini, MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.* São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007

Silva, RZ; Ores, LC; Mondin, TC; Rizzo, RN; Moraes, IGS; Jansen, K; Pinheiro, RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9):1832-1838, set. 2010.

Silva CS; Ronzani, TM; Furtado, EF; Eliane, PP; Moreira-Almeida, A. Relação entre prática religiosa, uso do álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. / *Rev Psiq Clín.* 2010; 37(4):152-6