

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO GESTACIONAL: ESTUDO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

**PREVALENCE OF GESTATIONAL DEPRESSION: A STUDY IN A
BASIC HEALTH UNIT OF THE INTERIOR OF SÃO PAULO**

Bruno Vilas Boas Dias¹

Amanda Silva de Arruda²

Mabilin Larissa Pissolin²

Sílvia Maria Ribeiro Oyama³

Admilson Soares de Paula⁴

¹Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí/SP. Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí/SP e da Faculdade de Campo Limpo Paulista/SP. E-mail: bruno.dias@faccamp.br

²Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Campo Limpo Paulista (FACCAMP) de Campo Limpo Paulista/SP, Brasil.

³Enfermeira. Doutora. Coordenadora Pedagógica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Campo Limpo Paulista (FACCAMP) e Faculdade de Paulínia (FACP). Docente de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta.

⁴Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal pelo Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí/SP. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Campo Limpo Paulista (FACCAMP). Enfermeiro Assistencial do Grupo em Defesa da Criança com Câncer (GRENDACC).

Resumo

Pesquisa quantitativa, descritiva e transversal com amostra de 51 gestantes para analisar a prevalência de depressão em gestantes de um grupo de pré – natal, em uma Unidade Básica de Saúde localizada no interior de São Paulo.

Palavra chave: depressão; prevalência; fatores de risco.

Abstract

Quantitative, descriptive and cross sectional study with a sample of 51 pregnant women to analyze the prevalence of depression in pregnant women of a prenatal group at a Basic Health Unit located in the interior of.

Key words: depression; prevalence; risk factors.

1. INTRODUÇÃO

A prevalência da depressão gestacional é considerada um importante problema de saúde pública e atinge de 2 a 5% da população em geral, muitas de vezes tendo seu começo no período perinatal ou puerpério (RUSCHI, *et al.* 2007).

A depressão gestacional vem sendo estudada nos últimos anos, em especial no exterior, mas poucos trabalhos vêm sendo publicados nacionalmente sobre o tema. Um estudo realizado no ano de 2006, no Brasil, apontou uma prevalência de 12,9% até 37,9% no terceiro trimestre gestacional (LIMA e TSUNECHIRO, 2008).

A prevalência de depressão na gestação encontrada em pesquisas realizadas em países desenvolvidos oscila entre 5% a 30 % com poucos estudos abaixo de 10%. Entre os fatores de riscos que foram levantados estão os psiquiátricos, atitude negativa entre a gravidez, uso de substâncias, conflitos entre famílias e conflitos conjugais (PEREIRA e LOVISI, 2008).

A depressão está classificada nos grupos de doenças afetivas que são aquelas que podem sofrer alterações depressivas em fases de sanidade absoluta. Porém, sua manifestação pode variar em cada personalidade (LIMA e TSUNECHIRO, 2008).

Algumas pessoas têm sintomas emocionais como uma grande tristeza, medo e angústia e outras podem apresentar sintomas físicos como: tonturas,

cólicas, falta de ar, dores imprecisas e vagas, ou até mesmo queixas de complicações clínicas. Mas existem sintomas que podem ser apresentados na maioria dos pacientes tais como a diminuição da capacidade de pensar, tomar decisões e concentrar-se. Sua classificação deve ser observada de acordo com a manifestação dos sintomas (BERETTA, *et al.* 2008).

Mulheres com tendências de depressão necessitam de um pouco mais de atenção no período da gestação. Casos como: gravidez não desejada, afastamento de familiares ou a perda deles, baixa escolaridade, antecedentes psiquiátricos, baixa renda, violência doméstica, gestação na adolescência e falta de suporte social, podem ser fatores que levam ao desenvolvimento da doença (PEREIRA e LOVISI, 2008).

A depressão tem ainda, determinante biológico devido às alterações de níveis hormonais como a progesterona e o estrógeno. Dessa forma, para o desenvolvimento da depressão, existem fatores fisiológicos e psicológicos que afetam a mulher (CAMACHO, *et al.* 2006; LIMA e TSUNECHIRO, 2008; ALVARES, *et al.* 2015).

Transtornos psíquicos subdiagnosticados como depressão e a esquizofrenia e não tratados na gestação podem ser um problema com consequências graves tanto no trabalho de parto como também no puerpério (CAMACHO, *et al.* 2006; ARRAIS, *et al.* 2014; ALVARES, *et al.* 2015).

O enfermeiro e sua equipe podem acompanhar desde o planejamento familiar até o puerpério todas as mulheres sob seus cuidados. Podendo assim detectar sintomas de uma possível depressão gestacional. O pré-natal com equipes multidisciplinares e bem treinadas pode ser fator para prevenção de riscos maiores na depressão gestacional, usando de estratégias como os encontros com gestantes (CAMACHO, *et al.* 2006; RIBEIRO e ANDRADE, 2009; ALVARES, *et al.* 2015).

É de grande importância a participação da enfermagem na identificação de sinais e sintomas da depressão, mas principalmente antecedendo a doença. Como estratégia, se possível, obter a colaboração da família que trará confiança e segurança. Deixando também a gestante se expressar abertamente sobre seus anseios e temores (RIBEIRO e ANDRADE, 2009).

Para auxiliar na detecção da doença é possível que o profissional utilize escalas, ou seja, instrumentos validados para facilitar na detecção da doença.

Atualmente há disponíveis: Escala de Depressão Pós Parto (EDPS) com a finalidade de detectar os sintomas depressivos, a *Beck Depression Inventory* (BDI) em português, Inventário de Depressão de Beck, e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), em português, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, entre outros instrumentos (BERETTA, *et al.* 2008).

A gravidade da depressão está baseada no número de critérios, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional. De acordo com Arlington (2014), são eles:

“Leve: Caso ocorram, são poucos os sintomas presentes, além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional.

Moderada: O número de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para “leve” e “grave”.

Grave: O número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa grave sofrimento e não é manejável, e os sintomas interferem, acentuadamente no funcionamento social e profissional”

2. OBJETIVO

Analisar a prevalência de depressão em gestantes de um grupo de pré-natal, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de São Paulo.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. O cenário do estudo foi a UBS Enfermeira Leontina Martins de França, situada no município de Cajamar no interior do estado São Paulo.

A coleta de dados foi realizada após aprovação da Comissão de Ética da Faculdade Campo Limpa Paulista, sob o parecer de nº 1.690.430 e ocorreu no mês de setembro de 2016.

Para a coleta de dados foram implementados alguns cuidados como a autorização e agendamento junto ao enfermeiro gestor da unidade para as entrevistas. Para não interferir na dinâmica da unidade ou interferir na assistência às gestantes, as coletas de dados ocorreram após as consultas.

Houve explicação sobre a pesquisa e anuência das participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Das 83 gestantes previstas para fazer parte da amostra, 51 aceitaram participar da pesquisa após explicação do objetivo e critérios de inclusão. Foram inclusas as gestantes maiores de 18 anos cadastradas na unidade, em acompanhamento regular no programa de pré-natal, independentemente do período de gestação. A seleção da amostra foi não probabilística por conveniência.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário sociodemográfico composto de seis perguntas relacionadas à faixa etária em anos, estado civil, cor, tabagismo, número de gestações e fase atual da gestação em trimestre. E após, o segundo instrumento que foi a escala de Hamilton, já validada, como instrumento de medida ao enfermeiro, para avaliação de depressão na gestação.

Para melhor compreender os sintomas de depressão, a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), em português, Escala de Avaliação de Hamilton configura-se como a melhor escolha já que está validada para o Brasil desde a década de 60 (MENEZES, 2012).

A versão utilizada conta com 21 itens. Os itens são pontuados de zero a dois ou zero a quatro pontos. A variação de escore geral varia entre o valor mínimo 0 (zero) e sessenta e dois como valor máximo a ser atingido. Escores menores de sete representam ausência de depressão; de sete a 17, depressão leve. Já valores entre 18 e 24 depressão moderada e, por fim, escores acima de 25 representam a depressão grave (FREIRE, *et al.* 2014).

A escala HAM-D mantém-se na posição de instrumento padrão, sendo um dos mais utilizados, servindo para somar os sintomas do paciente, avaliando a intensidade e a frequência dentro de um período determinado. Esta avaliação baseia-se em uma entrevista, com a finalidade de avaliar a depressão da paciente podendo ser aplicada por enfermeiros e clínicos.

4. RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas das 51 (100%) participantes do estudo, 23 (45%) afirmaram ter entre 18 e 24 anos de idade. A maior parte das gestantes afirmou ser solteira, 42 (82,4%). No que se refere à cor de pele, 38 (74,5%) se declaram brancas. O tabagismo está presente para nove (17,6%) das participantes. O número de gestantes primigestas chega a 13 (25,5%). De forma geral, há 26 (50,9%) no primeiro trimestre de gestação, 15 (29,4%) no segundo e 10 (19,6%) no terço final da gravidez.

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas das gestantes em relação a faixa etária, estado civil, cor de pele, tabagismo, número de gestações e a fase da gestação. Cajamar, SP. Brasil, 2016.

Variáveis	Participantes	Frequência (%)
Faixa etária		
18 a 24 anos	23	46 %
25 a 30 anos	13	25,4 %
31 a 37 anos	15	29,4 %
Estado Civil		
Casada	9	17,6 %
Solteira	42	82,4%
Cor		
Branca	38	74,5 %
Pardas ou negras	13	25,5%
Tabagista		
Sim	9	17,6 %
Não	42	82,4%
Primigesta		
Sim	13	25,5%
Não	38	74,5%
Fase da Gestação		
1° trimestre	26	50,9%
2° trimestre	15	29,4%
3° trimestre	10	19,6%

Com relação à aplicação da escala de Hamilton foi possível fazer o rastreio da presença de depressão ou não em gestantes, obtidos entre escores do instrumento. A maior prevalência foi o de depressão leve com número significativo de 32 (62,7%) gestantes, seguidos de casos moderados, seis (11,8%) e graves, quatro (7,8%) casos. Foi detectado que algumas gestantes não possuem depressão e foram nove (17,7%) participantes.

Tabela 1 – Ausência de depressão e especificação da gravidade da depressão de acordo com HAM-D. Cajamar, SP. Brasil, 2016.

Normal/Gravidade	Participantes	Frequência (%)
Normal	9	17,7%
Leve	32	62,7%
Moderada	6	11,8%
Grave	4	7,8%
Total	51	100%

6. DISCUSSÃO

A depressão gestacional representa uma expressão de dor e sofrimento, atingindo inúmeras mulheres, vindo acompanhado de manifestações biopsicossociais aliados a episódios estressantes, e sintomas multivariados. Podendo levar a um aumento de ansiedade nestas gestantes trazendo consequências graves, além de influenciar na vida do feto, o que precisa ser observado.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que o período gestacional quando a mulher passa por uma fase em que existem muitas mudanças psicológicas e físicas ocorre certa ansiedade e preocupação sobre a responsabilidade no cuidado do novo membro familiar. E consequentemente 20% das gestantes apresentam depressão (FREIRE, *et al.* 2014).

Em outro estudo realizado em São Paulo com 120 gestantes e Rio de Janeiro com 33 gestantes, entre os anos de 1998 a 2002, foi observada a prevalência de depressão gestacional de 25 (20,8%) e 12(37,9%) respectivamente. Os fatores associados para depressão em São Paulo foram: ideação suicida, ser solteira e baixo suporte social. Já no Rio de Janeiro

observaram-se como fatores associados: pobreza e baixo suporte marital (PEREIRA e LOVISI, 2008).

Nosso estudo evidenciou prevalência de 42 (82,3%) casos de depressão, dados bem acima dos encontrados nos estudos citados. E os fatores que podem estar associados a alta prevalência pode ser: a idade 23 (46%), ser solteira 42 (82,4%), já ter outros filhos 38 (74,5%) e gestantes em seu primeiro trimestre 26 (50,9%) .

Dentre os fatores que podem desencadear a depressão, alguns foram medidos e fazem parte de nossas variáveis como observado (Quadro 1) e são elas: faixa etária (ser jovem); ser solteira, ter outros filhos e o fato de estar no primeiro trimestre de gestação. Na literatura é encontrada relação entre a idade, relacionamento, quantidade de filhos e com números maiores de gestações com altos percentil de depressão (RUSCHI, *et al.* 2007).

Em estudos recentes, destacam o fato de a mulher ter seu cônjuge e o suporte social que ele pode dar a ela neste período, sendo um fator predominante para o bem-estar mental. Casos de ausência do cônjuge podem ser associados a uma manifestação depressiva (PEREIRA e LOVISI, 2008).

Em nosso estudo teve uma prevalência de mulheres com idades entre 18 a 24 anos 23 (46%) e alta prevalência de depressão.

E estudos recentes revelaram que gestantes adolescentes tem uma prevalência depressiva duas vezes maior que mulheres já na fase adulta, tendo um resultado significativo entre 16 % e 44%. O estudo relaciona a falta de maturidade, relacionamento, e o abandono pelos seus conjugues, como fator predominante (CAMACHO, *et al.* 2006; PEREIRA e LOVISI, 2008).

A gestação pode levar a transtornos psíquicos na mulher, dependendo das alterações psicológicas como fatores conjugais, culturais e sociais. Alguns estudos destacam que a tensão gestacional estimula a produção de alguns determinados hormônios, fazendo com que atravessem a barreira placentária a fim de chegar até o organismo podendo afetar o desenvolvimento fetal (FALCONE, *et al.* 2005).

Em uma publicação de Bennett no ano de 2004, ele estimou – se uma prevalência de depressão gestacional em 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo trimestre e de 12% no terceiro trimestre gestacional (CAMACHO, *et al.* 2006). O estudo recente aponta relação as alterações gestacionais, com

prevalência de transtornos mentais associando entre o primeiro e o terceiro trimestre gestacionais. Este presente estudo mostra uma prevalência de depressão gestacional na ordem de 26(50,9%) no primeiro trimestre, 15 (29%) no segundo trimestre e 10 (19,6%) no terceiro trimestre (PEREIRA e LOVISI, 2008).

É importante um acompanhamento desde o planejamento familiar, durante o pré-natal, como prevenção de complicações e ações educativas e orientação neste período, com trabalho multidisciplinar, e em grupos, dando as mulheres oportunidades de discussões de temas. Dessa forma, em trabalho conjunto não se teria um achado tão grande de mulheres depressivas (FALCONE, *et al.* 2005; PEREIRA e LOVISI, 2008).

A depressão pode ser descoberta no início da gestação, quando já é possível detectar os sinais e sintomas, tendo assim de grande importância uma assistência de pré-natal de qualidade, formulando estratégias para prevenção da mesma. O enfermeiro deve se atentar para os seguintes sintomas: tristeza profunda, cansaço, diminuição de interesses por práticas decorrentes, raciocínio lento, alteração de apetite (diminuição ou um aumento súbito), alterações no sono, mal-estar, irritabilidade, pensamentos suicidas e culpa excessiva. Muitas vezes a depressão é diagnosticada na fase avançada da doença, ainda na gestação ou, em muitos casos no pós-parto, quando se torna evidente (ARAÚJO, 2010).

O comprometimento da saúde mental na mulher em seu período perinatal, pode desencadear alteração entre relacionamento da mãe e do feto, e no futuro comprometer o desenvolvimento da criança, podendo iniciar no recém-nascido em forma de choros, apatia e irritabilidade constante, e na idade adulta, podendo provocar distúrbios afetivos(FALCONE, *et al.* 2005).

Alguns estudos apontam que a depressão gestacional pode acarretar um possível risco para o baixo peso ao recém-nascido. Isso acontece devido a diminuição do fluxo sanguíneo útero placentário e restrição do crescimento intrauterino, podendo também ocasionar um risco a morbidade e mortalidade perinatal e neonatal, conjuntamente levando a outros fatores que podem ser desencadeados no decorrer do crescimento desta criança, como: mudança de comportamento, dificuldade na educação escolar, depressão durante a adolescência, entre outros (ARAÚJO, 2010).

Nossa pesquisa evidenciou em relação a cor de pele 38 (74,5%) declaradas brancas e 13 (25,5%) são declaradas pardas ou negras, e estudos relatam que existem fatores desencadeantes para este processo como raça.

Sobre o hábito de fumar evidenciamos que 42 (82,4%) fumam. A literatura tem evidenciado que a depressão não tratada na gestação aumenta se a mãe fizer uso de tabaco.

Para se detectar um melhor resultado na depressão gestacional, requer uma necessidade maior de triagem no pré-natal, e um acompanhamento adequado que possa diminuir as consequências negativas da depressão, e também as negativas na saúde do neonato (THIENGO, *et al.* 2012).

Tendo em vista que uma depressão que não está sendo tratada na gestação pode levar a um aumento ao uso de tabaco e álcool, e criando uma dificuldade em frequentar as consultas de pré-natal, tendo uma baixa nas consultas, onde pode ser associada com ao risco de mortalidade neonatal (THIENGO, *et al.* 2012).

Por fim, dados ressaltam que um quinto das mulheres que apresenta transtorno depressivo na fase gestacional, todavia a maioria não é tratada por falta de um diagnóstico adequado (BERETTA, *et al.* 2008).

CONCLUSÃO

A depressão durante a gestação tem importante prevalência identificada pela aplicação da HAM-D e em todos os graus, ou seja, leve, moderada e grave. Apenas nove participantes, de acordo com o escore da escala, não possuem depressão.

As implicações deste estudo para a prática enfatizam a necessidade de investigação e na ocorrência de depressão durante a gestação encaminhamento para tratamento. A presença de uma equipe de saúde mental nos serviços de pré-natal pode auxiliar na triagem e no acompanhamento das gestantes deprimidas.

REFERÊNCIAS

- ALVARES L.B, AZEVEDO G.R, SAMPAIO NETO L.F. **Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias.** Rev. Fac. Ciênc. Med. Sorocaba, v.17, n. 4, p. 222-225. 2015.
- ARAÚJO D.M.R, VILARIM M.M, SABROZA A.R, NARDI A.E. **Depressão no Período gestacional e Baixo peso ao nascer: Uma Revisão Sistemática da Literatura.** Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 2, p. 219-227. 2010.
- ARLINGTON V.A. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** American Psychiatric Association: Fifth Edition; 2014 p. 188
- ARRAIS A.R, MOURÃO M.A, FRAGALLE B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saúde soc, v. 23, n.1, p. 251-264. 2014
- BERETTA M.I.R, ZANETI D.J, FABBRO M.R.C, FREITAS M.A, RUGGIERO E.M.S, DUPAS G. **Tristeza / depressão: uma abordagem no período gestacional e / ou puerperal.**Rev. Eletr. Enf, v. 10, n. 4, p. 966-978. 2008.
- CAMACHO R.S, CANTINELLI F.S, RIBEIRO C.S, CANTILINO A, GONSALES B.K, BRAGUITTONI E, *Et al.* **Transtornos psiquiátricos na Gestação e no puerpério. Classificação, diagnóstico e Tratamento.** Rev. psiquiatr. Clín., v. 33, n. 2, p. 92-102. 2006.
- FALCONE V.M, MÄDER CUSTÓDIA V.N, NASCIMENTO C.F.L, SANTOS J.M.M, NÓBREGA F.J. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 4, p. 612-618. 2005.
- FREIRE M.A, FIGUEIREDO V.L.M.D, GOMIDE A, JANSEN K, SILVA R.A, *Et al.* **Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil.** Rev. Bras. Psiquiatr, v. 63. n.4, p. 281-289. 2014.
- LIMA M.O.P, TSUNECHIRO M.A. **Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática.** O mundo da saúde SP, v.32, n. 4, p. 530-536. 2008.
- MENEZES L.O, PINHEIRO R.T, QUEVEDO L.A, OLIVEIRA S.S, SILVA R.A, PINHEIRO K.A.T, *Et al.* **O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas,** Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 28, n.10, p. 1938-1948. 2012.

PEREIRA P.K, LOVISI G.M. **Prevalência da Depressão gestacional e Fatores Associados.** Rev. psiquiatr. Clín, v. 35, n.4, p.144-153. 2008.

RIBEIRO W.G, ANDRADE M. **O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP).** Informe-se em promoção da saúde, v. 5, n.1, p. 7-9. 2009.

RUSCHI G.E.C, SUN S.Y, MATTAR R, FILHO CHAMBÔ A, ZANDONADE E, LIMA V.J. **Aspectos epidemiológicos da Depressão pós-parto em Amostra brasileira.** Rev. Psiquiatr, v. 29, n.3, p. 274-280. 2007.

THIENGO D.L, PEREIRA P.K, SANTOS J.F.C, CAVALCANTI M.T, LOVISI G.M. **Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde.** J. bras. Psiquiatr, v. 61, n.4, p. 214-220. 2012.