

Solange Rodrigues da Costa Nascimento<sup>1</sup>  
Maria Helena Costa Amorim<sup>2</sup>  
Cândida Caniçali Primo<sup>3</sup>  
Denise Silveira de Castro<sup>4</sup>

## Factors of risk for the development of depression in the gestation

**ABSTRACT** | *The aim of this study was to identify the factors of risk for the development of depression in the pregnancy. Method: descriptive, quantitative research. It includes a sample of 255 expectant mothers who followed the antenatal care at 9 health centres of Serra city in the Espírito Santo state, the period of October of 2005 the February of 2006. The variables had been analyzed: level of depression, trace and state of anxiety, age, degree of instruction, occupation, civil state, social support, social classroom, parity, complications in the current pregnancy, type of childbirth, abortion, desire and planning of the pregnancy, habit of tobacco and alcohol use. For the collection of data, it used the technique of interview with register in form and scales of auto-evaluation, State Trait Anxiety Inventory and the scale of Edinburgh Postnatal Depression Scale. In the statistical treatment it used the SPSS version 14 (2006). Results: it verified if that the pregnant with bigger levels of anxiety had had greater depression levels; and that unstable the conjugal situation or absence of a partner, the lack of social support and the not planning of the pregnancy are factors of risk for the development of depression in the pregnant. Conclusion: it concluded if that the systematic use of scales of auto-evaluation for tracking of depression in the prenatal attendance can guide the actions of the professionals of health in the precocious detention of the depression symptoms, making possible the integration enters the programs of health of the woman and mental health.*

**Keywords** | *Depression; Anxiety; Prenatal care; Family planning; Social support.*

## Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação

**RESUMO** | O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gravidez. Método: Pesquisa descritiva, quantitativa. Abrangeu uma amostra de 255 gestantes que tiveram acompanhamento pré-natal em nove unidades de saúde do município de Serra, no Espírito Santo, no período de outubro de 2005 a fevereiro de 2006. Foram analisadas as variáveis: nível de depressão, traço e estado de ansiedade, idade, grau de instrução, ocupação, estado civil, apoio social, classe social, paridade, complicações na gravidez atual, tipo de parto, aborto, desejo e planejamento da gravidez, hábito de uso de tabaco e álcool. Para a coleta de dados, utilizou a técnica de entrevista com registro em formulário e escalas de autoavaliação, o STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, e a escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh. No tratamento estatístico, utilizou o SPSS versão 14 (2006). Resultados: Verificou que as gestantes que apresentam mais ansiedade tiveram maiores níveis de depressão e que a situação conjugal instável ou ausência de um parceiro, a falta de apoio social e o não planejamento da gravidez são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão nas gestantes. Conclusão: O uso sistemático de escalas de autoavaliação para rastreamento de depressão no atendimento pré-natal pode orientar as ações dos profissionais de saúde na detecção precoce dos sintomas de depressão, possibilitando uma integração entre os programas de saúde da mulher e a saúde mental.

**Palavras-chave** | Depressão; Ansiedade; Cuidado pré-natal; Planejamento familiar; Apoio social.

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Coletiva, professora assistente da Escola Superior de Ciências Sociais da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e da Faculdade Salesiana de Vitória.

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem; docente da Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde/UFES. Núcleo de Ensino e Pesquisa em Mulher – NEPEM.

<sup>3</sup>Mestre em Saúde Coletiva; docente da Universidade Federal do Espírito Santo. Núcleo de Ensino e Pesquisa em Mulher – NEPEM.

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem; docente da Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde/UFES.

## Introdução |

A gestação é um processo natural durante o qual ocorrem alterações fisiológicas no organismo materno para adaptá-lo às novas condições impostas pelo abrigo ao novo ser. A maioria dos casos de gravidez transcorre normalmente e evolui para o parto espontâneo e o puerpério fisiológico. Em algumas situações, pode ocorrer um desequilíbrio nessas alterações, ou outras condições internas ou externas que favoreçam esse desequilíbrio, podendo resultar em patologias, entre elas, a depressão<sup>5</sup>.

Os sintomas de depressão durante o período de gestação são mais comuns do que após o nascimento e progredem com a evolução da gravidez, portanto, durante o terceiro trimestre, as gestantes são mais susceptíveis à depressão, quando esse período é comparado com os outros trimestres<sup>8</sup>.

Embora a doença depressiva seja frequentemente percebida como um distúrbio de mulheres no puerpério, ela é comum em mulheres grávidas, porém tem sido relativamente negligenciada, ou seja, a depressão, durante o pré-natal, tem sido menos estudada do que a depressão puerperal. A literatura indica que o humor depressivo durante a gravidez está associado ao baixo peso ao nascimento e ao nascimento prematuro, o que reforça a necessidade de mais estudos nessa área<sup>12</sup>.

As alterações do humor durante a gestação e o parto podem estar relacionadas com a maior predisposição genética da mulher, maior vulnerabilidade a eventos estressantes, modulação do sistema neuroendócrino pela flutuação dos hormônios gonadais ou com uma combinação de fatores<sup>20</sup>.

A gravidez é um período em que a mulher fica mais predisposta ao estresse socioambiental do que no puerpério. É possível que a pobreza e a falta de apoio psicológico interajam sinergicamente para influenciar a incidência de depressão durante o pré-natal. Ainda também é possível que mulheres primíparas de baixa renda sejam mais susceptíveis para desenvolver depressão em resposta ao estresse específico do nascimento<sup>18</sup>.

Mulheres que são ansiosas, depressivas e enfrentam medo durante a gravidez tendem a experimentar mais dificuldades e complicações durante o parto. A importância de identificar mulheres com essas reações psicológicas no pré-natal deve-se ao fato de poder

possibilitar-lhes suporte emocional adicional, conduzi-las à diminuição da ansiedade e depressão e, conseqüentemente, reduzir complicações durante o parto<sup>13</sup>.

A depressão durante a gravidez aumenta os riscos para o suicídio e descuido com a saúde, colocando em perigo o desenvolvimento fetal. Mulheres depressivas têm risco aumentado para o trabalho de parto prematuro e recém-nascido pequeno para idade gestacional<sup>3</sup>.

A depressão pós-parto tem significativo impacto negativo sobre a duração do aleitamento materno. Sabe-se que a depressão durante a gestação constitui fator de risco para a depressão pós-parto (DPP), sendo necessária melhor intervenção durante o pré-natal para reduzir os riscos de DPP, tendo em vista a importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher<sup>10</sup>.

Mulheres depressivas durante a gravidez desenvolvem, posteriormente, depressão puerperal, o que sugere que essas mulheres deram continuidade, no puerpério, aos sintomas preexistentes. Um pequeno número de instituições na Austrália e no Canadá tem desenvolvido protocolos de avaliação psicológica durante o pré-natal, para a detecção de mulheres sintomáticas ou que apresentam fatores de risco para doença mental. Tais protocolos têm sido clinicamente aceitáveis e têm identificado mulheres que necessitam de algum monitoramento ou tratamento<sup>1</sup>.

Estudo com puérperas, em uma maternidade de risco habitual do Espírito Santo, encontrou 65% de mulheres com depressão na última semana de gestação, enquanto, uma semana após o parto, apenas 26% delas continuavam apresentando valores para depressão<sup>15</sup>.

Um trabalho em que se avaliou depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento concluiu que as mulheres que apresentaram sintomatologia depressiva durante a gestação mostraram-se com a mesma característica após o parto. E ainda verificou uma associação entre depressão gestacional e depressão puerperal, o que reforça a importância da detecção precoce, durante o pré-natal, de sintomas depressivos nas gestantes e a realização das devidas intervenções<sup>2</sup>.

Em primíparas, há uma redução de 20% das taxas de depressão puerperal, quando realizadas intervenções. É reconhecida a relevância clínica da identificação de mulheres sintomáticas com risco ou com diagnóstico

de depressão ou ansiedade e os benefícios do monitoramento adequado ou intervenção precoce tanto no pré-natal quanto no puerpério<sup>1</sup>.

Utilizando uma proposta de intervenção por meio de relaxamento, estudo com puérperas demonstrou redução da ansiedade no pós-parto<sup>14</sup>.

Diante dessa análise, a presente pesquisa teve como objetivo identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação em mulheres de um município do Estado do Espírito Santo.

## Método |

Trata-se de um estudo descritivo, na abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em unidades de saúde, localizadas no município de Serra, Estado do Espírito Santo, onde existem 36 unidades de saúde que oferecem atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal. Foram selecionadas para o estudo, por meio de sorteio, nove unidades, caracterizando uma amostra de conveniência, que buscou contemplar as diferentes realidades do município. Com base em uma certa proporção dos diferentes tipos de unidades, foi sorteado esse número, dentro as unidades existentes.

A amostra foi composta de 255 gestantes, submetidas a acompanhamento pré-natal, nas unidades de saúde do município, em qualquer idade gestacional. Elas foram esclarecidas sobre anonimato e sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo. Participaram da pesquisa aquelas que e que manifestaram aquiescência com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados no período de outubro de 2005 a fevereiro de 2006.

Foram analisadas as variáveis: nível de depressão, traço e estado de ansiedade, idade, grau de instrução, ocupação, estado civil, apoio social, classe social, paridade, complicações na gravidez atual, tipo de parto, aborto, desejo da gravidez, planejamento da gravidez, hábito de uso de tabaco e álcool.

Para a coleta dessas variáveis, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário. Quanto à variável classe social, aplicou-se o formulário de classificação econômica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Para a coleta de dados, foram utilizadas escalas de autoavaliação para identificação do traço e estado de an-

siedade e dos sintomas depressivos. Para avaliar essas variáveis, foi utilizado o instrumento STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, elaborado por Spielberger et al.<sup>19</sup>, conhecido, no Brasil, como Inventário de Ansiedade Traço (A-traço) e Estado (A-estado), (IDATE). É composto por duas partes, cada uma contendo 20 afirmações. O Traço de Ansiedade/Trait Anxiety avalia como normalmente a mulher se sente antes da gravidez e é medido pela escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1; e o Estado de Ansiedade/State Anxiety avalia o estado de ansiedade da mulher no momento da entrevista, medido na escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Cada instrumento apresenta pontuação variando de 20 a 80 pontos, e o resultado é categorizado de acordo com a pontuação obtida.

Neste estudo, a mediana da pontuação foi de 41 pontos para o traço de ansiedade e de 42 para o estado de ansiedade. Quanto mais próximos de 80 pontos, maiores os escores para traço e estado de ansiedade.

Para avaliar a depressão, utilizou-se o EPDS, conhecido no Brasil como escala de autoavaliação de depressão pós-parto. É um instrumento de autorregistro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença e a intensidade do sintoma. Seus itens avaliam sintomas como humor deprimido, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. A escala foi traduzida e validada para o português pelo trabalho de Santos, Martins e Pasquali<sup>17</sup>. Essa escala foi aplicada em gestantes dos três trimestres da gestação.

Neste estudo, usou-se, como ponto de corte, a pontuação 12, para reconhecer os sintomas depressivos; portanto, mulheres com pontuação 12 ou mais apresentavam sintomas depressivos. O ponto de corte 11/12 apresenta maior adequação ao Brasil e esse protocolo foi utilizado anteriormente com puérperas do município de Serra, mostrando-se um ponto de corte adequado<sup>15</sup>.

A análise dos dados foi realizada por meio de gráficos de dispersão, linhas e erro-bar. Para comparar o nível de ansiedade e depressão dos grupos, foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O pacote estatístico Social Package Statistical Science (SPSS), Versão 14 (2006), foi utilizado nessas análises para as quais se fixou um nível de significância de 5%,

correspondendo a  $p = 0,05$  (limite de confiança de 95%), e um grau de ajuste de 1, para a explicação de uma variável pela outra, correspondendo ao valor da reta  $R^2 = 1$ , ou seja, quanto mais próximo de 1 o  $R^2$ , melhor o ajuste, mais relacionadas estão as variáveis.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, protocolo n°. 043/05

## Resultados |

O presente estudo identificou os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão durante a gestação.

Não houve associação entre as variáveis: traço de ansiedade, idade, grau de instrução, ocupação, classe social, paridade, complicações na gravidez atual, tipo de parto, aborto, desejo da gravidez, hábito de uso de tabaco e álcool e o nível de sintomas depressivos.

Observou-se que, quando se relaciona o estado de ansiedade da amostra estudada com o nível de depressão, há relação significativa entre essas variáveis, ou seja, quanto maior o nível de ansiedade das gestantes, maior o nível de depressão durante a gravidez (Figura 1).

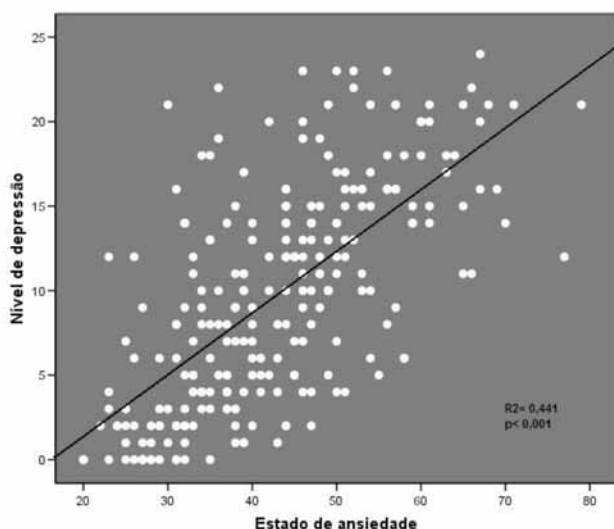


Figura 1. Nível de depressão e estado de ansiedade das gestantes. Serra/ES, outubro/2005 – fevereiro /2006

Observou-se, ainda, que as gestantes que não planejam a gravidez ou que têm gravidez indesejada apresentam maior nível de depressão, quando comparadas com aquelas que planejaram a gravidez (Figura 2).

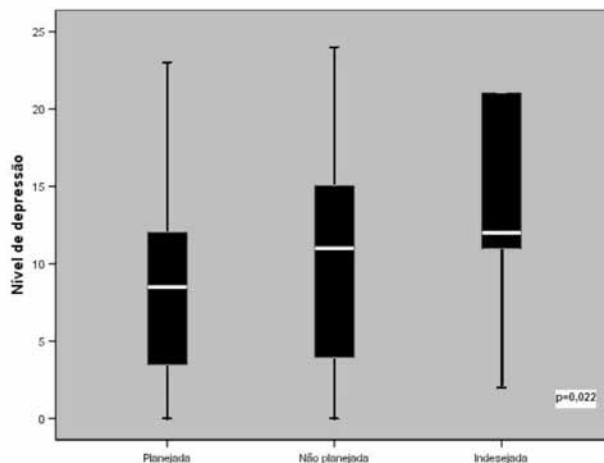


Figura 2. Nível de depressão das gestantes segundo planejamento da gravidez atual. Serra/ES, outubro/2005 – fevereiro /2006

Este estudo identificou que, quanto menor for o apoio social à gestante durante a gravidez, maior o desenvolvimento de sintomas depressivos (Figura 3). Nesta pesquisa, foi considerado como apoio social aquele fornecido por alguém da família ou por amigos/vizinhos, tanto durante a gravidez, quanto durante o puerpério, para os afazeres domésticos e para a resolução de problemas sociais.

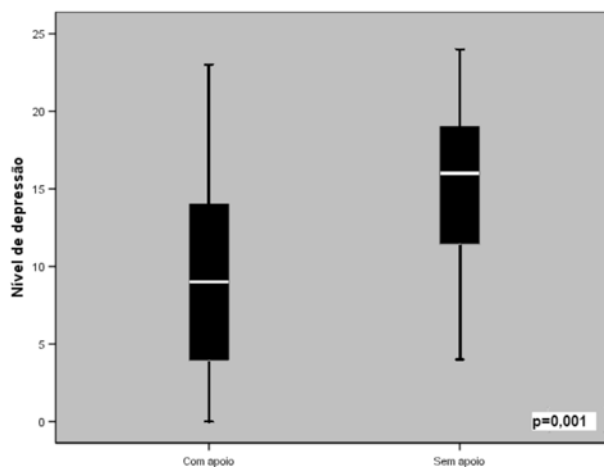


Figura 3. Nível de depressão das gestantes segundo apoio social na gravidez atual. Serra/ES, outubro/2005 – fevereiro/2006

Os resultados apresentados na Figura 4 indicam que as mulheres casadas apresentam menos sintomas depressivos do que as não casadas, ou seja, a gravidez de mulheres solteiras ou separadas, que teoricamente não têm o apoio do parceiro, é fator de risco para a depressão no pós-parto.

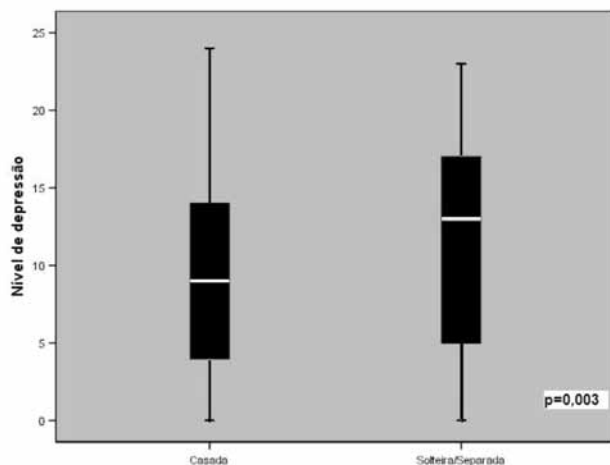


Figura 4. Nível de depressão das gestantes segundo estado civil. Serra/ES, outubro/2005 – fevereiro/2006

## Discussão |

Esta pesquisa encontrou relação significativa entre as variáveis: estado de ansiedade, estado civil, falta de apoio social e falta de planejamento da gravidez e o nível de depressão durante a gestação.

Estudos apontam que a ansiedade e a depressão podem ocorrer concomitantemente durante a gestação. Pesquisadores concluíram, em suas pesquisas, que a ansiedade durante a gravidez ocorre frequentemente sobreposta à depressão, e que ambas constituem fatores de risco para a depressão puerperal<sup>11</sup>.

A depressão gestacional está associada à ansiedade e a outros distúrbios. Assim, a ansiedade em mulheres, de forma geral, constitui fator de risco para a depressão puerperal<sup>11,16</sup>.

Pesquisa usando o STAI e o EPDS com 634 mulheres grávidas encontrou ansiedade e depressão na maioria das gestantes e concluiu que a detecção precoce e o tratamento da ansiedade e da depressão são benéficos para a mãe e para o feto<sup>6</sup>.

Estudo com puérperas, usando o STAI e o EPDS, na maternidade de risco habitual do município de Serra, no Espírito Santo, verificou que a maioria das gestantes apresentava depressão na última semana de gestação, e nível de média ansiedade<sup>15</sup>.

Estudo sobre os fatores de risco para depressão encontrou que a gravidez não planejada é um fator de risco para depressão pós-parto, risco que pode aumentar, se associado a outros fatores<sup>18</sup>. Também outro trabalho

associou a gravidez inesperada ao estado depressivo pós-parto como um fator de risco significativo<sup>9</sup>.

Autores constataram, entre outros, que o apoio emocional prejudicado, a história prévia de depressão e a gravidez não planejada são importantes fatores de risco para a depressão durante a gravidez e no período puerperal<sup>4,21</sup>.

Mulheres sem o apoio da família, do parceiro ou de amigos, durante a gravidez e o puerpério, têm maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos no período pós-parto<sup>22</sup>.

O apoio social está provavelmente envolvido na depressão durante a gravidez e pós-parto, porém enfatiza que essa influência ainda não está clara. Alguns fatores estão associados à depressão durante o pré-natal, entre eles, história prévia de depressão e falta de apoio social<sup>4</sup>.

No que diz respeito ao estado civil, existe a correlação entre relacionamento conjugal empobrecido e síndrome depressiva em puérperas. Assim, a instabilidade conjugal aumenta o risco para a depressão pós-parto<sup>21</sup>.

Pesquisa verificou que existe relação entre o estado civil e os sintomas depressivos: os casados apresentam uma prevalência e um índice menor de depressão do que os não casados<sup>7</sup>.

Estudo com 103 mulheres no Chile concluiu que o fato de ser mãe solteira se constitui um fator de risco para a depressão pós-parto, assim como a ausência da figura paterna no lar<sup>9</sup>.

## Conclusões |

Os resultados obtidos permitem concluir que as gestantes com maiores níveis de ansiedade tiveram maiores níveis de depressão. Também se verificou que a situação conjugal estável ou presença de um parceiro, o apoio social e o planejamento da gravidez contribuem para a prevenção de depressão nas gestantes.

Os resultados encontrados permitem visualizar a importância de uma maior integração entre os programas de saúde da mulher e a saúde mental, visando à promoção da saúde mental da gestante.

Além disso, propõe a utilização sistemática de escalas de autoavaliação para rastreamento de depressão no atendimento pré-natal, tornando-as instrumentos de trabalho da equipe multidisciplinar e, assim, incentivando a ampliar a prática interdisciplinar no atendimento à gestante.

## Referências |

- 1 Austin MP. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: where to from here? *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 1-6.
- 2 Baptista ASD, Baptista MN. Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. *Interação e Psicologia* 2005; 9:155-63.
- 3 Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 9-15.
- 4 Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord* 2005; 89:157-66.
- 5 Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap LC, Hankins GDV. et al. *Williams obstetrícia*. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- 6 Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology* 2002; 155(4): 293-301.
- 7 Eblen A, Vivas V, García J. prevalencia del síndrome depressivo y su relacion con factores socioeconomicos em una muestra de la población de la ciudad de Valencia, Venezuela. *Acta Científica Venezolana* 1990; 41: 250-4.
- 8 Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-60.
- 9 Hasbún HJ; Risco NI, Jadresic ME, Galleguillo UT; González AM, Garay SJ. Depresion postparto: prevalência y factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(6): 466-70.
- 10 Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30:175-80.
- 11 Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80(1): 65-73.
- 12 Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79:505-10.
- 13 Lightfoot EC, Keeling B, Wilton KM. Characteristics distinguishing high-anxious and medium-/low-anxious women during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research* 1982; 26: 345-50.
- 14 Primo CC, Amorim MHC. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16: 36-41.
- 15 Primo CC, Amorim MHC. Prevalência da depressão e níveis imunológicos em mulheres após relaxamento. *Revista Enfermagem (UERJ)* 2007; 15: 72-8.
- 16 Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 39-45.
- 17 Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clín* 1999; 26 (2):90-5.
- 18 Silva VA, Santos ARM, Carvalho MSL, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Bras J Med Biol Res* 1998; 31: 799-804.
- 19 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Tradução de Ângela M. B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
- 20 Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J. Bras. Psiquiatria* 2005; 54: 57-68.
- 21 Wender MCO, Magno VA, Marc C, Manfroi A. Depressão puerperal: atualização. *Femina* 2002; 30:439-44.
- 22 Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:56-64.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Prof Dra. Maria Helena Costa Amorim**

*Rua Dulce de Brito Espíndula 72/401, Ed.Villaggio Di Ravena.*

*Jardim Camburi, Vitória/ES29090-340.*

*Tel.: (27) 3335-7287.*

*mhcamorim@yahoo.com.br.*