

Artigo Original

**Depressão e Ansiedade entre Gestantes de Sergipe:
Prevalência e Fatores Associados****Depression and Anxiety Among Pregnant Women from Sergipe:
Prevalence and Associated Factors**<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i3.10407>

Isabelle Haaiara Andrade Barbosa¹ ORCID 0000-0003-1535-3047, Elder Cerqueira-Santos^{1*} ORCID 0000-0003-1116-6391

RESUMO

Introdução: A gestação é um momento de intensas e diversas mudanças em aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionais, econômicos e relacionais, caracterizando-se como período de maior vulnerabilidade para o adoecimento psíquico. **Objetivo:** O presente estudo investigou a prevalência e os fatores socioeconômicos, obstétricos, de saúde geral e mental associados à depressão e ansiedade em gestantes residindo em Sergipe. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um levantamento de dados via questionário online, de caráter quantitativo e transversal com uso de instrumentos de rastreio Escala de Depressão de Edimburgo (EPDS) e o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE). **Resultados:** Participaram da pesquisa 60 gestantes com idade média de 31,7 anos, atendidas na rede pública e privada. Observou-se uma prevalência de 28,3% de depressão, de 58,3% para ansiedade estado e 61,7% de ansiedade traço. A depressão se associou à condição empregatícia, receber auxílio social e planejar o nascimento na rede privada. Os fatores associados à depressão foram estado civil, escolaridade, rede do pré-natal, histórico pessoal e familiar de transtornos mentais e não ter perdido alguém para Covid-19. **Conclusão:** Conclui-se, a partir da alta prevalência, que a saúde mental na gestação demanda cuidados específicos por meio de estratégias de prevenção e intervenção precoce para o adoecimento psíquico perinatal, considerando as características dos grupos atendidos.

Palavras-chave: Perinatalidade; Gestação; Saúde mental; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a time of intense and diverse changes in physiological, cognitive, emotional, economic and relational aspects, characterizing itself as a period of greater vulnerability to mental illness. **Objectives:** The present study investigated the prevalence and socioeconomic, obstetric, general and mental health factors associated with depression and anxiety in pregnant women residing in Sergipe.

¹ Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, Brasil

* **Autor correspondente:** Av Marechal Rondon, Campus da UFS, DPS, Cidade Universitária, São Cristóvão-SE, 49100-000. E-mail: eldercerqueira@gmail.com

Materials and Methods: Data collection was carried out via an online questionnaire, of a quantitative and cross-sectional nature, using screening instruments, the Edinburgh Depression Scale (EPDS) and the Trait and State Anxiety Inventory (IDATE). A total of 60 pregnant women with an average age of 31.7 years, attended in the public and private network, participated in the research. **Results:** There was a prevalence of 28.3% for depression, 58.3% for state anxiety and 61.7% for trait anxiety. Depression was associated with the employment status, receiving social assistance and planning the birth in the private network. Factors associated with depression were marital status, education, prenatal care network, personal and family history of mental disorders, and not having lost someone to Covid-19. **Conclusion:** Based on the high prevalence, it can be concluded that mental health during pregnancy requires specific care through prevention and early intervention strategies for perinatal mental illness, considering the characteristics of the groups served.

Keywords: Perinatalidade; Gravidez; Saúde mental; Ansiedade; Depressão.

INTRODUÇÃO

Distintamente da visão que propõe a romantização sociocultural da maternidade¹, o ciclo gravidez-nascimento-puerpério tende a ser um período de maior exposição ao risco de sofrimento psíquico, em especial os Transtornos Mentais Comuns (TMC), como a ansiedade e a depressão². O ciclo gravídico-puerperal, é marcado pela intensificação da ambivalência, qual seja a presença interposta do desejo e não desejo pela gestação, alegria e tristeza, ocasionada também pelas incertezas referentes a como se dará o processo de gestar, parir e cuidar^{1,3}. Um período de transição pode vir a se tornar um momento de crise em função da sobreposição de outros processos intensos de mudança em diversos âmbitos, que podem envolver fatores socioeconômicos, psicológicos, de saúde geral, interpessoais, dentre outros^{1,3}. A depressão e a ansiedade na gestação podem ter consequências psicossociais, além de afetar a percepção de si, do mundo e dos outros e os comportamentos de saúde, tais como alimentação, atividade física e comparecimento às consultas do pré-natal⁴.

Estudos de caráter exploratório vêm sendo conduzidos no Brasil a fim de identificar as taxas de ansiedade e depressão em gestantes e puérperas, observando também os fatores de risco e proteção associados aos TMC. Uma revisão com publicações de 2010 a 2018 sobre complicações clínicas em estudos com gestantes brasileiras⁵ identificou que transtornos mentais, doenças infecciosas e morbidade materna grave foram os principais desfechos analisados. A prevalência de problemas mentais variou entre 7% e 41,7%. Considerando alguns dos estudos publicados entre 2012 e 2022¹, verifica-se a mesma tendência de ampla variação nas taxas de prevalência para ansiedade e depressão no período gestacional, o que pode ser explicado por diferenças culturais, socioeconômicas e em função do instrumento de rastreamento utilizado.

Estudos realizados em vários estados do Brasil encontraram prevalências diferentes para depressão na gestação e puerpério. Em São Paulo, de 25,4%⁶, 38,5%⁷, 24% e 26,1%⁸. No Rio de Janeiro, a prevalência foi de 18%⁴. Em Minas Gerais, houve uma taxa de 12,5%⁹ e de 33%¹⁰. Na pesquisa conduzida no Distrito Federal, registrou-se 52,5%¹¹, 15,47% e 25,33% em Goiás¹². No Rio Grande do Sul, a prevalência foi de 20,5%¹³ e de 21,6%¹⁴. No Maranhão, a taxa foi 27,5%¹⁴. Já em Sergipe, encontrou-se uma prevalência de 28,9%¹⁵.

As pesquisas que avaliaram indicadores de ansiedade na gestação também apresentaram uma variação de taxas de prevalência em diferentes estados brasileiros. Estudos realizados em São Paulo registraram 19,8%¹⁶; 20,4%¹⁷; 32% para ansiedade estado e 37% para ansiedade traço¹⁸; 36% para ansiedade estado e traço¹⁹, além das taxas de 28%, 30,4% e 17,4%⁸. No Maranhão, a prevalência foi de 37,3%¹⁴. Por fim, em Sergipe, a taxa de ansiedade estado foi de 60% e de 64,4% para ansiedade estado¹⁵.

A revisão sistemática e meta-análise para ansiedade na gestação e puerpério que incluiu 102 estudos publicados entre o período de 1950 e 2016²⁰ contou com 70 estudos sobre ansiedade

gestacional. Os dados obtidos de estudos que utilizaram instrumentos de autorrelato, como o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), registraram uma taxa de prevalência de 18,2% no 1º trimestre, 19,1% no 2º, 24,6% no terceiro e uma taxa total de 22,9% considerando todos os trimestres. Já para a ansiedade traço, identificou-se uma taxa de 29,1% no primeiro trimestre e de 32,5% no terceiro. O estudo informa uma maior prevalência de ansiedade e ansiedade traço na gestação em comparação com o período puerperal.

Os resultados dos estudos mencionados demonstram uma prevalência importante de sintomas de ansiedade e depressão na gestação, que não só apresentam uma indicação de sofrimento psíquico em andamento, como também aumentam o risco do estabelecimento de um quadro depressivo no puerpério^{14,21}. Há, contudo, uma negligência referente aos dados de ansiedade perinatal quando comparados aos de depressão, indicando uma possível desatenção acerca da relação de comorbidade entre ambos os desfechos^{20,22}. Além da verificação das taxas de prevalência de ansiedade e depressão, obtida de acordo com os critérios dos instrumentos utilizados, avaliam-se a interação das variáveis com os desfechos, investigando associações entre eles que indiquem os fatores de risco para o desenvolvimento e/ou agravamentos de sofrimento psíquico gestacional.

Uma revisão sistemática identificou 41 artigos publicados entre 2010 e 2016, mapeando fatores de risco para depressão e ansiedade e depressão²². Agrupou-se ansiedade e depressão em razão da baixa quantidade de estudos voltados apenas para a ansiedade, aparecendo em conjunto com o transtorno depressivo nas pesquisas. Sobre os instrumentos utilizados, verificou-se que a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) foi o recurso mais utilizado para rastreamento de depressão perinatal e o IDATE, por sua vez, mais frequente para o rastreamento de ansiedade. Os fatores de risco comuns para depressão e ansiedade nos estudos foram: intercorrências físicas maternas e/ou fetais; violência; rede social de apoio; aspectos cognitivos; eventos estressores na gestação; relacionamento conjugal e familiar; saúde mental; uso de substâncias psicoativas na gestação; fatores socioeconômicos; estrutura familiar; idade materna; nível educacional e planejamento da gestação. Em conclusão, identificou-se como mais frequentemente analisados para ansiedade e depressão o histórico de saúde mental, as complicações obstétricas e a fragilidade da rede de apoio. No que concerne à saúde mental, são registrados o histórico de transtornos mentais, altos níveis de ansiedade e percepção de estresse. Dentre as complicações obstétricas, registraram-se o histórico de perda gestacional, aborto de repetição, gestação de alto risco e obesidade; ao passo que o fator de rede de apoio foi identificado foi o baixo apoio social²².

Um outro trabalho de revisão analisou publicações em língua inglesa de 2010 a 2020²³, referente aos fatores de risco para depressão gestacional. Emergiram três grupos de fatores de risco: 1) sociodemográfico; 2) obstétrico e 3) psicológico. No primeiro grupo, listam-se características como baixo nível de escolaridade; status socioeconômico; condição empregatícia da gestante e parceiro; status de relacionamento inexistente ou não-estável; relações conjugais insatisfatórias; ser vítima de violência de gênero e contexto social em que a gestante vive (principalmente se pertencente a grupos de minorias étnicas e raciais). Os elementos da dimensão obstétrica foram a gestação não planejada, paridade (com resultados contraditórios), histórico de complicações obstétricas e presença de desconfortos físicos (náusea, vômito e fadiga). Dentre os aspectos psicológicos estão o histórico de depressão familiar ou pessoal, bem como de outros transtornos mentais; apresentar ansiedade antes e/ou na gestação; níveis elevados de estresse; eventos de vida adversos e ausência ou baixa percepção de suporte social.

Considerando as taxas epidemiológicas para ansiedade e depressão no período gestacional, a predominância de estudos epidemiológicos nacionais realizados no Sudeste e Sul do país, é salutar a produção de informações regionais para uma compreensão e planejamento mais efetivos de ações de saúde mental perinatal. Deste modo, o objetivo geral do estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão perinatal em mulheres gestantes residentes no estado Sergipe, caracterizando o perfil das participantes e investigando fatores associados.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo consistiu em um *survey* online, de caráter exploratório, de delineamento transversal com mulheres gestantes.

Participantes

Participaram do estudo 60 mulheres gestantes residentes no estado de Sergipe, de 21 a 43 anos ($M= 31,7$; $DP= 4.9$). Os critérios de inclusão foram: ter ao menos 18 anos e residir em Sergipe. Foram excluídas do estudo pessoas residindo em outros estados, com menos de 18 anos e que não responderam a nenhuma das escalas de rastreio que compuseram o estudo. A descrição completa das características das participantes se encontra na Tabela 1.

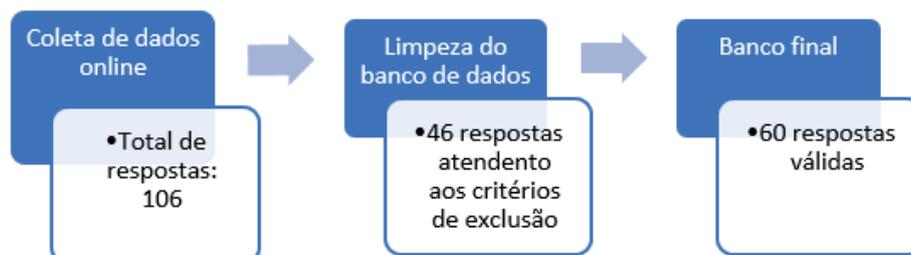
Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos de rastreio para depressão gestacional e ansiedade, respectivamente, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), composto pelas subescalas de Estado (IDATE-E) e Traço (IDATE-T). A EPDS possui 10 itens, tendo sido desenvolvida por Cox e colaboradores²⁴, validada para o Brasil²⁵. O escore total é o resultado da soma dos itens e, no presente estudo, o alfa de Cronbach da EPDS foi 0.89. O IDATE, avalia ansiedade estado e traço, tendo 20 itens para cada subescala. Foi criado por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1970²⁷, traduzido e adaptado para o português por Biaggio²⁶. O escore total para cada subescala é obtido pela soma dos itens. O alfa de Cronbach no estudo foi 0.94 para a IDATE-E e 0.93 para a IDATE-T.

Utilizou-se também um instrumento elaborado pelos pesquisadores com base em estudos sobre saúde mental perinatal realizados no Brasil^{18,28} coletando informações em subgrupos de variáveis: aspectos socioeconômicos; dados obstétricos, saúde geral e aspectos relativos à saúde mental.

Procedimentos

Os dados foram coletados via questionário online, utilizando a plataforma de *Question Pro*, com amostra de conveniência. A divulgação foi realizada nas redes sociais e entre grupos de profissionais da assistência perinatal de Sergipe. A coleta ocorreu de março a abril de 2022. No total, responderam ao questionário 106 pessoas, das quais 46 foram excluídas da amostra aquelas que não atenderam aos critérios de inclusão do estudo (Figura 1).



Análises

Os dados foram analisados quantitativamente, por meio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0. Utilizou-se estatísticas descritivas para análise da distribuição dos dados;

obtenção das médias dos escores da EPDS e IDATE Estado e Traço e identificação da prevalência de sintomatologia característica de depressão e ansiedade de acordo com os critérios de cada escala. Adotou-se o ponto de corte EPDS ≥ 13 como indicativo de depressão gestacional, IDATE-E ≥ 41 e IDATE-T ≥ 41 para presença de ansiedade estado e traço, respectivamente, parâmetros adotados por estudo realizado com uma população do mesmo Estado¹⁵.

Foram conduzidos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para distribuição dos dados nas variáveis usadas no estudo, adotando-se as análises inferenciais de comparações de médias entre grupos mais adequadas. Para investigar diferenças de médias dos escores de depressão e ansiedade, utilizou-se Teste-t e Teste U de Mann-Whitney. As análises de correlações entre variáveis de caracterização e entre as escalas do estudo foram feitas por meio das correlações de Pearson (idade, EPDS, IDATE-E e IDATE-T) e de Spearman (idade gestacional na pesquisa e no início do pré-natal). Para observar possíveis relações entre variáveis categóricas e a prevalência de depressão e ansiedade, conduziu-se análise de Chi-quadrado (X^2).

Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, fazendo parte da coleta de dados sobre saúde mental perinatal do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 98705518.9.0000.5546). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e disponibilizado às participantes, que somente puderam acessar o questionário ao afirmar ter lido e concordado com os termos da pesquisa.

RESULTADOS

As análises do levantamento de dados indicaram uma média de escore de 9.76 (DP= 0.77) para depressão (EPDS), de 43.9 (DP= 1.35) para ansiedade estado (IDATE-E) e de 45.13 (DP= 1.46) para a ansiedade traço (IDATE-T). A prevalência de sintomas depressivos (EPDS ≥ 13) na amostra foi de 28.3%, de 58.3% para ansiedade estado (IDATE-E ≥ 41) e de 61.7% para a ansiedade traço (IDATE-T ≥ 41). As análises de correlação não indicaram resultados significativos para a relação entre depressão e ansiedade estado ou traço. Também não se verificou uma relação significativa entre as prevalências de depressão e ansiedade (estado e traço). As escalas IDATE-E e IDATE-T apresentaram correlação significativa, de modo já esperado, por se tratar de subescalas de um mesmo inventário ($r = .89$, $p < 0,001$).

Análises de X^2 para avaliar relações entre as variáveis idade, ter ou não parceiro(a), apoio do genitor do/a bebê na gestação e recebimento de Benefício Social Familiar (BSF) e prevalência de depressão, ansiedade estado e traço não demonstraram resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$). Uma ANOVA identificou maior média de escore de ansiedade estado para mulheres com o ensino superior, quando comparado às mulheres com pós-graduação ($F[2,56] = 3.82$; $p < 0,05$). Quanto ao estado civil, verificou-se por meio da análise Kruskal-Wallis, uma mediana maior de ansiedade estado (Mediana = 41,83) para mulheres em união estável ($H[3] = 9.00$; $p < 0,05$). O mesmo tipo de análise para a condição empregatícia, considerando os grupos emprego formal, cargo público, autônoma e desempregadas, identificou uma mediana mais elevada do escore de depressão (Mediana = 40.98) para as mulheres com emprego formal ($H[3] = 15.18$; $p < 0,05$). Outra diferença significativa foi encontrada via Teste U de Mann-Whitney para a variável de recebimento de BSF, observando-se uma mediana maior do escore de depressão (Mediana = 31.85) para o grupo que não recebe nenhum tipo de benefício ($U[58] = 162.5$; $p < 0,05$). Não foram verificadas diferenças significativas para as demais variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Distribuição e diferenças de média da EPDS, IDATE-E e IDATE-T em relação às variáveis sociodemográficas.

Variável		Total F% (N)	Escore EPDS (DP)	Escore IDATE-E (DP)	Escore IDATE-T (DP)
Idade	21 a 30 anos	43,3 (26)	8,76 (5,92)	42,26 (8,34)	44,6 (9,11)
	31 a 43 anos	56,7 (34)	10,52 (6,07)	45,14 (11,9)	45,52 (12,98)
Identidade racial	Branca	38,3 (23)	10,39 (4,55)	43,43 (11,98)	44,21 (12,82)
	Parda	48,3 (29)	9,1 (7,03)	44,03 (8,89)	45,41 (10,0)
	Preta	11,7 (7)	10,28 (6,77)	47,28 (11,52)	49,28 (11,72)
Escolaridade *	Ens, Médio	15 (9)	7,33 (6,87)	43,88 (10,26)	47,44 (11,0)
	Ens, Superior	46,7 (28)	11,71 (6,23)	46,46 (10,66)	48,6 (11,32)
	Pós-Graduação	36,7 (22)	8,09 (4,75)	41,36 (9,87)	40,27 (10,21)
Estado civil *	Solteira	3,3 (2)	6,5 (3,53)	48,5 (12,02)	47,0 (8,48)
	União Estável	25 (15)	10,13 (6,55)	49,53 (11,85)	49,53 (12,4)
	Casada	68,3 (41)	9,82 (6,02)	41,75 (9,52)	42,39 (10,17)
	Divorciada	3,3 (2)	9,0 (7,07)	41 (8,48)	41,5 (6,36)
Tem parceiro(a) no momento	Sim	93,3 (56)	9,89 (6,11)	43,46 (10,42)	44,87 (11,53)
	Não	6,7 (4)	8 (4,89)	50 (11,6)	48,75 (9,46)
Condição empregatícia *	Emprego formal	35 (21)	13,23 (4,92)	43,04 (13,66)	44,95 (13,98)
	Cargo público	31,7 (19)	8,7 (4,32)	42,84 (8,06)	44,15 (9,66)
	Autônoma	25 (15)	7,2 (6,75)	44 (9,25)	44,4 (10,49)
	Desempregada	6,7 (4)	6,2 (9,25)	51,5 (6,6)	53,5 (8,34)
Renda em Salários Mínimos (SM) *	Até 1 SM	6,7 (4)	3,75 (2,87)	49,75 (9,6)	51 (8,52)
	1 a 2 SM	21,7 (13)	10,69 (4,76)	42,15 (10,14)	43,69 (8,57)
	2 a 3 SM	15 (9)	11,11 (8,16)	52,88 (14,01)	55,33 (15,25)
	3 a 4 SM	10 (6)	13,33 (7,17)	40,83 (11,49)	43,5 (14,09)
	4 a 5 SM	20 (12)	8,75 (3,19)	41,16 (8,26)	40,16 (8,55)
	Mais de 5 SM	25 (15)	8,4 (1,61)	41,46 (7,87)	42,26 (8,85)
Recebimento de BSF	Sim	95 (57)	1,6 (2,08)	43,33 (4,04)	45 (1,0)
	Não	5 (3)	10,19 (5,86)	43,92 (10,77)	45,14 (11,68)

* $p < ,05$

Analisou-se possíveis relações entre variáveis obstétricas, de saúde e as médias dos escores e prevalência de depressão e ansiedade estado e traço através de análises inferenciais. O Chi-quadrado, indicou uma maior prevalência de ansiedade estado ($X^2 = 13,03$; $p < 0,05$) e traço ($X^2 = 10,22$; $p < 0,05$) em mulheres vivenciando uma gestação não planejada. O Teste U de Mann-Whitney apresentou que o grupo tem medianas mais elevadas, para os escores de ansiedade estado (U [60]

= 691.0; $p < 0,05$) e traço ($U[60] = 679.5$; $p < 0,001$), 40.08 e 39.63, respectivamente, do que as mulheres que planejaram a gestação. Apresentar problemas de saúde durante a gravidez, de acordo com o Teste de Mann-Whitney se associou a medianas mais elevadas de ansiedade, sendo 43.96 para estado ($U[58] = 10.5$ $p < 0,05$), e 45.54 para o traço ($U[58] = 83.5$; $p < 0,001$). Observou-se, via Chi-quadrado, uma maior prevalência significativa nesse mesmo grupo para ansiedade estado ($X^2 = 6.81$; $p < 0,05$) e traço ($X^2 = 5.63$; $p < 0,05$).

Outras diferenças significativas foram observadas em relação à rede na qual se realizou o pré-natal e na qual se planeja o nascimento. A Kruskal-Wallis indicou maior mediana de escore de ansiedade estado, 37.2, para o grupo de que recebeu assistência no SUS e na rede privada simultaneamente ($H[2,60] = 12.28$; $p < 0,05$); enquanto realizar o pré-natal apenas no SUS indicou maior mediana para ansiedade traço, de 43.25 ($H[2,60] = 10.52$; $p < 0,05$). Quanto ao planejamento do local do nascimento, considerando Parto Domiciliar Planejado como serviço privado, uma vez que demanda a contratação de equipe, identificou-se diferença significativa de entre grupos para depressão via teste U de Mann-Whitney. A mediana foi mais elevada para grupo que planeja o nascimento na rede privada, sendo 33.11 ($U[60] = 362.5$; $p < 0,05$).

Os dados relativos ao histórico pessoal e familiar em saúde mental revelaram que 28.3% das mulheres relataram já ter tido um episódio de mais de 15 dias com sintomas depressivos. No que concerne o diagnóstico de transtornos mentais, 33.3% alegaram que já foram diagnosticadas em algum momento, 25% afirmaram terem feito tratamento e 48.3% indicaram ter um histórico familiar de transtornos. Dentre as gestantes, 18.3% estavam realizando acompanhamento psicológico, 1.7% psiquiátrico, sendo que 38.3% receberam algum tipo de informação sobre saúde mental no pré-natal e 20% participaram de algum grupo de gestantes.

Realizaram-se análises inferenciais para investigar possíveis relações entre variáveis de saúde mental e os desfechos avaliados. O Chi-quadrado indicou relações significativas para maior prevalência de ansiedade gestantes que já vivenciaram um episódio depressivo apresentaram maior taxa de prevalência para ansiedade estado ($X^2 = 5.63$; $p < 0,05$) e traço ($X^2 = 7.08$; $p < 0,05$). O teste de Mann-Whitney registrou uma mediana para o escore de ansiedade estado, de 42.79 ($U[60] = 156.5$; $p < 0,05$), e de 42.44 para o traço ($U[60] = 162.5$).

Para o histórico pessoal de diagnóstico de transtorno mental, conduziu-se a Mann-Whitney, que verificou uma maior mediana de 38.48 para a ansiedade estado ($U[60] = 240.5$; $p < 0,05$) e de 38.38 para a ansiedade traço ($U[60] = 242.5$; $p < 0,05$) do que quem não tinha. A prevalência de ansiedade para ansiedade estado ($X^2 = 5.79$; $p < 0,05$) e traço ($X^2 = 4.26$; $p < 0,05$), foi maior para o grupo que já recebeu algum tipo de diagnóstico mental. Por meio de um teste de Mann-Whitney, verificou-se que ter histórico familiar de transtorno mental se associou a uma maior mediana do escore de ansiedade estado com valor de 34.59 para esse grupo ($U[59] = 302.0$; $p < 0,05$). Houve também uma maior mediana do escore de ansiedade estado (37.82) no grupo que realiza acompanhamento psicológico ($U[57] = 156.0$; $p < 0,05$).

A depressão gestacional apresentou fatores de risco associados aos aspectos socioeconômicos, como estar em um emprego formal, sendo protetivo receber algum tipo de BSF. O aspecto obstétrico relacionado a esse desfecho foi planejar o nascimento na rede privada. Os fatores ligados à maior prevalência e mediana para ansiedade (estado ou traço) tiveram associação significativa nas dimensões dos fatores socioeconômicos, obstétricos, saúde geral e saúde mental. Para o aspecto socioeconômico, houve uma relação de maior ansiedade no grupo que possui União Estável e maior escore entre mulheres com ensino superior completo ou incompleto, maior que entre gestantes com pós-graduação. Dentre os aspectos obstétricos, foi a realização do pré-natal exclusivamente no SUS e, concomitantemente no SUS e na rede privada. Na dimensão de saúde mental, a associação foi encontrada para o histórico de episódio de depressão, ter recebido diagnóstico de outros transtornos mentais, bem como apresentar histórico familiar do mesmo desfecho e estar fazendo acompanhamento psicológico.

Tabela 3. Distribuição e média da EPDS, IDATE-E e IDATE-T em relação às variáveis obstétricas, saúde geral e relativas à COVID-19.

Variável		Total F% (N)	Escore EPDS (DP)	Escore IDATE-E (DP)	Escore IDATE-T (DP)
Idade gestacional	1º trimestre	13,3 (8)	7,87 (3,94)	40,5 (6,04)	42,87 (4,73)
	2º trimestre	40 (24)	9,41 (6,73)	45,45 (10,59)	47,91 (11,17)
	3º trimestre	46,7 (28)	10,6 (5,88)	43,53 (11,46)	43,39 (12,62)
Rede do pré-natal *	SUS	13,3 (8)	7,62 (7,53)	50,5 (7,09)	52,0 (8,45)
	Rede privada	60 (36)	10,69 (5,62)	40,33 (9,35)	41,58 (10,28)
	SUS e rede privada	26,7 (16)	8,75 (6,06)	48,62 (11,44)	49,68 (12,33)
Planejamento da gestação*	Planejada	56,7 (34)	10,29 (5,28)	39,85 (9,56)	40,97 (10,54)
	Não planejada	43,3 (26)	9,07 (6,92)	49,19 (9,46)	50,57 (10,23)
Classificação de risco gestacional	Risco habitual	83,3 (50)	9,98 (5,88)	43,72 (11,09)	44,84 (11,45)
	Alto risco	13,3 (8)	7,25 (6,38)	44,25 (8,17)	44,37 (11,55)
Doença crônica anterior à gestação	Sim	15 (9)	7,11 (5,13)	43,33 (7,87)	43,55 (10,15)
	Não	85 (51)	10,23 (6,09)	44 (10,99)	45,41 (11,66)
Problema de saúde na gestação atual *	Sim	20 (12)	11,16 (8,83)	53,33 (10,39)	56,5 (9,94)
	Não	76,7 (46)	9,43 (5,27)	41,58 (9,41)	42,28 (10,01)
Quantidade de gestações	Primigesta	58,3 (35)	9,88 (5,76)	44,68 (11,63)	46,02 (12,89)
	Multigesta	40 (24)	9,79 (6,54)	42,79 (9,04)	43,5 (8,94)
Quantidade de filhos/as*	Sem filhos/as	60 (36)	9,25 (5,54)	43,33 (10,13)	44,11 (11,13)
	1 filho/a	28,3 (17)	7,76 (4,7)	45,11 (10,52)	45,58 (10,48)
	2 ou mais filhos/as	5 (3)	19 (8,88)	41,33 (9,07)	44,33 (11,37)
Histórico de aborto	Sim	21,7 (13)	10,46 (6,5)	44,15 (12,21)	44,92 (11,66)
	Não	78,3 (47)	9,57 (5,94)	43,82 (10,15)	45,19 (11,43)
Histórico de perda neonatal	Sim	5 (3)	10,33 (11,06)	39 (5,56)	40 (4,58)
	Não	95 (57)	9,73 (5,81)	44,15 (10,69)	45,40 (11,59)
Ameaça de aborto na gestação atual	Sim	8,3 (5)	8,2 (8,37)	47,7 (14,2)	49,6 (14,6)
	Não	90 (54)	10,07 (5,77)	43,66 (10,31)	44,72 (11,23)
Ameaça de parto prematuro na gestação atual	Sim	6,7 (4)	13 (7,47)	41,75 (15,10)	45 (18,31)
	Não	93,3 (56)	9,53 (5,92)	44,04 (10,29)	45,14 (10,98)
Acompanhamento por Doula e EO	Doula	11,7 (7)	13,57 (3,9)	43,85 (16,12)	48 (17,42)
	Enfermeira obstetra	15 (9)	10,22 (6,11)	4,0 (4,60)	44,5 (8,87)
	Doula e Enfermeira obstetra	20 (12)	7,08 (5,10)	42,25 (8,42)	41,91 (6,44)
	Acompanhamento convencional	53,3 (32)	9,81 (6,40)	44,78 (11,30)	45,87 (12,09)
Rede em que planeja o nascimento*	Pública	15 (9)	5 (3,16)	47,55 (9,55)	48,55 (9,72)
	Privada	85 (51)	10,6 (6,03)	43,25 (10,64)	44,52 (11,63)
Escolha de via de nascimento &	Vaginal/normal	66,7 (40)	9,57 (5,96)	41,77 (8,89)	43,9 (10,52)
	Cesárea	23,3 (6)	9,85 (6,88)	45,78 (11,85)	47,28 (12,14)
	Ainda não decidiu	10 (6)	10,83 (5,11)	53,66 (12,81)	53,66 (15,78)
Teve COVID-19	Não teve	50 (30)	10,2 (6,19)	42,56 (13,03)	43,96 (11,97)
	Antes da gestação	35 (21)	8,8 (5,55)	44,13 (9,12)	44,85 (9,39)
	Durante a gestação	8,3 (5)	11,2 (5,49)	46,4 (14,04)	48,6 (14,18)
	Antes e durante a gestação	6,7 (4)	9,75 (9,21)	9 (13,03)	51 (15,03)
Pessoas da residência tiveram COVID-19	Sim	63,3 (38)	8,94 (6,23)	43,63 (10,62)	
	Não	36,7 (22)	11,18 (5,49)	44,36 (10,59)	
Perdeu alguém por COVID-19*	Sim	60 (36)	9,72 (5,29)	41,5 (9,85)	
	Não	40 (24)	9,83 (7,09)	47,5 (10,67)	

DISCUSSÃO

A prevalência de 28.3% para depressão gestacional na amostra se aproxima do resultado encontrado por Araújo & Cerqueira-Santos (2021), estudo realizado com gestantes do mesmo Estado. A similaridade de resultados também se verificou para ansiedade estado e traço, de 58.3% e 61.7%, respectivamente no presente estudo e de 60% para ansiedade estado e 64.4% nos dados coletados

em 2019¹⁵. A taxa para depressão foi maior comparada a outros estudos nacionais^{6,8,12,14,16,21} e menor em relação a pesquisas como Lima e colaboradores⁷. Quanto à prevalência de ansiedade na gestação, o estudo apresentou taxas de prevalências muito elevadas em relação a outros estudos nacionais que avaliaram o mesmo desfecho^{8,14,16-19} ainda que se utilizasse o mesmo instrumento de rastreio, com exceção da pesquisa realizada em Sergipe¹⁵.

A diferença significativa observada para maior prevalência de ansiedade estado para mulheres de nível superior difere do que apontam as revisões acerca dos aspectos educacionais e sua relação com o adoecimento psíquico na perinatalidade. Os estudos de que identificam fatores educacionais com a depressão e/ou ansiedade encontram relações significativas para baixos níveis de escolaridade^{22,32}. O resultado do presente estudo pode ser compreendido a partir do perfil das participantes, com alta prevalência de mulheres com nível superior e pós-graduação.

A relação entre ansiedade estado e traço e não ter planejado a gestação é observada em outros estudos^{7,11,15}. A gravidez é um período de intensas mudanças multidimensionais, trazendo desafios adaptativos, principalmente para quem não planejou vivenciá-la num determinado momento por diferentes motivos. As demandas econômicas, emocionais, sociais e fisiológicas do período perinatal podem envolver um maior nível de estresse e de sofrimento psíquico para quem precisou implementar adaptações de forma inesperada.

A maior prevalência e escore mais elevado para as duas dimensões de ansiedade em relação a apresentar problemas de saúde na gestação atual também foi encontrada em outros estudos^{8,12}. Apresentar problemas de saúde na gestação pode alterar a classificação do risco gestacional, apresentando-se como doenças que surgem na gravidez, sangramentos vaginais, bem como outras patologias ligadas à saúde materna e fetal²⁹. Apresentar alguma intercorrência dessa natureza pode expor a um maior medo de outras complicações, impactos no desenvolvimento do bebê e preocupações sobre a manutenção da gravidez até o termo, além de demandas de cuidados específicos e risco de hospitalização²⁹⁻³¹. A atenção também precisa se dar na direção em que apresentar um quadro ansioso e/ou depressivo pode expor a maior risco de complicações obstétricas e aumentar a incidência de comportamentos prejudiciais à saúde¹⁷, afetando a disponibilidade materna para os recém-nascidos⁸.

Planejar o nascimento na rede privada e a relação com a maior prevalência de depressão pode se dar em função de diferenças observadas entre o perfil que tem acesso aos serviços públicos e privados e as dinâmicas institucionais de cada um deles³². Dentre as distinções, há uma maior ênfase para a via de nascimento da cesárea na rede privada, que muitas vezes se relaciona a um modelo de assistência que mina o processo de escolha informada, induzindo decisões, ferindo a autonomia da gestante ao longo do pré-natal^{9,33}.

Nesse sentido, as distinções de perfil socioeconômico e gestacional das usuárias das redes pública e privada, bem como dos contextos assistenciais do cuidado perinatal, ajudam a explicar as diferenças observadas na relação entre ansiedade e realizar o pré-natal no SUS, de forma exclusiva ou junto ao atendimento privado^{10,32}. Esse resultado indica uma possível experiência de insatisfação com o pré-natal realizado no SUS, o que pode produzir uma maior experiência desamparo e incertezas em relação ao cuidado recebido nos serviços em Sergipe. Outros elementos a serem considerados são os desafios que criaram ou potencializaram barreiras de acesso ligados às demandas de saúde e reestruturação dos serviços em função da pandemia da COVID-19³⁴. A representação do atendimento recebido está ligada à percepção de como o pré-natal está sendo conduzido, variando de acordo com a experiência que indivíduo tem com o serviço, bem como a sua organização e problemas estruturais e os seus aspectos positivos³⁵. Os dados de qualidade do pré-natal no setor público e privado indicam que há melhorias importantes a serem feitas em ambos os setores, sendo diferentes os aspectos a serem otimizados e ajustados de acordo com o Plano Nacional de Humanização³⁶.

As variáveis de saúde mental que se relacionaram com um maior escore para a ansiedade estado e/ou traço foram semelhantes às associações encontradas em outros estudos: histórico de episódio depressivo e de diagnóstico de outros transtornos mentais^{7,11,12,15,21} e histórico familiar de transtorno mental^{15,21}. Em relação ao dado que informa que o acompanhamento psicológico se associou a um escore

mais elevado para ansiedade estado, uma possibilidade explicativa é considerar que o grupo com maior grau de ansiedade pode ter tido uma maior necessidade percebida de auxílio profissional especializado.

Fatores socioeconômicos como menor renda, baixa escolaridade e desemprego, indicadores associados à maior vulnerabilidade socioeconômica, que aparecem como unanimidade nas revisões de literatura^{10,17,21-23} não se relacionaram a uma maior prevalência e de sintomatologia depressiva e ansiosa nesse estudo. Algumas pesquisas que apresentaram um resultado semelhante ou que nenhum fator socioeconômico/sociodemográfico se mostrou como fator de risco^{4,11,31}. O dado encontrado pode ser explicado pela homogeneidade da amostra, a qual não permitiu avaliar o contraste de aspectos do contexto socioeconômico de diferentes grupos e suas possíveis associações com desfechos em saúde mental.

Os fatores socioeconômicos, obstétricos e de saúde geral e mental considerados na pesquisa se relacionaram significativamente em um ou mais pontos com a prevalência e/ou maior escore de sintomas ansiosos e depressão. Embora se tenha apontado algumas divergências de resultados em relação a outros estudos, principalmente no que concerne aspectos socioeconômicos, encontram-se dados convergentes, como o histórico pessoal e/ou familiar de depressão e outros transtornos mentais, ter problemas de saúde na gestação e o maior risco de adoecimento psíquico. As aproximações e afastamentos de resultados de outros estudos nacionais aponta também para a complexa etiologia multifatorial dos transtornos mentais na perinatalidade. Deve-se considerar que as características pessoais, fisiológicas, histórico de saúde, relacionamentos, contextuais e fatores macrossociais se combinam de diferentes maneiras de modo a influenciar positiva ou negativamente a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na gestação²².

Quanto às limitações do presente estudo, pode-se mencionar o número de participantes, o perfil socioeconômico da amostra e a estratégia de coleta adotada, que apresentou como consequência um grupo de participantes altamente escolarizado e de alta renda comparado a outras pesquisas nacionais. A coleta via questionário online inviabilizou o acesso a mulheres menos escolarizadas e/ou com dificuldades de compreensão dos itens. O ambiente de coleta virtual pode ter impactado negativamente na taxa de abandono da pesquisa, bem como dificulta esclarecimentos a serem feitos sobre a delimitação da amostra e objetivos do estudo. Ademais, os desfechos avaliados foram apenas ansiedade e depressão, utilizando instrumentos de autorrelato, que podem ter uma maior sensibilidade e não têm a mesma validade diagnóstica de outros instrumentos de avaliação em saúde mental²⁰. O delineamento transversal possui a limitação de avaliar variáveis relacionadas e desfecho ao mesmo tempo, não sendo possível investigar efeitos longitudinais. O estudo não avaliou variáveis como experiências estressoras durante a gestação e o suporte social. Desse modo, a generalização é limitada a outros contextos diferentes nacional ou internacionalmente.

CONCLUSÃO

O estudo visou identificar a prevalência de ansiedade e depressão, caracterizando o perfil das participantes e investigando fatores associados aos desfechos de saúde mental. Observou-se uma alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos na amostra, de modo que os dados encontrados se assemelham às taxas de prevalência obtidas no estudo de Araújo e Cerqueira-Santos¹⁵, feito em um contexto similar.

Pesquisas futuras podem ser feitas de forma presencial, incluindo gestantes e puérperas atendidas na rede pública e privada e variáveis que permitam avaliar a percepção de qualidade do cuidado prestado em cada uma delas. Sugere-se também a realização de pesquisas qualitativas sobre saúde mental na gestação, já que há um predomínio de pesquisas quantitativas sobre o tema, o que produz uma lacuna na compreensão de questões subjetivas²². Adotar o delineamento longitudinal, com acompanhamento em diferentes momentos da gestação e/ou comparação entre gestação e puerpério podem fornecer mais informações de que modos diferentes variáveis se combinam em cada etapa, bem como interagem ao longo do tempo.

Contribuição dos autores

IHAB: Concepção original da pesquisa, coleta e análise de dados e redação do texto inicial.

ECS: Orientador do projeto geral, supervisionou a análise de dados e fez a redação final do texto.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital; 2013.
2. Wenzel, A, Kleiman, K. Cognitive behavioral therapy for perinatal distress. Nova York: Routledge; 2015.
3. Bortoletti FF. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura MU, Santada RM, Mattar R, editors. Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole; 2007.
4. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JFC, Cavalcanti MT, Lovisi GM. 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*. 2012; 61(4): 214-220. (DOI: 10.1590/S0047-20852012000400004).
5. Pedraza DF, Lins ACL. Complicações clínicas na gravidez: Uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(3): 5329-5350. (DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.33202019).
6. Bonatti AT, Roberto APS, Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021; 29: e3480. (DOI: 10.1590/1518-8345.4932.3480).
7. Lima MOP, Tsunehiro MA, Bonadolo IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta. Paul. Enferm*. 2017; 30(1): 39-46. (DOI: 10.1590/1982-0194201700007).
8. Saviani-Zeoti F, Petean EBL. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*. 2015 out-dez; 32(4): 675-683. (DOI: 10.1590/0103-166X2015000400010).
9. Meireles JFF, Neves CM, Nacif MFP, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Comparação entre gestantes do setor público e privado da saúde: Uma abordagem psicológica. *Rev. Brasil. Saúde Matern. Infant*. 2019 jan-mar; 19(1): 89-97. (DOI: 10.1590/1806-93042019000100005).
10. Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLQ. Depressão em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2020; 25: e69308. (DOI: 10.5380/ce.v25i0.69308).
11. Suarte APMM, Barbosa JVS, Feire MMNO, Arrais AR. Perfil clínico-epidemiológico e fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão perinatal em gestantes de risco acompanhadas nos anos de 2017-2018 em Hospital Materno-Infantil no Distrito Federal. *Brazilian Journal of Development*. 2021 nov; 7(11): 1002072-102084. (DOI: 10.34117/bjdv7n11-027).
12. Moraes EV, Campos RN, Avelino MM. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2016; 38(6): 293-300. (DOI: 10.1055/s-0036-1585072).

13. Silva V, Ferreira C, Basílio A, Ferreira AB, Maia B, Miguelote R. Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2019; 68(2): 65-72. (DOI: 10.1590/0047-2085000000229).
14. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(6): e0032016. (DOI: 10.1590/0102-311X00032016).
15. Araújo NG, Cerqueira-Santos E. Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: Um estudo exploratório pré-intervenção. *Revista de Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2020; 9(3), 1-13. (DOI: 10.18316/sdh.v9i3.7739).
16. 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*. 2012 fev; 28(2): 385-393. (DOI: 10.1590/S0102-311X2012000200017).
17. Costa DO, Souza FIS, Pedrosa GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: Estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(3): 691-700. (DOI: 10.1590/1413-81232018233.27772015).
18. Schiavo RA. *Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto [dissertação]*. Bauru: Faculdade de Ciências da UNESP; 2011.
19. Schiavo RA, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas em Psicologia*. 2018 dez; 26(4): 2091-2104. (DOI: 10.9788/TP2018.4-14Pt).
20. Dennis C, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018; 210: 315-323. (DOI: 10.1192/bjp.bp.116.187179).
21. Silva, R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, Horta B, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: A cohort study in the public health care system. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2012; 34(2): 143-148. (DOI: 0.1590/S1516-44462012000200005).
22. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2017 jul-dez; 25(2): 69-76. (DOI:10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76).
23. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021 jul; 1(7): 325-336. (DOI: 10.5498/wjp.v11.i7.32).
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1987 jun; 150: 782–786. (DOI: 10.1192/bjp.150.6.782).
25. Santos, MFS. Depressão no pós-parto: validação da escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia da UNB; 1995.
26. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 191: 62–77. (DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014).
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Traução e adaptação. Rio de Janeiro: CEPA; 2003.
28. Araújo NG, Cerqueira-Santos E. Características e impacto dos programas de prevenção da Depressão Pós-Parto em Terapia Cognitivo-Comportamental: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2020 jan-jun; 16(1): 10-18. (DOI: 10.5935/1808-5687.20200003).
29. Cabral SAAO, Alencar MCB, Carmo LA, Barbosa SES, Barros ACV, Barros JKB. Receios na gestação de alto risco: Uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. *Id on Line Rev. Mult. Psicologia*. 2018; 12(40): 152-162. (DOI: 10.14295/idonline.v12i40.1051)

30. Hirdes A. Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*. 2020 set; 10(9): 40216-40220. (DOI: 10.37118/ijdr.20034.09.2020).
31. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Ansiedade na gravidez: Prevalência e fatores associados. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2017; 51: e03253. (DOI: 10.1590/S1980-220X2016048003253).
32. Silva TPR, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Souza KV, Matozinhos FP. Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas; estudo transversal. *Revi. Bras. Enfermagem*. 2020; 73(Suppl. 4): e20180996. (DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0996).
33. Weidle GW, Medeiros CRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Coletiva*. 2014 jan-mar; 22(1): 46-53. (DOI: 10.1590/1414-462X201400010008)
34. Silva FL, Russo J, Nucci M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. *Horizontes Antropológicos*. 2021 jan-abr; 27(59): 245-265. (DOI: 10.1590/S0104-71832021000100013).
35. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc. São Paulo*. 2015; 24(3): 765-779. (DOI: 10.1590/S0104-12902015127606).
36. Paris GF, Pelloso SM, Martins, PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia*. 2013 out; 35(10): 447-452. (DOI: 10.1590/S0100-72032013001000004).