
Artigo Original

Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: um estudo exploratório pré-intervenção

Depression, Anxiety and Social Support in Pregnancy: a pre-intervention exploratory study



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i3.7739>

Neuraci Gonçalves de Araujo^{1*}, Elder Cerqueira-Santos¹

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou rastrear sintomas de depressão, ansiedade e percepção de suporte social em gestantes. **Materiais e Métodos:** 90 gestantes, com idade entre 18 e 45 anos ($M = 28,62$; $DP = 7,10$) responderam a um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Percepção de Suporte Social. Para comparar os índices das escalas com as variáveis sociodemográficas foram realizados teste- t e ANOVA e, correlações de Pearson para avaliar a relação entre as escalas. **Resultados:** A presença de sintomatologia depressiva com pontuação ≥ 13 foi encontrada em 28,9% das gestantes investigadas, enquanto os sintomas ansiosos acima de 40 pontos mostraram-se presentes em 60%. Foram encontradas significâncias estatísticas associadas a sintomatologia depressiva e de ansiedade em relação às variáveis moradia, renda familiar,

planejamento da gestação, histórico de transtorno mental pessoal (entre eles depressão anterior) e familiar. Os sintomas de ansiedade apresentaram associação significativa ainda com o status do relacionamento, problemas de saúde e tratamento psiquiátrico atual. Correlação de *Pearson* revelou significância estatística entre depressão, ansiedade e suporte social. **Conclusão:** Estes dados mostram a importância do rastreio e a necessidade de medidas de prevenção e promoção da saúde materna.

Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Suporte Social.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to track symptoms of depression, anxiety and perception of social support in pregnancy. **Material and Methods:** 90 pregnant women, aged between 18 and 45 ($M = 28.62$; $SD = 7.10$), who answered a sociodemographic questionnaire, the Edinburgh Postpartum Depression Scale, the Anxiety Inventory and the Social Support Perception Scale. To compare the indexes of the scales with the sociodemographic variables, a t-test and ANOVA were performed, as well as a Pearson's correlations to evaluate the relationship between the scales. **Results:** The presence of depressive symptoms (≥ 13 score) was found in 28.9% of the investigated pregnant women, while anxious symptoms (above 40 points) were present in 60%. Statistical significance associated with depressive and anxiety symptoms were found in relation to the variables: housing, family income, pregnancy planning, personal history (including previous depression) and family mental disorder. The anxiety symptoms presented significant association with relationship status,

¹ Universidade Federal de Sergipe, PPG Psicologia, Aracaju, Brasil.

***Autor correspondente:** Av. Marechal Rondon, PPGPSI, Campus da UFS, Jd Rosa Else, São Cristóvão, SE, 40100-000.

E-mail: neuracipsi@gmail.com

Submetido em: 23.10.2020

Aceito em: 28.01.2021

health problems and current psychiatric treatment. Pearson's correlation revealed statistical significance between depression, anxiety and social support. **Conclusion:** These data show the importance of screening and the need for measures to prevent and promote maternal health.

Keywords: Depression; Anxiety; Social Support.

INTRODUÇÃO

Culturalmente, a gestação é vista como um “estado de graça”, como “uma benção”, como sinônimo de saúde e, por isso, espera-se que a mulher esteja radiante e feliz. Esta visão socialmente propagada não considera que fatores biopsicossociais podem interferir no estado emocional da gestante e levar ao aparecimento de transtornos mentais. Estudos indicam que a gravidez e o puerpério são os períodos de maior vulnerabilidade na saúde mental da mulher^{1,2}.

A depressão e a ansiedade são alguns dos transtornos mentais comuns (TMC) que podem surgir na gestação³. Na literatura, as taxas de prevalência desses transtornos mentais durante a gestação são bem heterogêneas, variando conforme a população estudada, as condições de desenvolvimento do país de estudo⁴, os instrumentos utilizados na coleta de dados², entre outras. Em relação à depressão, encontram-se valores que vão de 8,8%⁵ a 61,4%⁶, sendo mais frequente valores em torno de 20%^{7,8,9}. Quanto à ansiedade, esta é menos investigada que a depressão e, quando estudada, tende a ser associada à depressão¹⁰. Desta forma, são poucos os relatos com taxas específicas para ansiedade em gestantes e, nos textos encontrados, estas variaram de 10,2%⁸ a 49,3%¹¹.

Esses transtornos podem trazer prejuízos ao curso da gravidez e ao desenvolvimento do bebê^{12,13}, por exemplo, quadro de pré-eclâmpsia¹⁴ e prematuridade¹⁵. Por isso, é importante o diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento adequado. No entanto, devido a sobreposição de sintomas depressivos e ansiosos com os da gestação, esses transtornos tendem a ser mascarados e, portanto, subdiagnosticados, além de não reconhecidos pela gestante¹⁶.

Para que ocorra a busca pelo tratamento é necessária a autopercepção do sofrimento e/ou o rastreamento dos sintomas por parte da equipe de

assistência à gestante. Outro ponto importante é a identificação dos fatores associados à depressão e ansiedade durante a gestação para que sejam implementadas estratégias de prevenção e tratamento aplicadas na assistência pré-natal, tanto clínica quanto psicológica¹⁷, entre esses fatores está a percepção de suporte social.

O suporte social é um constructo com diversas facetas. Definido como um suporte emocional, instrumental e informacional, refere-se ao apoio afetivo, aos recursos financeiros e práticos e às informações que recebe de outras pessoas para auxiliar na tomada de decisão¹⁸. A presença de altos níveis de suporte social é apontada como redutor do impacto de eventos estressantes e como fator protetor de doenças mentais, como a depressão e a ansiedade. Estudos que investigaram a correlação entre sintomas depressivos e ansiosos, identificaram que quanto maior a pontuação de sintomas desses quadros, menor é a percepção de suporte social^{1,19,20,21}.

A literatura aponta diversos fatores associados a TMC (depressão e/ou ansiedade) na gestação, entre eles: socioeconômicos (idade, renda, nível educacional), complicações obstétricas, rede de apoio, histórico de saúde mental pessoal¹⁰, planejamento da gestação e relacionamento afetivo conturbado^{3,13,22}.

Este artigo teve como objetivo descrever os resultados de uma avaliação preliminar realizada em gestantes quanto à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa e percepção de suporte social. Especificamente visou: identificar os escores de sintomatologia depressiva e de ansiedade; investigar os níveis de percepção de suporte social e identificar os fatores associados à ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

O presente estudo teve delineamento transversal e a amostra final foi composta de 90 gestantes, atendidas em serviços obstétricos público ou privado, com idade entre 18 e 45 anos ($M = 28,62$; $DP = 7,10$), cuja caracterização completa está descrita nos resultados (Tabela 2.1).

Instrumentos

Para o levantamento dos dados, utilizou-se os instrumentos: Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Escala de Percepção de Suporte Social-Adulto (EPSUS-A) para investigar, respectivamente, a presença de sintomatologia depressiva e de ansiedade e a percepção de suporte social, além de um questionário elaborado pela pesquisadora, visando obter as informações sociodemográficas (idade, status do relacionamento, escolaridade, moradia, renda e número de filhos), sobre a gestação (número de gestações, histórico de aborto, tempo de gestação e planejamento da gravidez), saúde da gestante (problemas de saúde, histórico de depressão anterior, diagnóstico de transtorno mental comum (TMC), transtorno mental na família e de tratamento psiquiátrico atual).

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é uma escala de rastreamento da depressão pós-parto (DPP) que, na ausência de uma escala específica para avaliar depressão durante a gestação, tem sido adotada nessa fase^{10,23}. Às respostas são atribuídos os valores de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas assinalados. Nesta escala os valores atribuídos às questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são computados inversamente (3, 2, 1, 0). O escore total é obtido pela soma dos valores correspondentes a cada item assinalado. Não foram encontrados estudos de validação da EPDS em amostra de gestantes, no entanto, em pesquisa com puérperas, ela apresentou excelentes critérios psicométricos para discriminar a DPP na referida população, coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,87 e área total sobre a curva ROC de 0,937 (erro-padrão +0,20; $p < 0,001$), além de 86,4% de sensibilidade e 91,1% de especificidade quando adotados 10 pontos como ponto de corte para DPP²⁷ (Malloy-Diniz, Schlottfeldt, Figueira, Neves, & Corrêa, 2010). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi 0,88.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE é dividido em duas subescalas que medem a ansiedade, buscando investigar como o avaliado se sente naquele momento (IDATE-Estado) e como geralmente se sente, ou seja, seu padrão usual de ansiedade (IDATE-Traço). Elas são compostas de 20 afirmativas cada, com opções de resposta que pontuam de um a quatro: absolutamente não

(1), um pouco (2), bastante (3) e muitíssimo (4). A medida do Coeficiente alfa de Cronbach revela índices de consistência interna altos, de 0,86 a 0,95 para ansiedade-estado, e de 0,89 a 0,92 para ansiedade traço²⁵. Na presente pesquisa, os coeficientes foram $\alpha = 0,92$ e $0,91$ para IDATE-E e IDATE-T, respectivamente.

A Escala de Percepção de Suporte Social-Adulto (EPSUS-A) é composta por 36 itens com o objetivo de avaliar a percepção de suporte social do indivíduo, como ele percebe a integração social em seu meio, considerando os fatores: F1 – afetivos; F2 – interações sociais; F3 - instrumental (recursos materiais) e F4 – enfrentamento de problemas. A pesquisa de validação dessa escala encontrou índices de confiabilidade satisfatórios, apresentando valores alfa de *Cronbach* ($\alpha=0,94$) em sua totalidade²⁶. No presente estudo, o coeficiente foi $\alpha = 0,96$.

Procedimentos de coleta de dados

As participantes foram recrutadas por busca ativa, com o objetivo de ter no mínimo 90 participantes, por critério mínimo para estatística comparativa. Estas buscas foram realizadas em unidades de serviços de obstetrícia (Unidade Básica de Saúde e Hospital Universitário) e por manifestação de interesse, a partir da divulgação em redes sociais (Instagram, Facebook e WhatsApp) e/ou cartazes dispostos nos postos de saúde, bem como por indicação de enfermeiros e assistentes sociais desses serviços e de gestantes participantes da pesquisa. Teve como critério de inclusão: estar grávida, sem restrição quanto ao trimestre de gestação e aceitar, voluntariamente, responder a todos os instrumentos da pesquisa. Como critério de exclusão, adotou-se ter idade inferior a 18 anos ou que auto-declararam ser incapazes de compreender e/ou responder as questões da pesquisa.

No período de janeiro a maio/2019 foram abordadas 178 gestantes, destas, 95 aceitaram participar e todas preenchem os critérios de inclusão. Elas foram convidadas a ler e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em concordância com os procedimentos e participação na pesquisa. Em seguida, os instrumentos descritos anteriormente foram entregues para que elas respondessem e, quando solicitado pela participante, a pesquisadora

ou a auxiliar de pesquisa, fazia a leitura dos instrumentos. A coleta durava em torno de uma hora, feita de forma individual e sem a presença de outros profissionais ou ouvintes. Os dados obtidos referentes à cada participante foram incluídos no SPSS versão 22 (*Statistical Package for Social Sciences*) para análises. Nessa etapa, 5 participantes foram excluídas por não responderem completamente todas as escalas.

Este estudo seguiu as recomendações da resolução 466/2012²⁷ e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde²⁸ e sua condução foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 98705518.9.0000.5546).

Procedimentos de análise de dados

Foram realizadas estatísticas descritivas (frequência, média, desvio padrão e porcentagem) para avaliar a distribuição dos dados sociodemográficos, gestacional e de saúde, da amostra estudada, bem como para investigar sintomas de ansiedade e depressão e, os níveis de percepção de suporte social. Para identificar a ocorrência da sintomatologia indicativa desses transtornos e classificar o nível de suporte social, adotou-se as normas dos instrumentos ou pontos de corte considerados na literatura como mais adequados.

Em relação a EPDS, adotou-se como ponto de corte escores ≥ 13 como indicativo de ocorrência de sintomas de depressão maior, por ser este o valor apontado como o melhor valor em estudo brasileiro referente às propriedades psicométricas da escala²⁹. Para a presença de sintomas indicativos de transtorno ansioso, adotou-se como ponto de corte o mesmo valor utilizado por um estudo com gestantes do Rio de Janeiro¹⁷, ≥ 41 pontos nas escalas IDATE, tanto para estado quanto para traço. A apuração e interpretação dos escores da EPSUS-A seguiram as normas constantes em seu manual, considerando a pontuação geral aplicada à amostra do sexo feminino, a saber: baixo (0-64), médio (65-86) e alto (87-108).

Os dados foram verificados em critério de normalidade, assim, foram adotadas análises inferenciais para comparar os índices de sintomas de ansiedade (IDATE-E) e depressão (EPDS) com as variáveis sociodemográficas, gestacional e de saúde, buscando-se identificar diferenças na média

dos escores dos subgrupos de cada variável, as análises inferenciais de Teste-*t* e Análise de Variância -ANOVA, sendo esta última para as variáveis escolaridade, moradia, renda familiar e trimestre de gestação (Tabela 2.3). Para avaliar as relações entre as escalas foram utilizadas Correlações de *Pearson*. Em todas as análises, adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do questionário de coleta de informações individuais, a amostra foi caracterizada quanto aos dados sociodemográficos, gestacional e de saúde (Tabela 1). No que se refere aos dados sociodemográficos, as gestantes tinham entre 18 e 45 anos de idades ($M = 28,62$; $DP = 7,10$), com renda mensal entre 170,00 e 15.000,00 reais (mediana de 1400,00) dividida para efeito de análises em 3 categorias: até 1.000,00 (38,8%; $n = 26$), de 1001,00 a 2.000,00 (28,4%, $n = 19$) e acima de 2.001,00 (32,8%, $n = 22$). Quanto ao status de relacionamento, 82,2% ($n = 74$) mantêm relação com o parceiro. No que se refere à moradia, 42,0% ($n = 37$) residem em casa própria e 58,0% de aluguel ($n = 36$) ou de parentes ($n = 15$). As respostas quanto à escolaridade foram divididas também em 3 categorias: até o fundamental (20,0%, $n = 18$), médio completo ou incompleto (50,0%, $n = 45$) e superior incompleto ou completo (30,0%, $n = 27$). Em relação ao número de filhos, 53,3% ($n = 48$) eram nulíparas e 46,7% ($n = 42$) múltiparas.

Quanto à história gestacional, 75,6% ($n = 68$) da amostra relataram não ter planejado a gestação, 40% ($n = 36$) eram primigestas e 60% ($n = 54$) multigestas, e 27,85% (25) já tiveram pelo menos um aborto, destas, apenas uma relatou aborto não espontâneo. Em relação ao tempo de gestação na data da aplicação dos instrumentos, 7,8% ($n = 7$) estavam no primeiro trimestre, 51,1% ($n = 46$) no segundo e 41,1% ($n = 37$) no terceiro.

No que se refere à saúde da gestante, 37,8% ($n = 34$) relataram problemas de saúde (pressão alta, diabetes, sangramento, entre outros). Quanto à saúde mental, 30% ($n = 27$) informaram já ter recebido anteriormente diagnóstico de algum TMC (transtorno de ansiedade, fobia, pânico, depressão ou obsessivo compulsivo), 38,9% ($n = 35$) apresentaram autorrelato de episódio depressivo anterior e 43,3% ($n = 39$) afirmaram

ter histórico familiar de transtorno mental. Do total das participantes, apenas 5,6% (5) citaram estar em tratamento psiquiátrico.

As análises descritivas das escalas indicaram, com base na EPDS, a presença de sintomatologia depressiva em 28,9% ($n = 26$) das gestantes investigadas, obtendo-se escores médios de 9,87 ($DP = 6,47$). Quanto ao IDATE, as análises apontam a presença de sintomas ansiosos ≥ 41 pontos em 60% ($n = 54$) para estado e 64,4% ($n = 58$) para traço. A média dos escores foi, respectivamente, 45,62 ($DP = 12,15$) e 45,47 ($DP = 11,62$). Com base no ponto de corte, criaram-se as variáveis dicotômicas (presença/ausência de sintomatologia significativa) para os escores total da EPDS e IDATE-E. A Tabela 2.1 apresenta a distribuição dessa frequência por variável/Categoria.

No que se refere à percepção de suporte social, a média dos escores totais foi de 68,86 ($DP = 23,08$) e, quando adotados os pontos de corte estabelecidos no manual para identificar a frequência em cada nível, das 90 gestantes investigadas, 37,8% ($n = 34$) apresentaram baixa percepção, 36,7% ($n = 33$) média e 25,6% ($n = 23$) alta. A pontuação média na EPDS foi, respectivamente, $M = 13,42$ ($DP = 6,99$), $M = 8,43$ ($DP = 5,11$) e $M = 6,30$ ($DP = 4,40$) e na IDATE-E foi $M = 51,24$ ($DP = 12,04$), $M = 44,45$ ($DP = 11,30$) e $M = 39,04$ ($DP = 9,95$).

Os resultados das análises teste- t e ANOVA que compararam as diferenças de médias dos escores da EPDS em relação às variáveis sociodemográficas, gestacional e da saúde da gestante estão descritos na tabela 2. No que tange às sociodemográficas, apresentaram maiores escores no EPDS as gestantes: com idade acima de 28 anos; sem parceiros; de escolaridade até o ensino fundamental; morando com parentes; com renda mensal de até 1.000,00 reais; e as que já tinham filhos. As análises identificaram significância estatística nas diferenças das variáveis moradia e renda familiar ($p = 0,041$ e $0,032$, respectivamente).

A comparação das médias de escores do EPDS quanto às variáveis relacionadas à gestação indicaram maiores médias nas participantes que: não planejaram a gravidez; tiveram outras gestações (multigesta); abortaram pelo menos uma vez; e estavam no segundo trimestre de gestação. No entanto, a significância estatística foi encontrada apenas na variável planejamento da gravidez, $p = 0,006$.

Quando comparado com as variáveis de saúde da gestante, as maiores médias na EPDS estiveram frequentes nas participantes: com história de depressão anterior; diagnóstico de TMC anterior; história de transtorno mental na família; em tratamento psiquiátrico; e com problemas de saúde. A significância estatística foi encontrada nas três primeiras dessas variáveis e, na última, o valor de p (0,053) foi limítrofe.

Teste- t e ANOVA também foram utilizados para comparar as diferenças de médias do IDATE-Estado com essas variáveis e mostraram (Tabela 2) que as maiores médias de sintomatologia ansiosa estiveram presentes nos mesmos grupos que o EPDS, exceto para variáveis trimestre de gestação, com maior pontuação média para as gestantes no terceiro trimestre, e as variáveis aborto e idade, que foram levemente maiores naquelas que nunca abortaram e nas que tinham entre 18 e 28 anos. A significância estatística foi encontrada nas variáveis status de relacionamento, moradia, renda familiar, planejamento da gestação e todas as variáveis de saúde investigadas.

Tabela 1. Frequência na distribuição dos participantes por variáveis sociodemográficas, da gestação, de saúde e dos resultados EPDS e IDATE-E em relação ao ponto de corte.

Variável		Total F% (N)	Sintomas depressivos	Sintomas ansiosos
			EPDS ≥ 13 N = 26 F% (n)	IDATE ≥ 41 N= 54 F% (n)
<i>Idade</i>	18 a 28 anos	51,1 (46)	32,6 (15)	63,0 (29)
	29 a 45 anos	48,9 (44)	25,0 (11)	56,8 (25)
<i>Status relacionamento</i>	Com parceiro	82,2 (74)	24,3 (18)	54,1 (40)
	Sem parceiro	17,8 (16)	50,0 (8)	87,5 (14)
<i>Escolaridade</i>	Fundamental	20,0 (18)	38,9 (7)	61,1 (11)
	Médio	50,0 (45)	31,1 (14)	64,4 (29)
	superior	30,0 (27)	18,5 (5)	51,9 (14)
<i>Moradia</i>	Própria	42,0 (37)	21,6 (8)	40,5 (15)
	Aluguel	40,9 (36)	25,0 (9)	66,7 (24)
	Parentes	17,0 (15)	53,3 (8)	86,7 (13)
<i>Renda familiar</i>	Até 1000,00	38,8 (26)	42,7 (11)	76,9 (20)
	1001,00 a 2000,00	28,4 (19)	26,9 (7)	47,4 (9)
	Acima de 2001,00	32,8 (22)	9,1 (2)	54,5 (12)
<i>Número de gestação</i>	Primigesta	40,0 (36)	27,8 (10)	58,3 (21)
	Multigesta	60,0 (54)	29,6 (16)	61,1 (33)
<i>Número de filhos</i>	Nulípara	53,3 (48)	25,0 (12)	52,1 (25)
	Múltipara	46,7 (42)	33,3 (14)	69,0 (29)
<i>Aborto</i>	Não	72,2 (65)	27,7(18)	63,1 (41)
	Sim	27,8 (25)	32,0 (8)	52,0 (13)
<i>Trimestre de gestação</i>	Primeiro	7,8 (7)	14,3 (1)	28,6 (2)
	Segundo	51,1 (46)	34,8 (16)	52,2 (24)
	Terceiro	41,1 (37)	24,3 (9)	75,7 (28)
<i>Planejamento da gestação</i>	Não	75,6 (68)	35,3 (24)	67,6 (46)
	Sim	24,4 (22)	9,1 (2)	36,4 (8)
<i>Problema de saúde</i>	Não	62,2 (56)	25,0 (14)	53,6 (30)
	Sim	37,8 (34)	35,3 (12)	70,6 (24)
<i>História de depressão anterior</i>	Não	61,1 (55)	14,5 (8)	40,0 (22)
	Sim	38,9 (35)	51,4 (18)	91,4 (32)
<i>Diagnóstico de TMC anterior</i>	Não	70,0 (63)	25,4 (16)	52,4 (33)
	Sim	30,0 (27)	37,0 (10)	77,8 (21)
<i>Tratamento psiquiátrico atual</i>	Não	94,4 (85)	27,1 (23)	58,8 (50)
	Sim	5,6 (5)	60,0 (3)	80,0 (4)
<i>Transtorno Mental na família</i>	Não	56,7 (51)	21,6 (11)	53,0 (27)
	Sim	43,3 (39)	38,5 (15)	69,2(27)

Tabela 2. Testes de diferença de média de EPDS e IDATE-E em relação às variáveis sociodemográficas, da gestação e da saúde da gestante

Variável		Total F% (N) 100 (90)	Escore EPDS M (DP)	Valor do teste	Valor de p	Escore IDATE-E M (DP)	Valor do teste	Valor de p
<i>Idade</i> ¹	18 a 28 anos	51,1 (46)	9,56 (6,00)	-0,450 (88)	0,654	45,67 (11,60)	0,041 (88)	0,967
	29 a 45 anos	48,9 (44)	10,18 (6,97)			45,56 (12,83)		
<i>Status relacionamento</i> ¹	Com parceiro	82,2 (74)	9,27 (6,00)	1,596 (18)	0,127	44,21 (12,00)	2,424 (88)	0,017
	Sem parceiro	17,8 (16)	12,62 (7,93)			52,12 (11,00)		
<i>Escolaridade</i> ²	Fundamental	20,0 (18)	10,66 (6,98)	0,763 (2, 87)	0,469	48,16 (13,87)	1,163 (2, 87)	0,317
	Médio	50,0 (45)	10,31(6,64)			46,26 (11,92)		
	Superior	30,0 (27)	8,59 (5,84)			42,85 (11,23)		
<i>Moradia</i> ²	Própria	42,0 (37)	8,13 96,60)	3,311 (2, 85)	0,041	40,86 (10,99)	8,159 (2, 85)	0,001
	Aluguel	40,9 (36)	9,97 (5,64)			45,75 (10,81)		
	Parentes	17,0 (15)	13,00 (6,60)			54,20 (10,56)		
<i>Renda familiar</i> ²	Até 1000,00	38,8 (26)	10,23 (4,86)	3,635 (2, 64)	0,032	51,15 (12,39)	5,219 (2, 64)	0,008
	1001,00 a 2000,00	28,4 (19)	8,00 (4,38)			41,26 (10,27)		
	Acima de 2001,00	32,8 (22)	6,40 (4,00)			43,31 (9,90)		
<i>Número de gestação</i> ¹	Primigesta	40,0 (36)	9,63 (5,57)	-0,271 (88)	0,787	45,55 (12,31)	-0,042 (88)	0,966
	Multigesta	60,0 (54)	10,01 (7,04)			45,66 (12,16)		
<i>Número de filhos</i> ¹	Nulípara	53,3 (48)	9,22 (6,16)	-0,999 (88)	0,320	44,62 (12,18)	-0,831 (88)	0,408
	Múltipara	46,7 (42)	10,59 (6,80)			46,76 (12,16)		
<i>Aborto</i> ¹	Não	72,2 (65)	9,64 (6,00)	-0,519 (88)	0,605	45,64 (12,21)	0,030 (88)	0,976
	Sim	27,8 (25)	10,44 (7,65)			45,56 (12,24)		

Conclusão Tabela 2

Variável		Total F% (N) 100 (90)	Escore EPDS M (DP)	Valor do teste	Valor de p	Escore IDATE-E M (DP)	Valor do teste	Valor de p
<i>Trimestre de gestação¹</i>	Primeiro	7,8 (7)	7,85 (3,13)	0,736 (2, 87)	0,482	39,28 (13,97)	1,219 (2, 87)	0,300
	Segundo	51,1 (46)	10,58 (7,59)					
	Terceiro	41,1 (37)	9,35 (5,29)					
<i>Planejamento da gestação¹</i>	Não	75,6 (68)	10,92 (6,53)	2,839 (88)	0,006	47,66 (12,23)	2,914 (88)	0,005
	Sim	24,4 (22)	6,59 (5,12)					
<i>Problema de saúde¹</i>	Não	62,2 (56)	8,83 (6,64)	-1,964 (88)	0,053	43,12 (11,55)	-2,580 (88)	0,012
	Sim	37,8 (34)	11,55 (5,87)					
<i>História de depressão anterior¹</i>	Não	61,1 (55)	7,03 (4,52)	-6,203 (88)	<0,001	40,09 (8,50)	-6,095 (55)	<0,001
	Sim	38,9 (35)	14,31 (6,61)					
<i>Diagnóstico de TMC anterior¹</i>	Não	70,0 (63)	8,95 (6,57)	-2,086 (88)	0,040	43,88 (12,20)	-2,106 (88)	0,038
	Sim	30,0 (27)	12,00 (5,78)					
<i>Tratamento¹ psiquiátrico atual</i>	Não	94,4 (85)	9,56 (6,29)	-1,851 (88)	0,068	45,00 (11,88)	-2,037 (88)	0,045
	Sim	5,6 (5)	15,00 (7,96)					
<i>Transtorno Mental na família¹</i>	Não	56,7 (51)	8,13 (5,15)	-3,031 (88)	0,003	42,84 (9,78)	-2,440 (64)	0,017
	Sim	43,3 (39)	12,12 (7,33)					

¹ Teste t; ² ANOVA

Correlação de *Pearson* foi realizada para investigar a relação entre os escores das escalas EPDS, IDATE-Estado, IDATE-Traço e EPSUS. Foram encontradas correlação positiva com valor de r acima de 0,791 entre as três primeiras escalas e negativa nas correlações com a EPSUS com r entre -0,458 e -0,515. A significância estatística entre todas as escalas foi de $p < 0,001$ (Tabela 3).

Tabela 3. Correlações de Pearson entre os instrumentos EPDS, IDATE e EPSUS

	Coeficientes de correlação r			
	EPDS	IDATE-E	IDATE-T	EPSUS
EPDS	–	–	–	–
IDATE-E	0,817*	–	–	–
IDATE-T	0,791*	0,875*	–	–
EPSUS	-0,515*	-0,494*	-0,458*	–

* A correlação é significativa no nível 0,001.

O estudo dos transtornos mentais durante a gestação ainda é raro, sendo mais frequente a investigação da DPP, o que pode dificultar as ações de prevenção. Considerando que as taxas acerca da presença de sintomas depressivos e ansiosos variam conforme as características do estudo, entre elas, os aspectos socioeconômicos e culturais das diferentes populações estudadas, critérios e instrumentos de diagnóstico utilizados na investigação^{30,31}, investigar a presença de sintomas de depressão e de ansiedade nas gestantes ganha importância para a assistência pré-natal da referida população. Em uma revisão sistemática¹⁰ foi identificado que aspectos pessoais, fisiológicos, de histórico de saúde, relacionais, contextuais e socioeconômicos estão associados à quadros de ansiedade e depressão, classificando esses transtornos como complexos e multideterminados.

Neste estudo, observou-se taxas elevadas de sintomas depressivos (28,9%) e de ansiedade (60%) nas gestantes investigadas. Esses valores encontram respaldo nos estudos de Alvarenga e Frizzo⁴ e Costa et al.² acerca da sintomatologia de TMC em gestantes brasileiras. Tais estudos encontraram, respectivamente, taxas de 63% e 26,6%. Estudos anteriores sinalizaram que a frequência de transtornos mentais é maior em população de baixo nível socioeconômico^{6,11,32}, que é a maior parte da amostra do presente estudo.

A ocorrência de sintomas depressivos, nesse estudo, foi maior que a encontrada por Waldie et al.³³ na Nova Zelândia (11,9%) e por Bassi et al.³⁴ na Itália (16%), ambos utilizando a EPDS, porém semelhante as dos estudos de Rezaee e Faramarzi¹¹ e Zeng, Cui e Li³⁵ que identificaram a ocorrência de sintomas em 25,3% das gestantes iranianas e 28,5% chinesas, respectivamente. Esses estudos adotaram diferentes instrumentos (*Depression Anxiety Stress Scale - DASS* e *Self-rating Depression Scale*). O perfil sociodemográfico pode ser a causa dessas diferenças, pois os estudos de Waldie et al.³³ e Bassi et al.³⁴ foram realizados em países desenvolvidos e os demais em países em desenvolvimento.

Em relação aos trabalhos nacionais, a taxa foi maior que a encontrada por Silva et al.³⁰, no qual eles identificaram em uma amostra de 1264 gestantes no Rio grande do Sul, a prevalência de 20,5% de sintomas depressivos. Porém foi uma taxa menor que a encontrada no estudo de Lima et al.⁷, quando investigaram em 272 gestantes em São Paulo a presença de sintomas depressivos em alguma das fases da gestação (38,5%). Neste estudo, ao analisar a frequência por trimestre, as taxas foram: 27,2%, 21,7% e 25,4% (respectivamente 1º, 2º e 3º).

Quanto à ocorrência de sintomas característicos de transtorno ansioso, a taxa de 60% encontrada, a partir da escala IDATE-E, foi superior às citadas na literatura, a exemplo do estudo de Bayrampour, McDonald e Toung³⁶ que, adotando a mesma escala, identificou sintomas em 23% em gestantes do Canadá. Embora tenha utilizado instrumento de investigação diferente, a taxa do presente estudo é um pouco mais próxima das encontradas por Rezaee e Faramarzi⁴ no Iran, correspondente a 49,3% e Wechsler, Reis e Ribeiro³⁷ no valor de 46,7% em gestantes de São Paulo que utilizou o inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

As características da população podem ser uma das explicações para as diferenças entre os estudos, dentre elas as socioeconômicas⁴ e a presença de sintomas de ansiedade-traço³² que, no presente estudo, foi de 64,4% das entrevistadas. Outra possível explicação para a elevada taxa de sintomas ansiosos é o que Ricardo-Ramirez et al.⁶, chamam de vulnerabilidade socioeconômica.

O perfil da amostra é similar a outros estudos que tiveram como principal fonte de recrutamento a assistência oriunda do serviço público^{4,7,38}, cujas condições socioeconômicas não possibilitam que muitas das necessidades básicas sejam atendidas. Dentre os resultados, um que chama a atenção é a gravidez não planejada. Ele sugere a necessidade de programas educativos e estratégias anticoncepcionais mais eficazes que levem em consideração as particularidades sociodemográficas e comportamentais da população, uma vez que a gravidez não planejada é associada a condições socioeconômicas menos favoráveis³⁹.

Estudos anteriores encontraram significância estatística que associam sintomas de depressão e ansiedade a diversos fatores. Entre os sociodemográficos: baixa renda, não ter casa própria, baixa escolaridade^{6,11,32}, não ter parceiro, ter filhos³¹, não ter filhos³² e baixa percepção de suporte social^{21,36}. Nesse estudo, foi encontrada significância estatística para variáveis baixa renda, morar com parentes e baixa percepção de suporte social associadas a sintomas de ambos os transtornos. Não ter parceiro teve significância apenas para ansiedade.

Os achados referentes à renda corroboram ao encontrado por Kinser et al.²¹ que identificou, por meio de regressão logística, a baixa renda como um dos três fatores associados à depressão em gestantes. A baixa renda está associada a outros fatores estressores como desemprego, desamparo, e menor capacidade para lidar com as situações diversas, incluindo as necessárias à manutenção da saúde e moradia.

Não foi localizado estudo que cite morar com parentes entre os fatores associados à depressão ou ansiedade, geralmente a moradia é investigada quanto a ter ou não casa própria, sendo a depressão mais frequente em quem mora de aluguel⁹, que não foi uma variável estatisticamente significativa. Uma hipótese pode ser a de que morar com parente tenha o significado de perda de autonomia, ausência de capacidade de sustentar-se e necessidade de adequar-se as regras do dono da casa, funcionando como evento estressor. Este, por sua vez, está associado à depressão⁴.

A gravidez não planejada foi estudada em uma amostra de 701 gestantes e, a partir da regressão logística multinomial, os autores

concluíram que aquelas que não planejaram a gestação tiveram 2,5 vezes maior risco de ter depressão durante a gravidez e no puerpério quando comparadas às mulheres com uma gravidez planejada⁴⁰. Vale ressaltar que todas as variáveis de saúde investigadas (fisiológica e mental) apresentaram significância estatística associada à ansiedade. Esses dados reforçam a importância de medidas de promoção de saúde.

Uma hipótese para as diferenças encontradas entre este estudo e outros citados ao longo do texto podem ser as questões contextuais, como a instabilidade socioeconômica do país, no momento, e diferenças nos serviços de saúde prestados. Estes podem ser percebidos como eventos estressores que, por sua vez, estão associados à depressão e ansiedade^{6,32}.

Em relação à escala de depressão (EPDS) e as subescalas do IDATE (ansiedade-estado e ansiedade traço), a correlação de Pearson mostrou nesse estudo que elas caminham juntas, em intensidade forte. Quanto maior a pontuação de sintomas depressivos, maior a pontuação de sintomas de ansiedade estado e traço corroborando com achados anteriores^{32,36}. Quando correlacionada a escala EPSUS-A com a EPDS e a IDATE estado e traço, observou-se que elas se relacionam negativamente, em intensidade moderada. Quanto mais baixa a percepção de suporte social, maior a frequência de sintomas depressivos e ansiosos. Este achado encontra consonância com o estudo de Airosa e Silva⁴¹. As correlações encontradas nesse estudo foram mais intensas que as encontradas no estudo de Baptista et al.²⁰ que identificaram relação moderada entre as escalas de depressão e ansiedade e fraca entre estas e a percepção de suporte social.

Pessoas com depressão tendem a apresentar visão negativa de si, do mundo e do futuro e crenças de não serem capazes para lidar com seus problemas⁴². As ansiosas tendem a se sentir vulneráveis e a ter baixas estratégias de enfrentamento⁴³ (Clark & Beck, 2012). Pode-se supor que essa visão negativa do mundo, favoreça a percepção de não ter uma rede de apoio, cuja necessidade é ampliada quando se tem limitação das estratégias de enfrentamento.

CONCLUSÃO

É alta a ocorrência de sintomatologia depressiva e ansiosa na população estudada. Embora uma das limitações desse estudo seja o tamanho da amostra, seus dados são relevantes para ações futuras junto a essa população por incluir participantes residentes em todas as zonas da grande Aracaju e identificar os fatores associados à presença desses sintomas.

A ansiedade e a depressão na gravidez podem trazer prejuízos ao curso da gestação, especialmente a prematuridade, ao desenvolvimento do feto e à saúde materna^{12,13}. A associação entre transtorno mental na gestação e a depressão pós-parto é apontada em diversos estudos e eles evidenciam a necessidade de atenção à saúde mental na gestação^{12,40} e de desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde materna.

Este estudo mostra a necessidade de incluir a investigação de aspectos de saúde mental na assistência pré-natal, bem como a inserção de medidas preventivas e de promoção da saúde materna nesses serviços. Novos estudos poderiam incluir a investigação da qualidade das relações afetivas, das estratégias de enfrentamento e dos serviços de saúde prestados na assistência ao parto. Considerando que a depressão na gestação é citada como preditora da DPP³⁰ sugere-se estudos experimentais de acompanhamento pré-natal psicológico, visando a redução de sintomas e prevenção da saúde materna.

REFERÊNCIAS

1. Wenzel A, Kleiman K. Cognitive behavioral therapy for perinatal distress. New York, Routledge. 2015; 247.
2. 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. Ciências & Saúde Coletas. 2018; 23(3):691-700.
3. González-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N, Kavas T. Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. Journal of Affective Disorders. 2018;238:256-260.
4. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. Paideia; 2017; 27(66):1-9.
5. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown S. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. BJOG. 2015;122(3):312-321.
6. Ricardo-Ramirez C, Alvarez-Gomez M, Ocampo-Saldarriaga MV, Tirado-Otalvaro AF. Prevalence of positive screening for depression and anxiety in high obstetric risk pregnant women in a clinic in Medellin, between January and August 2013, and associated risk factors. Rev Colombia Obstet Ginecol [online]. 2015; 66(2):94-102.
7. Lima M O P, Tsunehiro MA, Bonadio I.C, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Act Paulista de Enfermagem. 2017;30(1):39-46.
8. Cheng ER, Rifas-Shiman SI, Perkins ME, Rich-Edwards JW, Gilman MW, Wright R, Taveras EM. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. Journal of Women's Health. 2016;25 (7):672-679.
9. Silva, RCD. Depressão gestacional: uma revisão de literatura. TCC Esecialização, Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168522>.
10. 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; 25(2):69-76.
11. Rezaee R, Faramarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014;19:45-50.
12. Tuovinen S et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. Depressão e Ansiedade. 2018;35(8):732-741.
13. Van De Loo KFE et al. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. Birth. 2018; 45(4):478-489.
14. Kharaghani R et al. Preeclampsia and depression: A case-control study in Tehran. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(1):249-53.

15. Doktorchik C, Premji S, Slater D, Williamson T, Tough S, Patten S. Patterns of change in anxiety and depression during pregnancy predict preterm birth. *J Affect Disord*. 2017; 227:71–78.
16. Sunday EM, Okoli PC, Dinwoke, VO. Level of awareness and treatment of anxiety and depression during pregnancy in southeast Nigeria. *Revista Sul-Africana de Psiquiatria*. 2018;24:1-5.
17. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2008;8(3):333–340.
18. Cardoso HF, Baptista MN. Evidência de Validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) - EPSUS-A: um Estudo Correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*; 2015;35(3):946-958.
19. Konradt CE et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*. 2011;33(2):76-79.
20. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*. 2006;7(1):39-48.
21. Kinser PA, Thacker LR, Lapato D, Wagner S, Roberson-Nay R, Jobe-Shields L, et al. Depressive Symptom Prevalence and Predictors in the First Half of Pregnancy. *Journal of Women's Health*. 2018;27(3):369-376.
22. Yu H, Jiang X, Bao W, Xu G, Yang R, Shen M. Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. *BMC Gravidez e Parto*. 2018;18(1):1-7.
23. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;8:248.
24. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, Figueira P, Neves, FS, Corrêa H. Escala de depressão pós-parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(3):316–318.
25. Caumo W, Calvetti PÜ, Henriques AA. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. In *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*; Porto Alegre, RS: Artmed. 2018; 1:156–159.
26. Cardoso HF, Baptista MN. Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*. 2014; 19(3):499–510.
27. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 1–8.
28. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, 1–8. Recuperado de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>.
29. Santos IS, Matijasecivh A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2577–2588.
30. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2012;4(2):143-8.
31. 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; 28(2):385-393.
32. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54:217–228.
33. Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, Underwood L, Pryor JE, Atatoa-Carr P, et al. Depression symptoms during pregnancy: evidence from growing up in new Zealand. *J Affect Disord*. 2015;186:66–73.
34. Bassi M, Fave AD, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2017;35(2):183-195.
35. Zeng Y, Cui Y, Li J. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2015;15(66).

36. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*. 2015; 31:582–589.
37. Wechsler AM, Reis KP, Ribeiro BD. Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicologia Argumento*. 2016;34(86):273-288.
38. Silva MMJ, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invest. Educ. Enfermagem*. 2016;34(2):342-350.
39. Coelho EAC, de Souza Andrade ML, Vitoriano LVT, Souza, JJ, da Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(3):415-22.
40. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology, Health & Medicine*. 2017;22(1):65-74.
41. Airosa S, Silva I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2013;14(1): 64-77.
42. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre, RS; Artmed; 1997.
43. Clark DA, Beck AT. *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed. 2012.