






Risco de depressão na gravidez entre gestantes inseridas na assistência pré-natal de alto risco

Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care
Riesgo de depresión en el embarazo entre gestantes matriculadas en prenatal de alto riesgo

Como citar este artigo:

Ribeiro GM, Cieto JF, Silva MMJ. Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. Rev Esc Enferm USP. 2022; 56:e20210470. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>

 Gabriela de Magalhães Ribeiro¹
 Julia Ferreira Cieto¹
 Mônica Maria de Jesus Silva¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to identify the risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing follow-up in high-risk prenatal care, to assess the factors associated with higher risk of depression in pregnancy and to compare the risk of depression in each gestational trimester. **Method:** this is a descriptive, correlational, cross-sectional study, conducted with 151 pregnant women in prenatal care in a high-risk pregnancy outpatient clinic at a university hospital in the state of São Paulo, Brazil. Data were collected through an online form. Chi-square and Fisher's exact tests were performed. After the bivariate analysis, the variables were included in the logistic regression model. In the final model, the Odds Ratio was calculated. **Results:** 118 (78.1%) pregnant women had a higher risk of depression during pregnancy, which was higher in the first trimester, but without statistical significance. The number of pregnancies (OR = 0.32) and marital status (OR = 0.07) remained significantly associated with higher risk of depression during pregnancy as protective factors. **Conclusion:** the results elucidate the importance of screening for depression risk and the significant need to improve access to effective interventions for preventing prenatal depression and promoting mental health.

DESCRIPTORS

Depression; Pregnancy; Prenatal Care; Risk Factors; Obstetric Nursing.

Autor correspondente:

Mônica Maria de Jesus Silva
Avenida dos Bandeirantes, 3900
140040 – 902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
monicamjs@usp.br

Recebido: 21/10/2021
Aprovado: 31/05/2022

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de vulnerabilidade para o início ou recaída de doença mental⁽¹⁾. Neste período, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente, com sintomas que variam de leves a graves⁽²⁻³⁾. Revisão sistemática de estudos realizados em países desenvolvidos e de baixa renda relatou prevalência de depressão pré-natal na faixa de 15,6% a 31,1%⁽¹⁾.

A ocorrência do transtorno depressivo maior, mencionado neste artigo como depressão, requer a presença de cinco ou mais sintomas durante um período de duas semanas. Pelo menos um dos sintomas relatados deve ser o humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades habituais da vida diária. Os demais sintomas da depressão, segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-V), são o humor deprimido na maior parte do dia, a tristeza, perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes⁽⁴⁾.

Quando ocorre na gravidez, a depressão é denominada pré-natal⁽⁴⁾, e está associada ao bem-estar materno, infantil e familiar adverso⁽⁵⁾. Quando não tratada, a depressão na gravidez repercute em resultados neonatais negativos⁽⁶⁾, desfechos obstétricos adversos⁽⁷⁾, ajustes sociais e pessoais negativos na mãe⁽⁸⁻⁹⁾ e predição para a depressão pós-parto⁽¹⁰⁾.

Na gravidez, algumas mulheres apresentam maior risco de desenvolver depressão, enquanto outras permanecem resilientes, mesmo em face da adversidade⁽¹⁾. Em mulheres com complicações obstétricas clinicamente definidas que resultam em risco adicional à gravidez, definidas como gestações de alto risco, há ainda a maior possibilidade de ocorrência de graves problemas psicológicos e, particularmente, de depressão na gravidez⁽¹¹⁾.

Neste contexto, a identificação do risco de depressão na gravidez, não a ocorrência do transtorno, é salutar, ao traçar um cenário da vulnerabilidade da gestante, prevenindo a ocorrência do transtorno e interrompendo precocemente o processo de adoecimento.

Para tanto, a administração de uma ferramenta para identificar mulheres em risco de depressão durante a gravidez deve ser uma prática universal, a fim de promover o bem-estar a longo prazo à mulher e ao seu filho⁽¹⁾.

Neste contexto, foi desenvolvido e validado no Brasil um instrumento específico para a avaliação do risco de depressão na gravidez, o qual considera as especificidades da gestação e as características socioculturais brasileiras⁽¹²⁾.

O conhecimento do risco de depressão na gravidez permite o desenvolvimento de intervenções precoces para o monitoramento e promoção da saúde mental da mulher durante a gravidez, o encaminhamento oportuno para assistência especializada em saúde mental e a redução de custos para o sistema de saúde.

O presente estudo aborda essa temática relevante e investe esforços para detectar o risco de depressão na gravidez entre gestantes inseridas na assistência pré-natal de alto risco, considerando que, no Brasil, são escassos os estudos nesse seguimento. Assim, urge identificar o risco de depressão na gravidez, com objetivo de subsidiar ações para a promoção da saúde mental da gestante.

Dessa forma, os objetivos do estudo foram identificar o risco de depressão na gravidez entre gestantes em acompanhamento na assistência pré-natal de alto risco, avaliar os possíveis fatores associados ao maior risco de depressão na gravidez e comparar o risco de depressão em cada trimestre gestacional.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo e correlacional, de corte transversal, realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por gestantes em acompanhamento pré-natal em ambulatório de gestação de alto risco.

LOCAL

O estudo foi realizado em um ambulatório de gestação de alto risco de um hospital universitário, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil.

CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão considerados para seleção das participantes foram: gestante em atendimento pré-natal no ambulatório de gestação de alto risco; idade igual ou superior a 18 anos; qualquer idade gestacional. O critério de exclusão consistiu em: não saber ler e/ou escrever.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

O número de participantes da amostra foi calculado conforme o número de gestantes que realizaram pré-natal no ambulatório de gestação de alto risco em 2019, segundo dados do Departamento de Atenção à Saúde do hospital. Para o cálculo amostral, foram considerados os parâmetros prevalência de 50%, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, compondo um tamanho amostral de 151 gestantes.

A prevalência tomada como base para o cálculo amostral foi assumida desconhecida, visto a escassez de estudos que abordem o risco de depressão na gravidez no contexto da assistência pré-natal de alto risco. Desta forma, seguiu-se a recomendação preconizada pela literatura, a qual, no intuito de se obter uma estimativa conservadora de tamanho amostral, sugere o valor de prevalência de 50%, que resulta em um tamanho amostral que contemple qualquer valor de $p^{(13)}$.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de forma *online*, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo realizada no período de 28 de abril a 16 de agosto de 2021. Para a sua realização, as pesquisadoras realizaram o recrutamento das participantes por meio de correio eletrônico e/ou mensagem de *WhatsApp*[®], contendo o convite para participar, os objetivos da pesquisa, as implicações éticas, os procedimentos a serem realizados para a coleta de dados e o *link* de acesso à página *online* da pesquisa.

A mensagem foi enviada para gestantes que realizaram a consulta de pré-natal no ambulatório na semana anterior.

Para estas, as pesquisadoras dispararam a mensagem semanalmente, totalizando três envios, no máximo. Após este período, a não resposta na página *online* da pesquisa foi considerada como recusa de participação. No total, foram disparadas mensagens para 1.779 gestantes, até atingir o número de 151 participantes. O alcance da pesquisa foi monitorado na página *online* da pesquisa, que permitia a visualização das respostas e do quantitativo de participantes que responderam a coleta de dados.

A página da pesquisa *online* foi desenvolvida pelas pesquisadoras na plataforma *G Suite*[®] com a utilização da ferramenta de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*[®], a qual armazenou o formulário eletrônico para a coleta de dados. Nessa página, a gestante foi direcionada para a leitura das explicações sobre a pesquisa, dos aspectos éticos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A gestante que aceitou participar da pesquisa expressou a sua concordância eletronicamente, ao clicar no botão de aceite de participação na página *online*, e recebeu automaticamente uma cópia do mesmo por e-mail.

Na sequência, a gestante respondeu ao formulário eletrônico *online*, composto pelo instrumento de caracterização das participantes e pela Escala de Risco de Depressão na Gravidez (ERDEG)⁽¹²⁾, os quais foram auto-preenchidos, ou seja, a participante realizou a leitura e respondeu diretamente sem a intervenção do pesquisador.

O instrumento de caracterização das participantes era composto por questões objetivas, de autoria dos pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas.

A ERDEG é um instrumento de avaliação do risco de depressão na gravidez, por meio do autorrelato, desenvolvida e validada no Brasil. É composta por 24 questões com respostas dicotômicas. Cada questão apresenta duas possibilidades de resposta, com escores que variam de 0 a 1, sendo a presença do fator de risco correspondente à pontuação um, e a ausência, à pontuação zero. Assim, o escore total da escala varia de zero a 24 pontos. O risco de depressão na gravidez identificado através da escala é distribuído de acordo com as pontuações obtidas a partir da somatória de cada questão em: menor risco de desenvolver depressão na gravidez (0–4 pontos) e maior risco de desenvolver depressão na gravidez (5 pontos ou mais)⁽¹²⁾.

TESTE PILOTO

O formulário eletrônico de coleta de dados *online* foi submetido a um teste piloto, com o objetivo de garantir a sua compreensão, sendo disparado por mensagem via correio eletrônico e/ou *WhatsApp*[®] para 30 gestantes que estavam em atendimento pré-natal no ambulatório de gestação de alto risco, o que corresponde a 20% da amostra estabelecida, visando obter ao final, no mínimo, 10%, ou seja, 15 gestantes. Dessas, 20 gestantes responderam ao formulário, as quais foram, posteriormente, descartadas da amostra final. O resultado demonstrou que o formulário eletrônico foi facilmente compreendido, sem a necessidade de alterações em sua redação ou formato para a população de gestantes.

ANÁLISE DOS DADOS

Para análise, os dados foram exportados do *Google Forms*[®], por procedimentos automáticos próprios, para uma planilha

eletrônica estruturada no *Microsoft Excel*[®]; posteriormente, foram analisados no programa R (*R Core Team*).

O Teste do Qui-Quadrado foi realizado para a independência, e o Exato de Fischer, para homogeneidade das variáveis categóricas. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais. Para as variáveis contínuas, foram apresentadas a média e o desvio padrão. Após a análise bivariada, as variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística.

Para avaliar a presença de multicolinearidade entre os parâmetros do modelo de regressão logística, foi utilizado o fator de Inflação da Variância (VIF) com valores acima de 5, indicando a presença de variáveis com colinearidade. A seleção das variáveis relevantes, após a aplicação do VIF do modelo, foi realizada através do procedimento de *stepwise*, com o uso do critério de Informação de Akaike. No modelo final, foi calculada a correspondente Razão de Chances (*Odds Ratio*) a partir dos parâmetros obtidos com intervalo de 95% de confiança para todas as variáveis. O nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) foi considerado em todos os testes estatísticos.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo à determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado, segundo Parecer 4.474.220, em dezembro de 2020.

RESULTADOS

Participaram do estudo 151 gestantes em acompanhamento pré-natal de alto risco. As características sociodemográficas das participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

As participantes do estudo eram predominantemente mulheres jovens com média de 29,95 anos (DP \pm 5,98), idade mínima de 18 e máxima de 43. Além disso, possuíam renda familiar mensal média de R\$1,78 salários mínimos (DP \pm 1,41), com mínimo de menos de um salário mínimo e máximo de nove salários mínimos.

As características obstétricas das participantes do estudo estão descritas na Tabela 2. Quanto à história gestacional, atual e pregressa, no que se refere à gravidez atual, a maioria das participantes apresentou idade gestacional média de 28,9 (DP \pm 8,15) semanas de gravidez, mínimo de 5 semanas e máximo de 39 semanas. Além disso, predominaram as mulheres, com média de 2,64 gestações anteriores (DP \pm 1,48), mínimo de uma e máximo de dez. O número de partos anteriores variou de zero a nove, com média de 1,36 (DP \pm 1,36), e o número de abortamentos variou de zero a quatro, com média de 0,42 (DP \pm 0,81).

No que se refere aos resultados relacionados à variável de interesse, a medida de risco de depressão na gravidez, obtida por meio da aplicação da ERDEG, considerou os intervalos possíveis, variando entre zero e 24, sendo que o maior valor indica maior risco de ocorrência da depressão na gravidez. Desta forma, o intervalo obtido para a medida do risco de depressão na gravidez foi entre zero e 17. A média do grupo para o risco de depressão foi de 7,81 (DP \pm 3,59).

Quanto à ocorrência do risco de depressão na gravidez, considerando o critério sugerido para uso da escala⁽¹²⁾, o qual

Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo as características sociodemográficas – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

| Variáveis | N (151) | % |
|---|---------|------|
| Idade (anos) | | |
| <20 | 06 | 4,0 |
| 20–29 | 24 | 15,9 |
| 25–29 | 41 | 27,2 |
| 30–34 | 42 | 27,8 |
| 35–39 | 32 | 21,2 |
| 40–44 | 06 | 4,0 |
| Estado civil | | |
| Casada/com parceiro | 124 | 82,1 |
| Solteira/sem parceiro | 27 | 17,9 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto | 18 | 11,9 |
| Ensino fundamental completo | 09 | 6,0 |
| Ensino médio incompleto | 21 | 13,9 |
| Ensino médio completo | 69 | 45,7 |
| Ensino superior incompleto | 18 | 11,9 |
| Ensino superior completo | 16 | 10,6 |
| Religião | | |
| Evangelismo | 70 | 46,4 |
| Catolicismo | 51 | 33,8 |
| Ateísmo | 18 | 11,9 |
| Outra | 12 | 8,0 |
| Ocupação | | |
| Trabalho remunerado | 70 | 46,3 |
| Do lar/dona de casa | 63 | 41,7 |
| Desempregada | 16 | 10,6 |
| Estudante | 02 | 1,3 |
| Cor | | |
| Branca | 70 | 46,4 |
| Parda | 62 | 41,1 |
| Preta | 17 | 11,3 |
| Amarela | 02 | 1,3 |
| Residência | | |
| Não própria (alugada, emprestada, invadida) | 78 | 51,7 |
| Própria | 73 | 48,3 |

determina o escore cinco como ponto de corte, evidenciou-se que gestantes apresentaram maior risco de depressão na gravidez, com maiores índices no primeiro trimestre, conforme descrito na Tabela 3.

A Tabela 4 apresenta as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do maior risco de depressão na gravidez.

Os resultados da Tabela 4 indicam que as gestantes que estavam grávidas pela primeira vez (primigestas) possuíam uma chance 57% (1–0,43) menor de apresentar maior risco de depressão na gravidez do que as gestantes que já estiveram grávidas anteriormente (multigestas). Da mesma forma, as gestantes casadas/com parceiro expressaram uma chance 89% (1–0,11) menor de apresentar maior risco de depressão na gravidez do que as gestantes solteiras/sem parceiro. As gestantes que não possuíam casa própria obtiveram 2,22 vezes mais chance de apresentar maior risco de depressão na gravidez do que as que possuíam casa própria.

Tabela 2 – Caracterização obstétrica das participantes segundo o trimestre gestacional, número de gestações, partos, histórico de abortos – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

| Variáveis | N (151) | % |
|--|---------|------|
| Trimestre | | |
| 1º trimestre | 10 | 6,6 |
| 2º trimestre | 34 | 22,5 |
| 3º trimestre | 107 | 70,9 |
| Número de gestações (classificação) | | |
| 1 gestação (primigesta) | 39 | 25,8 |
| ≥2 (multigesta) | 112 | 74,2 |
| Número de partos (classificação) | | |
| 0 partos (nulípara) | 45 | 29,8 |
| 1 parto (primípara) | 43 | 28,5 |
| ≥2 partos (multípara) | 63 | 41,7 |
| Histórico de abortos | | |
| Sim | 41 | 27,2 |
| Não | 110 | 72,8 |

Tabela 3 – Distribuição das gestantes segundo a idade gestacional e risco de depressão na gravidez – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

| Variável | Menor risco de depressão N (%) | Maior risco de depressão N (%) | p* |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| Idade gestacional | | | |
| 1º trimestre | 26 (78,8) | 81 (68,6) | 0,494 |
| 2º trimestre | 2 (6,1) | 08 (6,8) | |
| 3º trimestre | 5 (15,2) | 29 (24,6) | |
| Total | 33 (21,9%) | 118 (78,1%) | |

Nota: * = valor de p calculado pelo Teste do Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 4 – Fatores associados ao risco de depressão na gravidez – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

| Variável | Menor risco de depressão na gravidez N (%) | Maior risco de depressão na gravidez N (%) | p | OR 95% | IC |
|----------------------------|---|---|---------------------|--------|-----------|
| Número de gestações | | | | | |
| 1 gestação (primigesta) | 13 (39,4) | 26 (22) | 0,047 ^{a*} | 0,43 | 0,19–0,99 |
| ≥2 (multigesta) | 20 (60,6) | 92 (78) | | 1,00 | |
| Estado civil | | | | | |
| Casada/com parceiro | 124 | 82,1 | 0,034 ^{a*} | 0,11 | 0,01–0,85 |
| Solteira/sem parceiro | 24 | 15,9 | | 1,00 | |
| Residência | | | | | |
| Não própria | 12 | 66 | 0,050 ^{a*} | 2,22 | 1–4,93 |
| Própria | 21 | 52 | | 1,00 | |

Nota: OR = Odds Ratio (razão de chances); IC = Intervalo de Confiança; a = Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson; *Diferença estatisticamente significante para $P \leq 0,05$.

No modelo final, conforme descrito na Tabela 5, apenas as variáveis número de gestações (primigestas) e estado civil

Tabela 5 – Modelo de regressão logística: variáveis associadas ao risco de depressão na gravidez – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

| | Estimativa | Erro padrão | p | OR | IC 95% |
|---------------------------------------|------------|-------------|-------|-------|-----------|
| Número de gestações (primigestas) | -1,113 | 0,493 | 0,024 | 0,32* | 0,12–0,85 |
| Estado civil (casada/com companheiro) | -2,621 | 1,064 | 0,013 | 0,07* | 0,00–0,37 |
| Idade (≥35 anos) | 0,0954 | 0,7909 | 0,903 | 1,10 | 0,22–5,41 |
| Idade (25 a 34 anos) | -1,0701 | 0,5970 | 0,073 | 0,34 | 0,09–1,03 |
| Constante | 4,599 | 1,221 | 0,000 | | |

Nota: *Diferença estatisticamente significativa para $P \leq 0,05$.

(casada/com parceiro) permaneceram associadas significativamente ao maior risco de depressão na gravidez, configurando-se fatores de proteção.

DISCUSSÃO

Gestantes com complicações obstétricas, definidas como gestações de alto risco, estão em maior risco de desenvolver depressão pré-natal⁽¹⁴⁾, uma vez que a depressão pré-natal tem sido associada a parâmetros obstétricos⁽¹⁵⁾.

Conforme revisão de escopo, a prevalência de depressão pré-natal em gestações de alto risco variou de 12,5 a 44,2%, podendo diferir entre os estudos⁽¹⁴⁾. No entanto, não foram encontrados dados de estudos anteriores relativos ao risco de desenvolvimento da depressão entre gestantes em acompanhamento na assistência pré-natal de alto risco, como avaliado neste estudo. Ao avaliar o risco, não a ocorrência do transtorno, por meio de um instrumento específico, este estudo pode trazer uma contribuição importante para a compreensão e prevenção do fenômeno depressivo durante a gravidez.

Em um ambiente de gestação de alto risco, as características sociodemográficas de mulheres em risco de depressão na gravidez podem apresentar diferenças entre si. Desta forma, a caracterização das participantes deste estudo se assemelha à de outros estudos desenvolvidos no contexto da assistência pré-natal de alto risco quanto à idade, estado civil e ocupação⁽¹⁶⁾. Porém, diverge de outro estudo quanto à renda⁽¹⁷⁾.

Entre as gestantes participantes, 78,1% apresentaram maior risco de desenvolver depressão na gravidez. Ao se considerar o risco de depressão, os dados são escassos, uma vez que os demais estudos avaliaram a prevalência do transtorno depressivo e/ou de seus sintomas, e não o risco de sua ocorrência entre gestantes. Apesar disso, os achados deste estudo caminham ao encontro de outros estudos, uma vez que o maior risco de depressão na gravidez entre gestantes de alto risco corrobora a maior prevalência do transtorno neste ambiente. Neste sentido, revisão de escopo anterior reportou índices de depressão pré-natal maior entre mulheres grávidas com gestações de alto risco que variam de 12,5 a 44,2%⁽¹⁴⁾.

Cabe ressaltar que diferenças metodológicas entre estudos e diferentes ferramentas de medição podem atribuir diferenças nas taxas de depressão entre os estudos. Ainda, aspectos sociodemográficos e diferenças econômicas também podem ser responsáveis por diferença nos índices de depressão pré-natal entre resultados de diferentes países.

A esse respeito, é importante ressaltar que o alto índice de maior risco de depressão na gravidez encontrado no presente

estudo pode ser explicado pelo fato de a ERDEG ser um instrumento auto-administrado e que foi aplicado de forma *online* e, em virtude disso, as mulheres provavelmente não se sentiram influenciadas pela pesquisadora e expressaram mais facilmente o que realmente sentiam em relação ao risco de depressão.

Além disso, os dados foram coletados durante a pandemia de COVID-19, período no qual as gestantes poderiam apresentar ansiedade e depressão adicionais e, conseqüentemente, aumento do seu risco. Tal fato, corrobora com estudo anterior que demonstrou o aumento dos sintomas depressivos e do sofrimento psíquico em mulheres com gravidez de alto risco durante a pandemia de COVID-19⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, a idade gestacional não apresentou associação significativa com risco de depressão na gravidez, porém este foi mais frequente no primeiro trimestre da gravidez. Este resultado se assemelha ao dado evidenciado em uma coorte de mil dias (S1000, realizada em Soweto, África do Sul⁽¹⁹⁾) e contrasta com estudo realizado na Indonésia, onde a depressão foi mais frequente entre gestantes no terceiro trimestre⁽²⁰⁾.

Perante este achado, destaca-se a importância da intervenção precoce no primeiro trimestre da gestação, a qual pode ter efeitos preventivos secundários, além da redução de custos para o sistema de saúde.

O número de gestações (primigestas) e o estado civil (casada/com parceiro) configuraram-se fatores de proteção ao risco de depressão na gravidez. No entanto, em estudo realizado com gestantes internadas em uma unidade de gestação de alto risco na Grécia, estas associações não foram verificadas⁽²¹⁾.

Cabe ressaltar que a primigesta vivencia a gravidez pela primeira vez, e, embora esteja associada a complicações pré-existentes de um contexto de alto risco, esta não ocorre sob a influência de experiências negativas de gestações anteriores que poderiam contribuir para o desenvolvimento e/ou aumento do risco de depressão.

Já a presença de um companheiro confere apoio social à mulher durante a gravidez acarreta mais poder para lidar com a gravidez e com as responsabilidades domésticas. Em oposição, mulheres com condições conjugais desfavoráveis, como estar solteira ou ter passado por um processo de divórcio, podem viver sozinhas, praticar mais solidão e baixa autoconfiança, que podem predispor à depressão⁽²²⁾.

A residência em moradia não própria também esteve associada ao maior risco de depressão na gravidez, o que demonstra o impacto dos determinantes sociais na saúde mental da mulher, especialmente em ambientes marcados por desigualdades socioeconômicas e de vida⁽²³⁾.

Na análise multivariada, evidenciou-se que ser primigesta e ter um parceiro ou estar casada são fatores de proteção contra um maior risco de depressão na gravidez. Neste contexto, cabe mencionar a complexidade do fenômeno em estudo, a importância de se ponderar sobre o efeito das variáveis em conjunto no maior risco de depressão na gravidez e a configuração sociocultural da sociedade em que as gestantes estudadas estão inseridas.

Dado semelhante foi reportado em estudo africano, no qual a presença de um parceiro provedor de apoio social e tido como um confidente para ouvir e conversar com a gestante diminuiu significativamente as chances de depressão⁽¹⁹⁾.

A limitação do estudo configura-se em seu delineamento transversal, que impossibilita inferências sobre a relação temporal dos eventos ou sobre a relação de causa e efeito dos resultados encontrados. O estudo contribuiu para o delineamento do cenário de vulnerabilidade da gestante à depressão na gravidez, auxiliando o profissional de saúde inserido na assistência pré-natal, em especial o enfermeiro, que atua em cenários de cuidados primários, na construção de estratégias de prevenção e manejo.

CONCLUSÃO

Na estratificação proposta pelo instrumento utilizado, a qual define as opções “menor risco de depressão na gravidez” e “maior risco de depressão na gravidez”, a maioria das gestantes deste estudo apresentou “maior risco de depressão na gravidez”.

No contexto da assistência pré-natal de alto risco, o estado civil (casada/com companheiro) e o número de gestações (primigesta) constituíram-se como fatores de proteção para o maior risco de depressão na gravidez.

Considerando-se as graves consequências da depressão na gravidez, os resultados deste estudo elucidam a importância do rastreamento do risco de depressão e a necessidade significativa de melhorar o acesso a intervenções eficazes para prevenção da depressão pré-natal e promoção da sua saúde mental da gestante inserida na assistência pré-natal de alto risco.

A identificação das gestantes em risco de depressão subsidia o encaminhamento para a atenção especializada em saúde mental, quando necessário, e torna oportuno o desenvolvimento de abordagens direcionadas para triagem e tratamento.

RESUMO

Objetivo: identificar o risco de depressão na gravidez entre gestantes em acompanhamento na assistência pré-natal de alto risco, avaliar os fatores associados ao maior risco de depressão na gravidez e comparar o risco de depressão em cada trimestre gestacional. **Método:** estudo descritivo, correlacional, transversal, realizado com 151 gestantes em acompanhamento pré-natal em ambulatório de gestação de alto risco de um hospital universitário no estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por um formulário *online*. Foram realizados os Testes do Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Após a análise bivariada, as variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística. No modelo final, foi calcula a Razão de Chances. **Resultados:** 118 (78,1%) gestantes apresentaram maior risco de depressão na gravidez, o qual foi maior no primeiro trimestre, mas sem significância estatística. O número de gestações (OR = 0,32) e o estado civil (OR = 0,07) permaneceram associados significativamente ao maior risco de depressão na gravidez como fatores de proteção. **Conclusão:** os resultados elucidam a importância do rastreamento do risco de depressão e a necessidade significativa de melhorar o acesso a intervenções eficazes para prevenção da depressão pré-natal e promoção da sua saúde mental.

DESCRITORES

Depressão; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Fatores de Risco; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: identificar el riesgo de depresión en el embarazo entre gestantes en control prenatal de alto riesgo, evaluar los factores asociados a mayor riesgo de depresión en el embarazo y comparar el riesgo de depresión en cada trimestre gestacional. **Método:** estudio descriptivo, correlacional, transversal, realizado con 151 gestantes en control prenatal en un ambulatorio de embarazo de alto riesgo de un hospital universitario del estado de São Paulo, Brasil. Los datos se recopilaron mediante un formulario en línea. Se realizaron las Pruebas Chi-Cuadrado y Exacta de Fisher. Después del análisis bivariado, las variables se incluyeron en el modelo de regresión logística. En el modelo final se calculó el Odds Ratio. **Resultados:** 118 (78,1%) gestantes presentaron mayor riesgo de depresión durante el embarazo, siendo mayor en el primer trimestre, pero sin significación estadística. El número de embarazos (OR = 0,32) y el estado civil (OR = 0,07) permanecieron significativamente asociados con un mayor riesgo de depresión en el embarazo como factores protectores. **Conclusión:** los resultados aclaran la importancia de la detección del riesgo de depresión y la necesidad significativa de mejorar el acceso a intervenciones efectivas para prevenir la depresión prenatal y promover la salud mental.

DESCRIPTORES

Depresión; el Embarazo; Atención Prenatal; Factores de Riesgo; Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. 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: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
2. Keats J, Kendig S, Simas TM, Byatt N, Hoffman C, Kay L. Perinatal Depression and Anxiety – Implementing Screening and Response Protocols [6N]. *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):S144. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000514716.73888.2a>
3. American College of Obstetrician and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208-e212. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V.* 5 ed. Washington; 2014.
5. 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. *J Womens Health (Larchmt).* 2018;27(3):369-76. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6426>
6. Hermon N, Wainstock T, Sheiner T, Golan A, Walsfich A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women – a prospective study. *Arch. Womens Ment Health.* 2019;22:85-91. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
7. Bartel S, Costa SD, Kropf S, Redlich A, Rismann A. Pregnancy Outcomes in Maternal Neuropsychiatric Illness and Substance Abuse. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017;77(11):1189-99. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-120920>
8. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol.* 2017;129(3):422-30. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902>
9. Mikšić S, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Z, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatr Danub.* 2018;30(1):85-90.

10. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Bartnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018;18:49. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
11. Zhao Y, Munro-Kramer ML, Shi S, Wang J, Zhao Q. Effects of antenatal depression screening and intervention among Chinese high-risk pregnant women with medically defined complications: A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(5):10908. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.12731>
12. Silva MJS. Escala de risco de depressão na gravidez: construção e validação [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2019.
13. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Editora Blucher; 2005.
14. Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):849-59. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00404-019-05270-1>
15. Hermon N, Wainstock T, Sheiner E, Golan A, Walfisch A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women—a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(1):85-91. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
16. Dagklis T, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D, Athanasiadis A, et al. Antenatal depression among women hospitalized due to threatened preterm labor in a high-risk pregnancy unit in Greece. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(7):919-25. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1301926>
17. Frayne J, Nguyen T, Allen S, Hauck Y, Liira H, Vickery A. Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):889-96. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05258-x>
18. Hamidia A, Kheirkhah F, Faramarzi M, Basirat Z, Ghadimi R, Chehrazi M, et al. Depressive symptoms and psychological distress from antenatal to postnatal period in women with high-risk pregnancy: A prospective study during the COVID-19 pandemic. *Indian J Psychiatry*. 2021;63(6):536-42. DOI: http://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_1272_20
19. Redinger A, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis*. 2018;9(1):30-40. DOI: <https://doi.org/10.1017/S204017441700071X>
20. Misrawati, Afiyanti Y. Antenatal depression and its associated factors among pregnant women in Jakarta, Indonesia. *Enfermería Clínica*. 2020;30(Suppl 7):96-101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.07.020>
21. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(7):1025-31. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1230-7>
22. Dadi AF, Wolde HF, Baraki AG, Akalu TY. Epidemiology of antenatal depression in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):251. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12884-020-02929-5>
23. Ayyub H, Sarfraz M, Mir K, Salam FT. Association Of Antenatal Depression And Household Food Insecurity Among Pregnant Women: A Crosssectional Study From Slums Of Lahore. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2018;30(3):366-71.

EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa Unificado de Bolsas (PUB) da Universidade de São Paulo.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.