



## Introdução

A gravidez pode trazer alegria e emoção, mas muitas mulheres apresentam tristeza e ansiedade, pois a gestação e o período pós-parto envolvem muitas alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais que podem exercer um impacto direto sobre a saúde mental<sup>(1)</sup>.

Além disso, mulheres com gestações de alto risco são vulneráveis a alterações emocionais, uma vez que apresentam sentimentos de culpa e/ou inadequação, o que pode causar sentimentos de mal-estar em relação às suas vidas e às de seus filhos<sup>(2)</sup>.

Atualmente, a depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez e o período pós-parto. Aproximadamente uma em cada cinco mulheres grávidas apresentam depressão, mas muitas não são diagnosticadas nem recebem tratamento adequado para depressão<sup>(3)</sup>.

A literatura mostra que alguns estudos centraram-se na depressão pós-parto, mas a depressão que ocorre durante a gravidez também é um problema de saúde pública e um fator de risco significativo para a depressão pós-parto, indicando a necessidade de intervenções antes do parto<sup>(4)</sup>.

A depressão durante a gravidez parece ser mais prevalente durante o terceiro trimestre, com uma incidência de cerca de 20% nos países em desenvolvimento e entre 10% e 15% nos países desenvolvidos. Os níveis de depressão são maiores em gestações de alto risco, e a depressão também está associada aos seguintes fatores de risco: história prévia de depressão, dificuldades financeiras, desemprego, baixo nível educacional, falta de apoio social, abuso de substâncias, eventos estressantes e violência doméstica<sup>(5)</sup>. Sintomas de depressão gestacional têm sido correlacionados com outros fatores, incluindo ansiedade materna, estresse, história prévia de depressão, falta de apoio social, violência doméstica, gravidez indesejada e fatores de relacionamento<sup>(6)</sup>. A magnitude dessas alterações psicológicas dependerá de fatores biológicos, familiares, conjugais, sociais e culturais e da personalidade da mulher grávida<sup>(7)</sup>.

Estudos mostraram que a depressão tem efeitos adversos significativos na saúde materna e fetal. Em uma revisão sistemática de estudos publicados de 1999 a fevereiro de 2008 sobre as consequências perinatais da depressão durante a gravidez para a mãe e a criança, identificou-se que depressão gestacional é fator de risco para depressão pós-parto, pré-eclâmpsia e parto

premature, especialmente em mulheres grávidas de baixas classes socioeconômicas<sup>(8)</sup>. Os principais efeitos da depressão sobre o feto foram associados ao baixo peso ao nascer<sup>(9-10)</sup>.

Uma análise do uso de técnicas de relaxamento para aliviar a dor durante o tratamento oncológico por meio de relaxamento muscular progressivo, imagens guiadas, *biofeedback*, hipnose e meditação, demonstrou que essas técnicas reduziram insônia, náusea, estresse e percepções de dor e agiram como um coadjuvante para os medicamentos<sup>(11)</sup>. A ioga também tem sido usada como uma intervenção. Na verdade, demonstrou-se que a ioga reduz a pressão arterial em pacientes hipertensos e pode, potencialmente ser usada como um recurso não-farmacológicas para auxiliar pacientes com hipertensão<sup>(12)</sup>. Estudo com pacientes no período pós-parto utilizou a técnica de relaxamento de Benson e demonstrou aumento significativo dos níveis imunoglobulina A(IgA) no grupo de intervenção<sup>(13)</sup>.

Devido à evidência científica de que a gravidez pode levar a sintomas de depressão que afetam a saúde materna e fetal e que as mulheres com gestação de alto risco são mais vulneráveis a essas mudanças, o presente estudo é necessário para auxiliar enfermeiros e equipes de saúde no desenvolvimento de planos de cuidados para essas mulheres grávidas. Nesse sentido, procurou-se analisar os efeitos de relaxamento nos níveis de depressão em mulheres hospitalizadas com gestação de alto risco.

## Métodos

### Desenho do estudo

Este ensaio clínico randomizado foi realizado na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, na cidade de Vitória (Espírito Santo, Brasil), reconhecido como um centro de referência para gravidez de alto risco. Os dados foram coletados em 2013.

As gestantes foram alocadas aleatoriamente pelo pesquisador nos grupos controle e intervenção durante a admissão e nenhum contato anterior havia sido feito com essas mulheres.

### População e amostra

A amostra consistiu de cinquenta mulheres hospitalizadas com gestação de alto risco em qualquer idade gestacional. Todas tinham 18 anos de idade ou mais e estavam hospitalizadas por mais de 24 horas na maternidade do hospital. Os grupos controle e

intervenção foram compostos por 25 mulheres cada. Os critérios de exclusão utilizados foram: deficiência auditiva ou da fala, deficiência mental ou demência que pudesse interferir na entrevista ou intervenção e internação inferior a cinco dias.

O tamanho da amostra foi calculado para ambos os grupos, assumindo nível de significância 5% e poder do teste de 80%. A diferença mínima nos níveis de depressão que se desejava detectar foi quatro e o desvio padrão em ambos os grupos foi cinco. Assim, obteve-se um tamanho adequado para amostra, com 25 mulheres grávidas em cada grupo. Esses dados foram gerados com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, com uma lista aleatória de controles e intervenções de acordo com a demanda espontânea das mulheres grávidas. Essas mulheres foram então alocadas nos grupos nessa ordem.

Para evitar o efeito Hawthorne, ou seja, contaminar os sujeitos do grupo de controle com aqueles do grupo de intervenção, alguns passos foram utilizados; por exemplo, pacientes de diferentes grupos não eram internadas na mesma ala.

### Coleta de dados

Os registros relativos às mulheres com gestação de alto risco que foram capazes de participar do estudo eram diariamente selecionados. O pesquisador realizou um sorteio aleatório e, para participar no estudo, todas as mulheres receberam termos de consentimento livre e esclarecido e foi garantida sua confidencialidade. O pesquisador realizou a entrevista, que incluía um formulário assinado com as variáveis clínicas e sociodemográficas e aplicou o instrumento e a intervenção.

Para mensurar os sinais e sintomas de depressão, foi utilizada a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). No Brasil, a EPDS é conhecida como uma escala de auto avaliação de depressão pós-parto e é utilizada por ser melhor na identificação de indivíduos deprimidos<sup>(14)</sup>. A EPDS é um instrumento auto administrado, composto por dez itens que são respondidos em uma escala de 0-3 com base na presença e na intensidade do sintoma. As declarações incluem sintomas psicológicos de um humor deprimido, incluindo sentimentos de tristeza, culpa, auto depreciação, pensamentos de suicídio ou morte, sintomas fisiológicos (p.ex., insônia ou hipersonia) e alterações no comportamento (p.ex., crises de choro). O escore total possível é 30, com um escore de 12 ou mais indicando depressão. A EPDS foi traduzida e validada para o Brasil por Santos, Martins & Pasquali<sup>(15)</sup>. A escala

não estabelece um diagnóstico formal de depressão, mas permite que a intensidade dos sintomas depressivos seja identificada a fim de se encaminhar estes indivíduos para avaliação e, se necessário, tratamento. A EPDS pode ser usada durante a gravidez ou no período pós-parto. O autor usou esta escala com os grupos controle e intervenção durante a primeira visita e cinco dias depois. O grupo intervenção foi treinados para usar a técnica de relaxamento de Benson<sup>(16)</sup>, que inclui quatro elementos essenciais: um ambiente tranquilo, um dispositivo mental, uma atitude passiva e uma posição confortável. Os seis passos são os seguintes: (1) Sente-se calmamente em uma posição confortável. (2) Feche os olhos. (3) Relaxe profundamente todos os músculos, começando pelos pés e progredindo até seu rosto. Mantenha-os relaxados. (4) Respire pelo nariz. Conscientize-se de sua respiração. Quando você expirar, diga a palavra "um" silenciosamente para si mesmo. Respire lenta e naturalmente. (5) Continue por 10 a 20 minutos. Quando terminar, sente-se em silêncio por vários minutos, primeiro com os olhos fechados e depois com os olhos abertos. Não se levante por alguns minutos. (6) Não se preocupe caso não seja bem-sucedido em atingir um nível profundo de relaxamento. Mantenha uma atitude passiva e permita que o relaxamento ocorra no seu próprio ritmo. Quando ocorrerem pensamentos distrativos, tente ignorá-los não se atendo a eles e volte a repetir "um".

Com base em estudo anterior que usou a técnica de Benson adaptada para um programa de reabilitação para mulheres com câncer em Vitória (Espírito Santo, Brasil), essa técnica foi escolhida para ser usada no presente estudo<sup>(17)</sup>.

Na técnica adaptada, as instruções a seguir foram incluídas entre as etapas cinco e seis: "Agora tente fazer uma viagem mental para um lugar onde você já esteve e gostaria de voltar, ou um lugar onde nunca esteve e onde gostaria de estar um dia". Essa técnica foi ensinada individualmente para cada mulher grávida por cinco dias, para que pudessem aprender e executá-la duas vezes por dia, uma vez ao acordar e outra vez antes de ir dormir.

### Variáveis

Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, nível educacional, apoio espiritual, ocupação, apoio social, ansiedade-traço ou ansiedade-estado, tabagismo, alcoolismo, história ginecológica/obstétrica (número de partos, tipo de parto durante gestações anteriores e complicações durante gestações anteriores)

e a gravidez atual (se a gravidez foi planejada e quantas internações ocorreram durante a gravidez atual).

Essas variáveis foram coletadas por meio de um formulário especificamente desenvolvido, e foram controladas durante o estudo de intervenção para atingir grupos homogêneos.

### **Análise de dados**

Foi utilizado o SPSS, versão 20.0, e adotado nível de significância de 5%, correspondente a  $p < 0,05$  (intervalo de confiança de 95%). O teste qui-quadrado foi utilizado para medir a correlação entre as variáveis de controle e os grupos estudados; os testes de Mann-Whitney e t não pareado foram utilizados para avaliar a relação entre os grupos; e o teste de Wilcoxon e t pareados foram utilizados para avaliar o nível de depressão entre os dois momentos. Foi utilizado o teste de McNemar para analisar as diferenças na gravidade de depressão antes e após a intervenção utilizando dados categóricos.

### **Considerações éticas**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob nº 237.302. Após aprovação do Comitê de Ética, os dados foram coletados e a técnica de relaxamento e o instrumento foram aplicados no período de abril de 2013 a junho de 2013. Além disso, cada participante foi informado sobre os objetivos do estudo e o procedimento de coleta de dados antes da assinatura do formulário de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido anonimato e confidencialidade, assim como o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem ser penalizado. Nenhuma pressão ou incentivo de qualquer tipo foi utilizado para incentivar as mulheres a participar da pesquisa.

Ao final do estudo, as mulheres que participaram do grupo de controle tiveram acesso à intervenção.

### **Resultados**

As principais causas de hospitalização foram hipertensão, diabetes e síndromes hemorrágicas. Não houve diferenças significativas entre os grupos controle e intervenção quanto à idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, apoio social, tabagismo, alcoolismo, história ginecológica/obstétrica e gravidez atual, demonstrando homogeneidade entre os grupos, exceto no caso do tipo de parto ( $p < 0,05$ ).

Os grupos controle e intervenção consistiram em grande parte, de mulheres com idade inferior a 29 anos

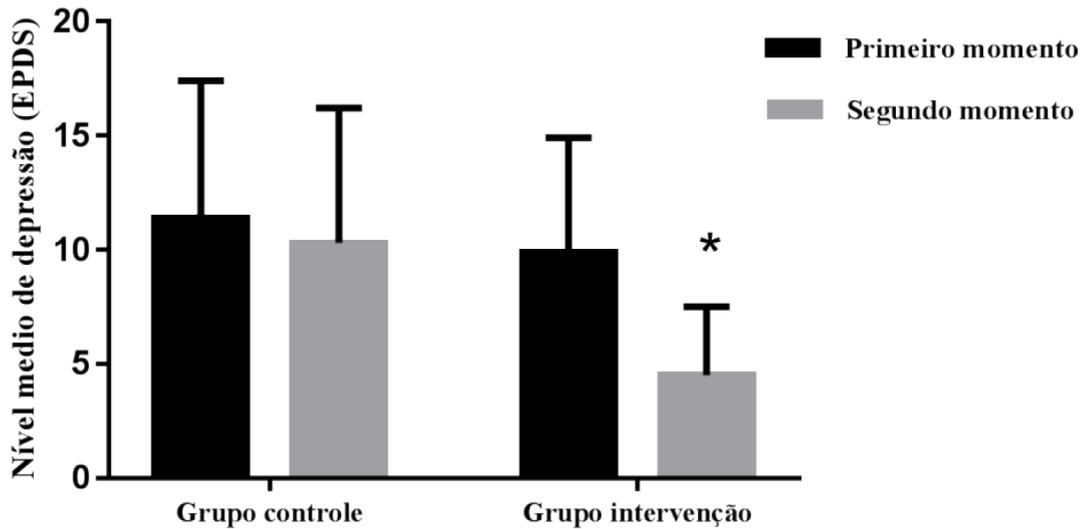
(48% e 64%, respectivamente). A maior parte vivia com seu parceiro em um relacionamento estável (96% no grupo controle e 92% no grupo intervenção).

Em relação à escolaridade, 56% do grupo de intervenção e 72% do grupo controle estavam entre o ensino fundamental incompleto e o ensino médio incompleto. A maioria relatou ser dona de casa (48% no grupo controle e 76% no grupo de intervenção). O estudo foi realizado na maternidade de uma instituição pública que atende principalmente pacientes de baixa renda, o que pode explicar a predominância de donas de casa, com baixa escolaridade.

A maioria das mulheres não consumia álcool ou fumava cigarros naquela época – 96% para as duas variáveis no grupo de intervenção e 84% para as duas variáveis no grupo controle. Em ambos os grupos, a religião mais comum era evangélica (68% no grupo controle e 76% no grupo intervenção).

A gravidez não foi planejada pela maioria das mulheres (76% no grupo de intervenção e 56% no grupo controle). Setenta e dois por cento do grupo de intervenção e 57% do grupo controle tiveram complicações durante suas gestações anteriores, provavelmente porque a amostra foi composta por mulheres com gestação de alto risco. Os partos vaginais foram mais comuns (65% no grupo de intervenção e 40% no grupo controle) e a maioria das mulheres tinha seis ou mais visitas de pré-natal durante sua gestação atual. As mulheres tiveram gestações múltiplas, com uma média de 3,4 gestações no grupo controle e uma média de 3,3 gestações no grupo de intervenção. O número médio de nascimentos foi de 2,1 para o grupo controle e 1,7 para o grupo de intervenção, enquanto a média do número de abortos foi de 0,6 em ambos os grupos.

Os dados ginecológicos/obstétricos, em geral, mostraram que a amostra consistiu de mulheres multíparas com gravidez não planejada, que tinham passado por complicações durante suas gestações anteriores. No primeiro momento, quando admitidas na maternidade pública, o nível médio de depressão mensurado pelo EPDS foi semelhante ( $p > 0,05$ ) nos grupos controle ( $11,4 \pm 6$ ) e intervenção ( $10,3 \pm 5,9$ ), indicando homogeneidade entre os grupos. No segundo momento, cinco dias após a admissão no hospital, não foi observada diferença na mediana da EPDS do grupo controle ( $9,9 \pm 5$ ), enquanto o grupo intervenção demonstrou decréscimo significativo ( $4,5 \pm 3$ ,  $p < 0,05$ ) em comparação com o escore mediano da primeiro momento, como demonstrado na Figura 1.

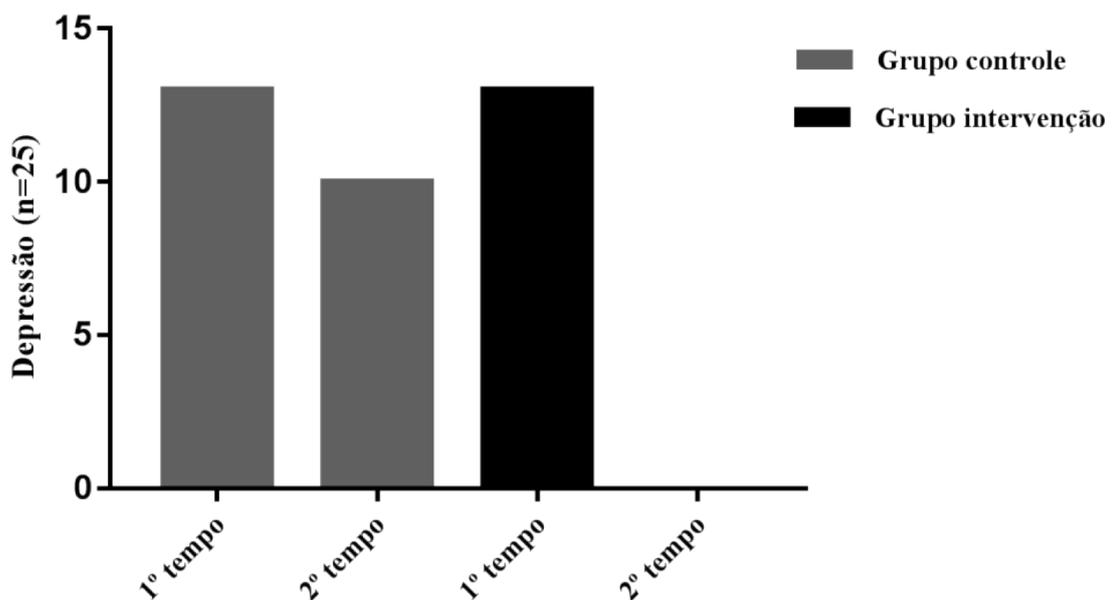


\* $p < 0.05$  comparado ao primeiro momento no grupo intervenção

Figura 1 - Comparação dos níveis de depressão de mulheres com gravidez de alto risco dos grupos controle e intervenção no primeiro e segundo momentos.

Utilizando um escore de 12 como ponto de corte para a depressão, os casos e controles foram categorizados em grupos de não-deprimidos ( $< 12$ ) e deprimidos ( $\geq 12$ ). A Figura 2 apresenta os resultados do primeiro e segundo momentos para ambos os grupos controle e intervenção. De acordo com o teste de McNemar,

não houve alteração no nível de depressão do grupo controle entre o primeiro ( $n=13$ ) e segundo momentos ( $n=10$ ). No entanto, a técnica de relaxamento diminuiu ( $p < 0.05$ ) os sintomas da depressão nas gestantes hospitalizadas entre a primeira ( $n=13$ ) e o segundo momento ( $n=0$ ).



\* $p < 0.05$  comparado com o primeiro momento no grupo intervenção

Figura 2 - Distribuição das mulheres deprimidas com gestação de alto risco no primeiro e segundo momentos nos grupos controle e intervenção.

## Discussão

Este estudo mostrou que o relaxamento como uma intervenção de enfermagem foi eficaz em diminuir significativamente os níveis de depressão de mulheres hospitalizadas com gravidez de alto risco.

Vários autores relataram redução dos fatores de estresse devido ao relaxamento<sup>(11-12)</sup>, mas poucos examinaram os efeitos de relaxamento em mulheres com gravidez de alto risco. Os pacientes nos grupos controle intervenção tinham escore EPDS  $\geq 12$  no primeiro momento. Essa taxa é elevada, possivelmente porque este estudo coletou dados em mulheres hospitalizadas, com gestação de alto risco e porque a amostra consistiu principalmente de mulheres multíparas com gestação não planejada e complicações em suas gestações anteriores.

Em um estudo sobre qualidade de vida, depressão e ansiedade conduzido com 120 pacientes de cuidados primários com gestação de alto risco na cidade de Campinas (São Paulo, Brasil), 32,5% exibiram sintomas da depressão<sup>(18)</sup>. Outro estudo analisou a incidência de depressão em mulheres com gravidez de alto risco e identificou que 50% das mulheres apresentavam sintomas de depressão<sup>(19)</sup>. Outro estudo analisou 712 mulheres grávidas usando o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) e concluiu que 41,7% das mulheres provavelmente tinham distúrbios mentais<sup>(20)</sup>. Esses dados são consistentes com os resultados encontrados no presente estudo.

Uma revisão de literatura que analisou a prevalência de depressão gestacional nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, encontrou uma média de 20%<sup>(5)</sup>, mas nenhum dos estudos revisados incluía mulheres com gravidez de alto risco. Nos países desenvolvidos, a média é ligeiramente inferior. Nos Estados Unidos, um estudo de coorte encontrou uma taxa de prevalência de 9%<sup>(21)</sup>. Em uma análise de 2430 pacientes no pré-natal na Suíça, a taxa foi de 13,7%<sup>(22)</sup>. A prevalência de depressão tende a aumentar nas mulheres com gestação de alto risco<sup>(5)</sup>; assim, diagnósticos e intervenções precoces, depois que os sintomas depressivos tenham sido detectados nessas mulheres, são essenciais para reduzir riscos maternos e fetais.

Benson (1993) aplicou a técnica de relaxamento em pacientes hipertensos e reduziu a ansiedade, tensão, nervosismo e depressão<sup>(16)</sup>. Além disso, a ansiedade diminuiu, e o vínculo materno-fetal aumenta em mulheres primigestas<sup>(23)</sup>.

Como limitação deste estudo, destaca-se o pequeno tamanho da amostra devido aos critérios de exclusão,

que excluía mulheres hospitalizadas por período menor que cinco dias.

## Conclusão

Com base nestes resultados, o relaxamento como intervenção de enfermagem é uma importante tecnologia de saúde para auxiliar as mulheres com gravidez de alto risco a reduzir os sintomas de depressão. É uma prática simples que pode ser executada durante a hospitalização, fortalecendo o vínculo enfermeiro-paciente e contribuindo para a qualidade dos cuidados. Portanto, ele deve ser incluído na rotina diária de enfermagem.

Profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham importante papel no reconhecimento da diversidade e intensidade das necessidades das mulheres com gravidez de alto risco que buscam cuidados integrais e a prevenção de complicações maternas e fetais.

## Referências

1. Camacho R, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiquiatr. [Internet]. 2006 [Acesso 14 mar 2016];33(2):92-102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832006000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
2. Carvalheira APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. Rev. Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2010 [Acesso 14 mar 2016];18(6):1187-94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000600020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600020>.
3. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência controvérsias e depressão durante a gravidez na adolescência, atendidas na unidade básica de saúde. Rev Psiquiatr. [Internet]. 2010 [Acesso 12 mar 2016];37(5):216-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000500006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000500006>.
4. Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. Br J Psychiatry. [Internet]. 2006 [Acesso 12 mar 2016];188:284-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000146&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0102-)

- 311X201000020000200034&lng=es. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012096>.
5. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 2008 [Acesso 12 mar 2016];35(4):144-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
6. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HÁ, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2010 [Acesso 12 mar 2016];202(1):5-14. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01014-X/abstract?cc=y](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01014-X/abstract?cc=y). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
7. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [Acesso 12 mar 2016];39(4):612-8. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>.
8. Lima MOP, Tsumiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde*. [Internet]. 2008 [Acesso 14 mar 2016];32(4):530-6. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1200220&pid=S0102-311X201200100001200018&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1200220&pid=S0102-311X201200100001200018&lng=en).
9. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [Acesso 14 mar 2016];26(2):219-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>.
10. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro KAT, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento Federal da Saúde Pública: uma análise do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [Acesso 12 mar 2016];28(10):1939-48. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001000012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000012>.
11. Salvador M, Rodrigues CC, Carvalho EC. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Rev Rene*. [Internet]. 2008 [Acesso 12 mar 2016];9(1):120-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/532/pdf>.
12. Pinheiro CHJ, Medeiros RAR, Pinheiro DGM, Marinho MJF. Uso do yoga como recurso não farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. *Rev Bras Hipertens*. [Internet]. 2007 [Acesso 12 mar 2016];14(4):226-32. Disponível em: [http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/yoga/yoga\\_17.pdf](http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/yoga/yoga_17.pdf).
13. Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2011 [Acesso 12 mar 2016];24(6):751-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600003>.
14. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord*. [Internet]. 2000 [Acesso 12 mar 2016];61(1-2):107-12. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(99\)00186-X/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(99)00186-X/pdf). [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00186-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00186-X)
15. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 1999 [Acesso 12 mar 2016];26(2):90-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>.
16. Bhasin MK, Dusek JA, Chang BH, Joseph MG, Denninger JW, Fricchione GL, et al. Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. *PLoS One*. [Internet]. 2013 [Acesso 12 Mar 2016]; 1;8(5):e62817. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062817>. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0062817>.
17. Olympio PCAP, Lima E, Amorim MHC. Mulher Mastectomizada: Intervenções de Enfermagem e atividade natural killer. *Rev Epidemiol Control Infect*. [Internet]. 2014 [Acesso 12 mar 2016];4(1):7-11. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3960/3378>. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v4i1.3960>.
18. Couto ER, Couto R, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *São Paulo Med J*. [Internet]. 2009 [Acesso 12 mar 2016];127(4):185-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-)

- 31802009000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802009000400002>.
19. Baptista ASD, Baptista MN. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação Psicol.* [Internet]. 2005 [Acesso 12 mar 2016];9(1):155-61. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3295>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i1.3295>.
20. 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.* [Internet]. 2012 [Acesso 12 mar 2016];28(2):385-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000200017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200017&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>.
21. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Commun Health.* [Internet]. 2006 [Access 12 Mar 2016];60(3):221-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476752>. <http://dx.doi:10.1136/jech.2005.039370>.
22. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* [Internet] 2005 [Access 12 Mar 2016];8:97-104. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0078-8/lookinside/000.png>. <http://dx.doi:10.1007/s00737-005-0078-8>.
23. Toosi M, Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N. The Reduction of Anxiety and Improved Maternal Attachment to Fetuses and Neonates by Relaxation Training in Primigravida Women. *Women's Health Bull.* [Internet]. 2014 [Access 12 Mar 2016];1(1):e18968. Available from: [http://womenshealthbulletin.com/?page=article&article\\_id=18968](http://womenshealthbulletin.com/?page=article&article_id=18968). <http://dx.doi:10.17795/whb-18968>.

Recebido: 29.9.2015

Aceito: 16.5.2016

---

Correspondência:

Walckiria Garcia Romero  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Av. Marechal Campos, 1468  
Bairro: Maruípe  
CEP: 29042-755, Vitória, ES, Brasil  
E-mail: walckiriagr@uol.com.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

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

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.