



Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais


Sabrina Varão Oliveira Ribeiro ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8807-639X>


Rosângela Fernandes Lucena Batista ²

 <https://orcid.org/0000-0002-1529-0165>


Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro ³

 <https://orcid.org/0000-0003-4289-4527>


Kivania Carla Pessoa ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-5046-0994>


Vanda Maria Ferreira Simões ⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-8351-1348>

Felipe Pinheiro de Figueiredo ⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-8616-0483>

Heloisa Bettiol ⁷

 <https://orcid.org/0000-0001-8744-4373>

^{1,2,4,5} Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, 155. São Luís, MA, Brasil. CEP: 65020-070. E-mail: sabrinavarao@yahoo.com.br

³ Departamento de Medicina III. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

⁶ Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ Departamento de Puericultura e Pediatria. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar associações entre violência contra gestantes, sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão materna.

Métodos: estudo em uma coorte de pré-natal no município de São Luís (Brasil) com amostra de 1.139 mães. Violência psicológica e violência física contra gestantes foram medidas pelo instrumento World Health Organization Violence against woman. Sintomas de depressão na gestação foram medidos pela Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e sintomas de depressão materna foram medidos pela Escala de Depressão materna de Edimburgo (EPDS). O modelo conceitual, por modelagem de equações estruturais, teve situação socioeconômica, suporte social, violência psicológica, física e depressão na gestação como determinantes de sintomas de depressão materna.

Resultados: Sintomas de depressão materna foram relatados por gestantes que mais frequentemente sofreram violência psicológica (Coeficiente Padronizado, CP=0.256; p-valor, p<0.001), violência física (CP=0.221 p<0.001) e apresentavam sintomas de depressão na gestação (CP=0.322 p<0.001). Sintomas de depressão na gestação mediaram efeitos das violências física e psicológica na depressão materna.

Conclusões: gestantes submetidas à violência psicológica e física e que apresentaram sintomas de depressão na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna.

Palavras-chave *Violência contra a mulher, Gravidez, Depressão*



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100010>

Introdução

A depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez e o principal fator de risco para a depressão perinatal. Alguns estudos sugerem que a depressão durante a gravidez tende a persistir durante o período pós-parto em cerca de metade dos casos.¹

Aproximadamente 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres durante o primeiro ano pós-parto experimentam algum tipo de transtorno mental, especialmente depressão e ansiedade, em países de alta renda.² Uma revisão sistemática de meta-análise mostrou uma taxa de 5,9% de transtornos mentais durante a gravidez e uma taxa de 19,8% no pós-parto imediato em países de renda média e baixa, com percentuais menores quando os sintomas foram autorrelatados (13,4%) comparados a avaliação diagnóstica (21,7%).

Baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e história pregressa de transtornos mentais foram associados a transtornos mentais no primeiro ano pós-parto.²

A violência contra a gestante pode afetar a saúde física e mental, a vida social e laboral das mulheres, bem como sua capacidade de cuidar de si e de seus filhos.³ Uma revisão sistemática de meta-análise de 67 publicações, sendo 12 delas Estudos longitudinais mostraram que a violência durante a gravidez está associada a escores mais altos de sintomas depressivos durante a gravidez e no período pós-parto.⁴

Questionários padronizados para a identificação da depressão são úteis para o monitoramento da saúde mental tanto no nível individual quanto populacional. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), uma escala de 10 itens desenvolvida por Cox *et al.*⁵ para medir a depressão em mulheres durante o período pós-natal, mostrou-se útil para a avaliação de mulheres.⁶ O uso da EPDS é favorecido por sua fácil e rápida aplicação. O alto valor clínico e epidemiológico da escala tem sido confirmado por vários estudos e sua validação tem sido realizada em diferentes países, principalmente para aplicação em puerperas.⁷⁻⁹

Embora as associações entre violência e depressão durante a gravidez sejam reconhecidas, nenhum estudo relatando como essas variáveis interagem para determinar a depressão pós-parto foi detectado. Para responder a essa questão, o presente estudo propôs um modelo conceitual utilizando a modelagem de equações estruturais para analisar a influência das violências físicas e psicológicas contra gestantes e dos sintomas depressivos durante a gravidez nos sintomas de depressão pós-parto

(Figura 1).

Métodos

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de coorte utilizando dados da coorte denominada “Fatores Etiológicos do Nascimento Pré-Termo e consequências dos Fatores Perinatais na Saúde da Criança: Coortes de Nascimentos em Duas Cidades Brasileiras - BRISA”. Os dados foram coletados em duas etapas: durante o pré-natal (estágio 1), para medir a violência e durante o segundo ano de vida da criança (estágio 2), para investigar os sintomas de desfecho da depressão materna.

Local do estudo

São Luís é a capital do estado do Maranhão, uma cidade cuja população era de 1.014.837 habitantes em 2010. A cidade está localizada em uma das regiões mais pobres do país, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano de 2010 foi de 0,768, ocupando a 249ª posição entre os municípios brasileiros.¹⁰

Participantes e Amostra

Uma amostra de conveniência foi obtida durante o pré-natal devido à impossibilidade de se obter uma amostra aleatória representativa de gestantes da população de São Luís.

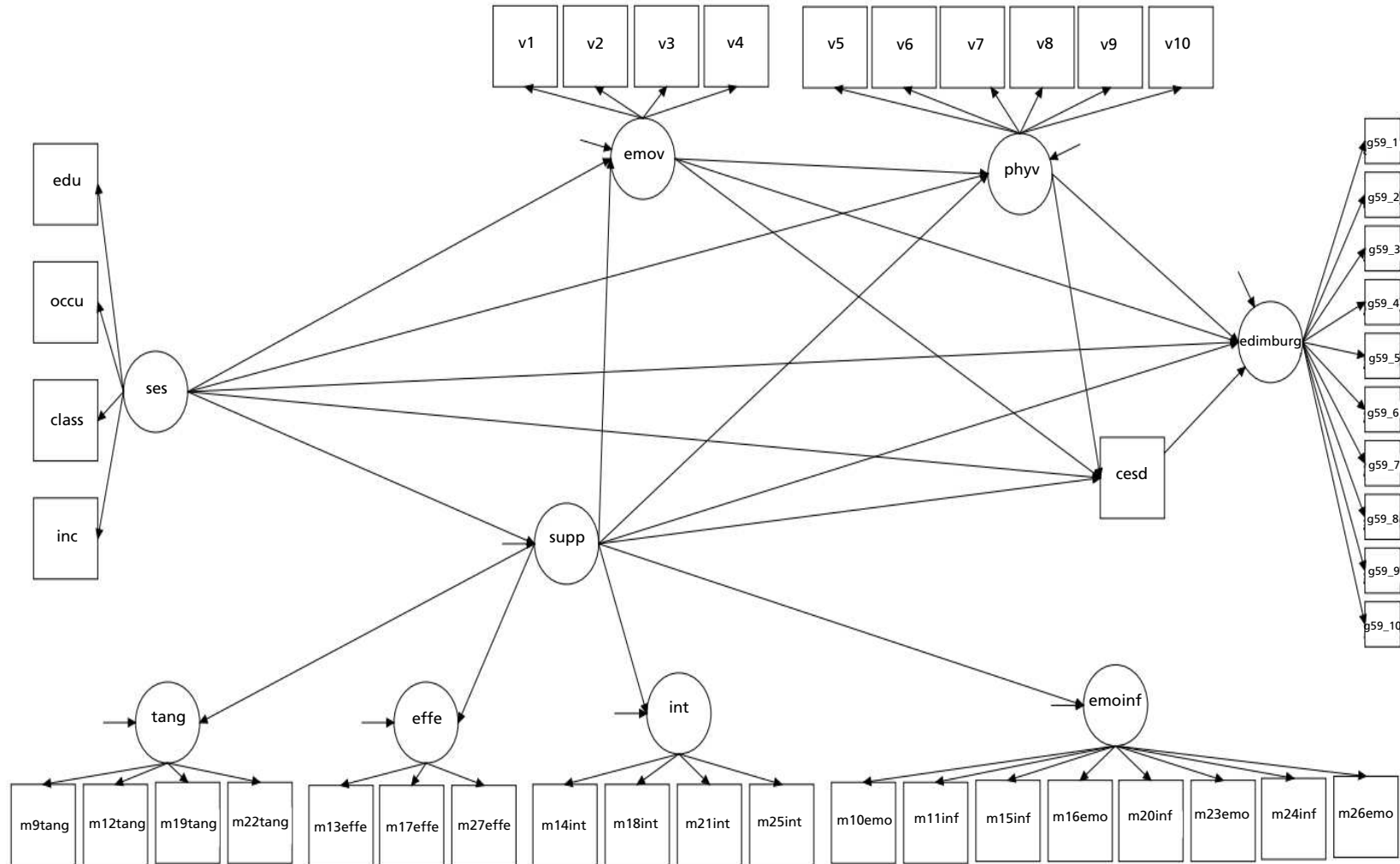
Gestantes atendidas no serviço público e pré-natal que planejavam fazer parto no município de São Luís foram convidadas a participar da Coorte BRISA pré-natal quando satisfizeram os seguintes critérios: a) ter feito exame de ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação; b) ter uma idade gestacional de 22 a 25 semanas no momento da coleta de dados e c) ter um feto único.

Foram entrevistadas 1.447 gestantes nessa fase do pré-natal, no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011. De acordo com o objetivo da presente investigação, uma gestante foi excluída por não responder às perguntas sobre violência e depressão materna, com amostra final consistindo assim de 1.446 mulheres.

No final da coleta de dados pré-natal, as mulheres receberam um cartão de participação com informações sobre outros momentos de coleta de dados para a coorte (no nascimento e no segundo ano de vida de seus bebês) e foram instruídas a comunicar aos investigadores que eles pertenciam à coorte assim que chegassem ao hospital para o parto. Neste estudo, os dados coletados no nascimento não foram utilizados.

Figura 1

Modelo teórico da associação de violência na gestação e sintomas de depressão materna na coorte BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.



Para a coleta de dados do segundo ano de vida das crianças, as mães foram convidadas por telefone para chegar ao Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) para uma nova entrevista realizada de segunda a sábado, quando as crianças estavam na faixa etária no intervalo de 15 a 36 meses. Se eles não fossem no dia agendado, eles eram convidados novamente e uma nova data era agendada. Se eles se recusassem a participar, sua decisão era respeitada. Quando o contato telefônico não era possível, um mensageiro utilizando motocicleta devidamente identificado usando uma camisa com o logotipo do projeto procurava ativamente por essas mães com base em seu endereço residencial. Mesmo após contato telefônico e agendamento, algumas mães não compareceram ao HUMI. Como última estratégia, os entrevistadores foram encaminhados para a casa das mães que não compareceram para avaliação e das mães que afirmaram que seria não seria possível comparecer, para que pudessem responder aos questionários.

O questionário do estágio 2 foi padronizado e respondido, após consentimento, pela mãe ou pelo responsável pela criança, por meio de entrevista. Eles também responderam a um questionário auto-aplicado para a coleta de vários tipos de informações, como perguntas referentes aos sintomas da depressão pós-parto.

Os dados referentes a esse período de acompanhamento foram coletados no período de março de 2011 a março de 2013, totalizando 1.151 mães avaliadas. Um total de 1.139 mães responderam à EPDS.

Instrumntos de coleta de dados

Dois questionários elaborados pela coordenação da pesquisa foram utilizados no estágio 1 do presente estudo: Questionário de Entrevista Pré-Natal para o estudo de variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, estado civil, escolaridade da gestante e do chefe da família, Classificação Econômica Brasileira e renda familiar) e questionário pré-natal auto-aplicado, a partir do qual foram extraídas informações sobre violência, depressão e apoio social durante a gravidez.

O Questionário de Saúde Mental Materna Aplicada foi utilizado no estágio 2 (acompanhamento do segundo ano) para obter informações sobre os sintomas da depressão pós-parto. Esse questionário também foi elaborado pela coordenação da pesquisa.

Modelo teórico e variáveis

No modelo conceitual (Figura 1), a situação socioeconômica ocupou a posição mais distal, seguida

pelas variáveis apoio social, violência psicológica, violência física e sintomas depressivos durante a gestação, determinando o desfecho regredindo os sintomas de depressão pós-parto.

A situação socioeconômica, o apoio social, a violência psicológica e física contra as gestantes foram consideradas variáveis latentes. Situação socioeconômica, violência psicológica e violência física foram investigadas como estrutura fatorial de primeira ordem. O suporte social foi investigado como estrutura fatorial de segunda ordem. Os sintomas de depressão durante a gravidez foram investigados como uma variável quantitativa ordinal e sintomas de depressão pós-parto como uma variável dicotômica.

A variável latente situação socioeconômica foi elaborada a partir de quatro variáveis indicadoras: a) escolaridade materna, categorizada em 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais anos de estirpe; b) ocupação de chefe de família, categorizado como manual não qualificado, manual semiquilificado, manual habilitado, função de consultório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário de imóvel; c) renda familiar mensal, categorizada em menos de um salário mínimo nacional (que em 2010 era de R \$ 510,00 o equivalente US\$ 846,00), de 1 a menos de 3, de 3 a menos de 5 e de 5 ou mais salários mínimos; e d) classe econômica, categorizada como D / E, C e A / B com base na posse de bens e nível de escolaridade do chefe de família, sendo as categorias A e B aquelas com maior poder de consumo.

Utilizou-se o instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa para medir a classe econômica com base no nível educacional do chefe de família e no uso de bens de consumo (televisão colorida, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica, máquina de lavar roupa, videocassete ou DVD, freezer e geladeira).¹¹

O apoio social foi avaliado usando a escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS). O apoio social foi determinado com base em suas dimensões materiais (quatro questões), emocional / informação (sete questões), afetivas (três questões) e interação social positiva (quatro questões).¹¹ Essa escala foi traduzida e adaptada para o português.^{12,13}

A versão brasileira do Questionário de Violência do WHO foi utilizada para investigar a violência dos tipos psicológico e físico durante a gestação. Este questionário contém questões relacionadas às violências psicológicas (6 questões), físicas (6 questões) e sexuais (3 questões) e à frequência desses eventos durante a gravidez atual. As opções de resposta a cada uma dessas 10 questões foram: nunca, uma vez, algumas vezes e muitas vezes. Este questionário foi

validado para o Brasil utilizando dados obtidos da cidade de São Paulo (1.172 mulheres) e de 15 nacionalidades na “Zona da Mata” de Pernambuco (1.473 mulheres) no Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica contra Mulheres, e posteriormente validadas para a população de gestantes do presente estudo.¹⁴ A violência sexual não foi investigada, pois todas as mulheres que responderam positivamente a uma das perguntas sobre esse tipo de abuso foram submetidas à violência física.

Para investigar a violência psicológica, perguntou-se ao entrevistado se durante a gravidez atual alguém: a) “Insultou você ou fez você se sentir mal consigo mesmo?”, B) “Desprezou ou humilhou você na frente de outras pessoas?”, C) algo para assustá-lo ou assustá-lo de propósito (por exemplo: como ele olha para você, grita ou quebra as coisas)?”, d) “Ameaçou ferir você ou alguém que você gosta?”. Para investigar a violência emocional, todas as mulheres grávidas que foram submetidas à violência física e sexual foram excluídas.

Para medir a violência física, o entrevistado foi perguntado se durante a gravidez atual alguém: a) “Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?”, b) “Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?”, c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto? ”, d) “Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? ”, e) “Tentou estrangular ou queimou você de propósito?”, f) “Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? ”.

Violências psicológicas e físicas de qualquer perpetrador e não apenas dos parceiros íntimos foram incluídas no estudo.

A escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) foi desenvolvida para medir os sintomas depressivos na população geral com base em uma escala que mede a frequência de sintomas depressivos durante a semana anterior à aplicação do questionário. Pontuações altas refletem a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, mas elas não são diagnósticas para depressão.¹⁵

O instrumento consiste em 20 itens. Cada resposta pode envolver quatro graus crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, com frequência e sempre) com pontuações correspondentes de 0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com graduação inversa. A pontuação final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma das pontuações de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões referentes ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas

ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20).¹⁵ O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à somatória das pontuações para todas as respostas, sendo o escore O ponto de corte de 16 é geralmente usado para discriminar sujeitos com a possibilidade de depressão.¹⁶

Os sintomas depressivos durante a gravidez foram categorizados da seguinte forma: sem possibilidade de depressão (CES-D<16), sintomas depressivos moderados (CES-D≥16 ou ≤21) e sintomas depressivos graves (CES-D≥22).¹⁶

A Escala Pós-Parto de Depressão de Edimburgo (EPDS), um instrumento validado para o Brasil,⁷ foi utilizada para avaliar os sintomas de depressão pós-parto, três meses após o parto. Trata-se de um questionário de 10 itens, autorregulado, utilizado internacionalmente no estudo da depressão pós-parto, que pretende avaliar a presença e a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos 7 dias, utilizando uma escala do tipo Likert, de 0 a 3. A versão validada para o Brasil considera uma pontuação ≥12 para que “sintomas depressivos” seja o ponto de corte mais adequado para o contexto do país, com 72% de sensibilidade, 89% de especificidade e 78% de valor preditivo. Os sintomas de depressão pós-parto foram considerados presentes quando a soma dos escores da Escala de Edimburgo era de 12 ou mais.⁷

Análise descritiva e Modelagem de Equações Estruturais

A análise descritiva para determinação de frequências e porcentagens foi realizada utilizando o *software Stata*, versão 12.0 (College Station, TX, EUA). A associação entre violência contra gestantes e desfecho de sintomas depressivos pós-parto foi investigada por meio da Modelagem de Equações Estruturais, método estatístico que utiliza a análise fatorial confirmatória e estima simultaneamente uma série de equações de regressão, avaliando os efeitos diretos e indiretos das variáveis resultado.¹⁸

A Modelagem de Equações Estruturais foi realizada utilizando o *software Mplus*, versão 7 (Los Angeles, CA, EUA). Média dos Mínimos Quadrados Ponderados e Variância Ajustada foram utilizados para as variáveis contínuas e categóricas.

Os seguintes índices de ajuste foram utilizados para determinar se o modelo apresentou um bom ajuste: a) valor de *p* maior que 0,05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0,05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 95% menor que 0,08 para o Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Índice de Ajuste Comparativo e o Índice de Lewis de

Tucker (CFI/TLI); e d) Valores residuais médios ponderados de raiz (WRMR) inferiores a 1,17.

Os efeitos diretos e indiretos entre as variáveis foram considerados presentes quando o valor de p foi menor que 0,05.

O comando modíndices foi utilizado para obter sugestões para a modificação das hipóteses iniciais e um novo modelo foi elaborado e analisado se as mudanças fossem consideradas teoricamente aceitáveis.

Aspectos éticos

O estudo preencheu os critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas normas complementares. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, quando concordaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O sujeito teve a opção de abandonar o estudo sem sofrer quaisquer consequências para si ou para sua família durante qualquer fase da investigação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário - UFMA (parecer substanciado nº 223/2009, protocolo nº 4771 / 2008-30).

Resultados

Das 1.139 gestantes que responderam ao Questionário de Edimburgo, 12,8% tinham até 19 anos de idade e 12,1% tinham até 8 anos de escolaridade. O percentual de gestantes pertencentes às famílias da classe econômica D/A e recebendo menos de um salário mínimo foi de 15,5% e 4,6%, respectivamente (Tabela 1).

Sintomas de depressão foram relatados por 19,7% das mães 2 anos após o parto. As taxas de violência psicológica e física foram de 47,3% e 12,1%, respectivamente. Cerca de 20% das mulheres entrevistadas relataram sintomas depressivos moderados durante a gravidez e 27% relataram sintomas graves (Tabela 2).

O modelo conceitual mostrou bom ajuste, sem sugestão plausível de modificação (Tabela 3). Exceto pela variável escolaridade da gestante na construção da variável situação socioeconômica latente (SES), todas as demais cargas fatoriais dos componentes das variáveis latentes foram superiores a 0,5 (Tabela 4).

Mulheres que sofreram violência psicológica durante a gravidez relataram mais frequentemente sintomas de depressão pós-parto (Coeficiente Padronizado, IC=0,256; $p<0,001$). Essa associação positiva ocorreu por via direta (SC=0,131; $p=0,016$) ou indireta (SC=0,124; $p<0,001$), sendo esta última

mediada por sintomas depressivos durante a gestação (SC=0,131; $p<0,001$) (Tabela 5).

Mulheres submetidas à violência física durante a gravidez relataram mais frequentemente sintomas de depressão pós-parto (SC=0,221; $p<0,001$). Essa associação positiva ocorreu apenas por via indireta (SC=0,126; $p<0,001$), com mediação por sintomas de depressão durante a gestação (SC=0,126; $p<0,001$).

As mulheres com sintomas de depressão durante a gestação apresentaram mais frequentemente sintomas de depressão pós-parto (SC=0,322; $p<0,001$) e relataram episódios de violência psicológica e física (Tabela 5).

Discussão

O estudo da coorte pré-natal São Luís BRISA revelou que gestantes submetidas à violência psicológica e física que relataram sintomas depressivos durante a gravidez relataram com maior frequência sintomas de depressão pós-parto. A associação da violência psicológica com sintomas de depressão pós-parto ocorreu por meio de vias diretas e indiretas, esta última mitigada pela presença de depressão durante a gravidez.

Sabe-se que a violência contra gestantes, principalmente se recorrente e em suas formas graves, pode afetar a saúde mental das gestantes e a vida das mulheres. É um problema de saúde pública e um fenômeno complexo cujas consequências podem ser bastante negativas para a saúde da mãe, do feto e da criança.¹⁸

Um estudo longitudinal realizado com 272 gestantes com o objetivo de identificar a frequência de sintomas depressivos durante a gestação e determinar sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde revelou que a violência psicológica foi fator de risco para a presença de sintomas depressivos durante a gestação e para sintomas depressão pós-parto quando os principais agressores eram o parceiro e os familiares.¹⁹

No entanto, é importante ressaltar que a violência psicológica é muitas vezes despercebida nos serviços de saúde, sendo menos considerada do que os outros tipos de atos violentos. Assim, a alta prevalência detectada é importante para sensibilizar os profissionais de saúde, gestores e pesquisadores, bem como as próprias vítimas, para esse tipo de violência e suas repercussões negativas na saúde da mulher, especificamente em relação à saúde mental.²⁰

Mulheres submetidas à violência física durante a gravidez relataram com maior frequência sintomas

Tabela 1

Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte BRISA pré-natal. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
Acima de 19 anos	145	12,7
20 a 24 anos	360	31,6
25 anos ou mais	634	55,6
TOTAL	1.139	100,0
Estado civil		
Casada	249	21,8
União estável	658	57,7
Solteira/viúva	213	18,7
Divorciada	19	1,7
TOTAL	1.139	100,0
Escolaridade (anos)*		
0 a 4 anos	13	1,14
5 a 8 anos	125	10,9
9 a 11 anos	867	76,1
12 ou mais anos	133	11,6
TOTAL	1.138	100,0
Renda (salário mínimo)*		
Menor que 1	51	4,61
1 a menos de 3	615	55,5
3 a menos de 5	281	25,3
5 ou mais	160	14,4
TOTAL	1.107	100,0
Ocupação da gestante		
Nenhuma	787	51,5
Manual não qualificado	304	28,2
Manual semiqualficado	459	42,6
Manual qualificado	51	4,74
Funções de escritório	166	15,4
Profissional de nível superior	59	5,48
Administradores/Gerentes/Diretores/Proprietários	38	3,53
TOTAL	1.077	100,0
CCEB^a*		
D/E	168	15,4
C	747	68,7
A/B	172	15,8
TOTAL	1.087	100,0

^aCCBE: Classificação de Classe Econômica Brasileira; *Os totais de cada variável foram diferentes devido a valores desconhecidos.

Tabela 2

Características maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	N	%
Violência contra as mulheres	1.115	100,0
Não	608	54,3
Sim	507	45,47
Sintomas Depressivos (durante a gestação)*	1.133	100,0
Nenhuma possibilidade de depressão	596	52,6
Sintomas moderados	228	20,1
Sintomas graves	309	27,2
Sintomas depressivos no período pós parto	1.139	100,0
Com sintomas depressivos	224	19,7
Sem sintomas depressivos	915	80,3

*Os totais para cada variável diferiram devido a valores desconhecidos.

Tabela 3

Indicadores de ajuste do modelo. São Luís -MA, 2010-2013.

Indicadores	Modelo ^a
Chi-square (χ^2)	1.507,028
Degrees of freedom	884
p-value	<0,001
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,025
90% Confidence Interval	0,023 - 0,027
Comparative fit index (CFI)	0,989

^aModelo inicial e final, pois não havia sugestão plausível de modificação.

Tabela 4

Coefficiente padronizado, erro padrão e p-valor das variáveis latentes e dos efeitos diretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	p
Variáveis latentes			
SES			
Ses BY Edu	0,463	0,051	<0,001
Ses BY Occu	0,548	0,045	<0,001
Ses BY Inc	0,684	0,043	<0,001
Ses BY Class	0,826	0,048	<0,001
EMOV			
Emov BY v1	0,863	0,040	<0,001
Emov BY v2	0,886	0,038	<0,001
Emov BY v3	0,661	0,045	<0,001
Emov BY v4	0,655	0,064	<0,001
PHYV			
Phyv BY v5	0,941	0,033	<0,001
Phyv BY v6	0,845	0,038	<0,001
Phyv BY v7	0,907	0,035	<0,001
Phyv BY v8	0,910	0,030	<0,001
Phyv BY v9	0,797	0,108	<0,001
Phyv BY v10	0,728	0,072	<0,001
EDINBURGH			
EDINBURGH BY g59_1	0,578	0,028	<0,001
EDINBURGH BY g59_2	0,644	0,032	<0,001
EDINBURGH BY g59_3	0,651	0,023	<0,001
EDINBURGH BY g59_4	0,555	0,028	<0,001
EDINBURGH BY g59_5	0,704	0,023	<0,001
EDINBURGH BY g59_6	0,580	0,024	<0,001
EDINBURGH BY g59_7	0,868	0,013	<0,001
EDINBURGH BY g59_8	0,909	0,010	<0,001
EDINBURGH BY g59_9	0,829	0,014	<0,001
EDINBURGH BY g59_10	0,755	0,029	<0,001
SUPP			
Supp BY Int	0,983	0,005	<0,001
Supp BY Emoinf	0,950	0,006	<0,001
Supp BY Effe	0,952	0,008	<0,001
Supp BY Tang	0,833	0,014	<0,001
Efeitos Diretos			
EDINBURGH ON Ses	-0,125	0,043	0,003
EDINBURGH ON Supp	-0,055	0,036	0,127
EDINBURGH ON Emov	0,131	0,054	0,016
EDINBURGH ON Phyv	0,095	0,068	0,163
Supp ON Ses	0,238	0,036	<0,001
Emov ON Ses	0,114	0,056	0,041
Emov ON Supp	-0,182	0,047	<0,001
Phyv ON Ses	-0,025	0,070	0,721
Phyv ON Supp	-0,214	0,067	0,001
Phyv ON Emov	-0,031	0,017	0,068

continua

Ses= situação socioeconômica, BY= comando do Mplus para obter variável latente; edu= escolaridade gestante; occu=ocupação do chefe da família; inc= renda familiar; class= classe econômica; emov= violência psicológica contra mulher na gestação; v1 a v4= questões de número 1 a 4 de violência psicológica; phyv= violência física contra mulher na gestação; v5 a v10= questões de número 5 a 10 de violência física; Edimburg= sintomas de depressão pós-parto; g59_1 a g59_10= perguntas do questionário de Edimburgo; supp= suporte social; int= apoio de interação social positiva; emoinf= apoio emocional/informação; effe= apoio afetivo; tang= apoio material; Cesd= sintomas de depressão na gestação; ON= comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho; O efeito direto e indireto sob as variáveis foi considerado quando p foi menor que 0,05.

Tabela 4

conclusão

Coefficiente padronizado, erro padrão e p-valor das variáveis latentes e dos efeitos diretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	P
Efeitos Diretos			
EDINBURGH ON Cesd	0,322	0,059	<0,001
Cesd ON Ses	-0,161	0,047	0,001
Cesd ON Supp	-0,140	0,044	0,001
Cesd ON Emov	0,408	0,046	<0,001
Cesd ON Phyv	0,390	0,053	<0,001

Ses= situação socioeconômica, BY= comando do Mplus para obter variável latente; edu= escolaridade gestante; occu=ocupação do chefe da família; inc= renda familiar; class= classe econômica; emov= violência psicológica contra mulher na gestação; v1 a v4= questões de número 1 a 4 de violência psicológica; phyv= violência física contra mulher na gestação; v5 a v10= questões de número 5 a 10 de violência física; Edimburg= sintomas de depressão pós-parto; g59_1 a g59_10= perguntas do questionário de Edimburgo; supp= suporte social; int= apoio de interação social positiva; emoinf= apoio emocional/informação; effe= apoio afetivo; tang= apoio material; Cesd= sintomas de depressão na gestação; ON= comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho; O efeito direto e indireto sob as variáveis foi considerado quando p foi menor que 0,05.

Tabela 5

Coefficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos efeitos indiretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e estimativas	Coefficiente padronizado	Erro padrão	P
Efeitos indiretos			
Ses → EDINBURGH			
Total	-0,199	0,039	<0,001
Indireto	-0,074	0,023	0,001
Emov → EDINBURGH			
Total	0,256	0,044	<0,001
Indireto	0,124	0,028	<0,001
Via Cesd	0,131	0,028	<0,001
Phyv → EDINBURGH			
Total	0,221	0,056	<0,001
Indireto	0,125	0,029	<0,001

Ses= situação socioeconômica; Edimburg= sintomas de depressão pós-parto; emov= violência psicológica contra mulher na gestação; cesd= sintomas de depressão na gestação; phyv= violência física contra mulher na gestação; O efeito direto e indireto sob as variáveis foi considerado quando p foi menor que 0,05.

de depressão pós-parto. Esta associação positiva ocorreu apenas de forma indireta mediada por sintomas de depressão durante a gestação. De acordo com esse resultado, um estudo transversal conduzido em 426 mulheres de Bangladesh demonstrou uma associação particularmente forte com sintomas de depressão pós-parto em mulheres submetidas à violência física antes, durante e após a gravidez.²¹

No presente estudo, os sintomas de depressão durante a gravidez mostraram um efeito direto sobre os sintomas da depressão pós-parto. Além disso, as mulheres sofreram violência psicológica e física, demonstrando que aqueles que apresentavam sintomas de depressão durante a gravidez eram mais vulneráveis a sintomas de depressão pós-parto.

Mostrando a magnitude dessa associação, um estudo longitudinal em gestantes (n=8.323) realizado na Inglaterra com o objetivo de estudar a associação entre depressão na gestação e pós-parto revelou que a depressão na gestação foi o maior fator de risco para depressão pós-parto.²²

Uma revisão sistemática confirmou esse achado, mostrando que 41,5% dos casos de depressão materna haviam surgido durante o período gestacional e sugerindo que as intervenções para depressão deveriam começar desde o período pré-natal.⁴

As limitações do estudo foram o fato de que a coleta de dados sobre a saúde mental materna foi realizada utilizando instrumentos para triagem de transtornos mentais e não para métodos diagnósticos e que a validade externa dos achados foi limitada devido ao uso de uma conveniência em vez de uma amostra probabilística. Além disso, os questionários sobre violência e depressão durante a gravidez foram aplicados ao mesmo tempo. Contudo, o instrumento de violência referia abuso durante a gravidez e o instrumento de depressão dizia respeito aos últimos 7 dias.

Referências

1. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Dritsa M, Khalifé S. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum on set. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2014; 35 (3): 84-91.
2. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review. *Organização Mundial de Saúde.* 2012; 90 (2): 139-49.
3. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42 (5): 877-85.

Os pontos fortes da investigação são que este foi um estudo de coorte utilizando instrumentos internacionalmente reconhecidos validados para o Brasil e usando modelagem de equações estruturais, um método que estima uma série de equações de regressão múltipla separadas e dependentes umas das outras, estabelecendo relações lineares diretas e indiretas entre variáveis. Isso permitiu o estudo concomitante da interação entre violência e sintomas de depressão durante a gravidez e sintomas de depressão pós-parto. A maioria dos estudos anteriores utilizou análises bivariadas ou multivariadas por meio de regressão logística,^{22,23} um tipo de análise que é criticada por investigar apenas relações diretas entre variáveis explicativas e um resultado, sem permitir a avaliação de vias intermediárias, isto é, indiretas ou indiretas. fatores de mediação.^{17,24}

O principal e mais importante achado da presente pesquisa sustenta a evidência de que os sintomas depressivos durante a gestação estavam intimamente associados à violência psicológica e física durante a gestação, contribuindo para o aparecimento de sintomas de depressão pós-parto.

Esses achados reforçam a importância de melhorar a saúde das mulheres em idade reprodutiva, incluindo-as em programas de planejamento familiar com monitoramento e educação em saúde emocional, o que pode contribuir para reduzir possíveis perdas em sua vida.

Contribuição dos autores

Ribeiro SVO e Batista RFL - Concepção e planejamento do estudo. Ribeiro SVO, Batista RFL e Ribeiro MRC - Análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Pessoa KC, Simões VMF, Figueiredo FP e Bettiol H - Revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

4. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-Analysis. *Plos Med.* 2013; 10 (5): e1001452.
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 782-6.
6. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Grey R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119 (5): 350-64.

7. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, Magalhães PV, Barbosa AP, Barros FC. 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): 2577-88.
8. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003; 75 (1): 71-6.
9. Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107 (4): 251-9.
10. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. [acesso em 02 nov 2014]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>.
11. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. [Internet]. São Paulo, SP: ABEP; 2015 [acesso em 20 jun 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>.
12. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17 (4): 887-96.
13. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8 (4): 454-66.
14. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (4): 658-66.
15. Flach C, Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, Howard LM. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG*. 2011; 118 (11): 1383-91.
16. Fernandes RCL, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr RS*. 2008; 30 (3): 192-200.
17. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press; 2016.
18. Fonseca-Machado MO. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014.
19. Lima MOP, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30 (1): 39-46.
20. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010; 376 (9744): 903-10.
21. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004; 80 (1): 65-73.
22. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*. 2010; 15 (1): 14-35.
23. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011; 6 (3): e17591.
24. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: applications using Mplus. Noida: Thomson Digital; 2012.

Recebido em 22 de Fevereiro de 2018

Versão final apresentada em 02 de Dezembro de 2018

Aprovado em 31 de Janeiro de 2019