

Depressão e apoio social em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência no Rio de Janeiro

Depression and social support of pregnant women in fetuses with malformations attending at a maternal and child hospital public reference in Rio de Janeiro

Vivian Costa Barros¹, Jacqueline Fernandes de Cintra Santos², Lucia Abelha Lima³, Diego de Lima Fonseca⁴, Giovanni Marcos Lovisi⁵

Resumo

Introdução: A gestação e o puerpério são os períodos de maior prevalência de depressão na vida da mulher. Complicações obstétricas, incluindo malformações congênitas, são importantes fatores de risco para depressão durante a gestação. Gestantes de fetos malformados vivenciam um Evento de Vida Estressante (EVE) grave. Esse fato pode ser agravado quando há ausência de apoio social. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo estimar a depressão em gestantes atendidas em um hospital materno-infantil público de referência para malformações fetais na cidade do Rio de Janeiro. **Método:** Foram realizadas entrevistas com 86 gestantes de fetos com malformações, das quais foram avaliadas as características sociodemográficas, condições clínicas/obstétricas, diagnóstico de depressão, apoio social e EVE. O período compreendido da pesquisa foi entre agosto de 2011 e julho de 2012. **Resultados:** A prevalência de depressão durante a gestação foi 17.4% (IC95% 0,09–0,26), sendo associada à variável estar desempregada. As dimensões de ausências de apoio emocional e de informação apresentaram a maior frequência (57%). **Conclusão:** A depressão é um transtorno comum em gestantes de fetos com malformações e está associada a indicadores de privação socioeconômica. Portanto, são necessárias a implementação de políticas sociais e intervenções psicossociais adequadas para reduzir o sofrimento psíquico da depressão gestacional nessa população.

Palavras-chave: depressão; apoio social; gestantes; anormalidades congênitas.

Abstract

Introduction: The pregnancy and postnatal period are the time of major prevalence of depression in women's life. Obstetric complications, including congenital malformations are important risk factors for depression during pregnancy. Mothers of fetuses with malformations experience a severe stressful life event. This fact could be aggravated by lack of social support. **Objective:** The present study aimed to estimate depression in pregnant women with fetal malformations attended at a reference hospital fetal malformations in the Rio de Janeiro. **Method:** Interviews were conducted with 86 mothers of fetuses with malformations, which were assessed sociodemographic characteristics, clinical conditions/obstetric diagnosis of depression, social support and stressful life event. The period of study was from August 2011 to July 2012. **Results:** The prevalence of depression during pregnancy was 17.4% (95%CI 0.09–0.26) and associated factor included being unemployed. The lack of emotional and information supports showed the highest frequency (57%). **Conclusion:** Depression is common during pregnancy of women with fetal malformations and was associated with indicators of socioeconomic deprivation. Psychosocial interventions and appropriate social policies need to be implemented in this population to reduce the burden of maternal depression.

Keywords: depression; social support; pregnant; congenital abnormalities.

Trabalho realizado no Instituto Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Mestre em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Doutora em Saúde Coletiva pelo IFF; Professora Adjunta do IESC da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; Professora Adjunta do IESC da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres; Professor Adjunto do IESC da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Vivian Costa Barros – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Praça Jorge Machado Moreira – Cidade Universitária – CEP: 21944-970 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: vivianpsi@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

As malformações, anomalias ou anormalidades congênitas caracterizam-se por alterações morfológicas ou estruturais, isoladas ou múltiplas, presentes ao nascimento^{1,2}. São internacionalmente classificadas segundo critérios anatômicos, funcionais ou genéticos, podendo ser categorizadas ainda como maiores e menores, segundo o grau de importância médica, cirúrgica ou estética e impacto sobre a morbiletalidade do recém-nato³. Quanto à sua etiologia, sabe-se que as anormalidades cromossômicas (fatores genéticos), os teratógenos (fatores ambientais) e a herança multifatorial (genética e ambiental) estão envolvidos. A literatura também aponta que muitas causas ainda são desconhecidas. Embora os fatores genéticos respondam por um terço das anomalias congênitas, fatores ambientais, tais como exposição a compostos químicos ambientais, radiação, fatores mecânicos, agentes infecciosos, doenças metabólicas maternas e exposição a medicamentos, tabaco, álcool e outras drogas durante o período periconcepcional, também são importantes fatores de risco para as malformações⁴.

A prevalência de malformações fetais na população está em torno de 4%^{5,6}, sendo mais frequente nas gestantes mais jovens e naquelas acima de 35 anos, nas tabagistas ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, nas gestantes com poucas consultas pré-natais e nas desprovidas socioeconomicamente⁵⁻⁹. Em alguns estudos realizados no Rio de Janeiro, a prevalência de malformações fetais chegou em torno de 2%¹⁰⁻¹².

O diagnóstico de um feto com malformações pode ser considerado um EVE grave, visto que as gestantes passam por um momento de grandes expectativas e risco na gestação¹³. Esse bebê com malformação demandará maior atenção e cuidado materno na gestação e puerpério, fato que poderá ser sentido pela mãe como uma grande carga emocional e possivelmente necessitará de uma estrutura de apoio social¹⁴. O luto vivido pela perda da possibilidade da gestação ideal poderá gerar grande sofrimento psíquico, processo este aumentado quando o apoio recebido não for sentido como suficiente frente a todas as necessidades, podendo, em alguns casos, desencadear transtornos mentais, em especial a depressão^{15,16}.

Líder entre as causas de anos de vida vividos com alguma incapacidade (*Years of life Lived with Disability* – YLDs)¹⁷, o transtorno depressivo atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo todo, sendo duas vezes mais comum em mulheres (5 a 9%) do que em homens (2 a 3%)¹⁷. A depressão também é o transtorno mais frequente durante o período gestacional, uma vez que também pode ser considerado um EVE¹⁸⁻²⁰.

Assim, a gestação é caracterizada como um momento de grandes mudanças na vida da mulher, tais como alterações no

corpo, na estrutura e dinâmica familiar, necessidade do cuidado criterioso com a saúde e com as questões que envolvem o nascimento do filho. Estes aspectos poderão ser vivenciados pela gestante como fatores estressores e deverão ser considerados com atenção por todos aqueles envolvidos no cuidado^{21,22}.

A depressão gestacional tem sido considerada o principal fator de risco à depressão no pós-parto, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação²³⁻²⁷. A literatura também aponta que, em muitos casos, as gestantes que apresentam depressão podem negligenciar seus sintomas por acreditarem que a gestação deverá ser um período de satisfação plena²¹.

Os principais fatores de risco para depressão no período gestacional são os antecedentes psiquiátricos, em especial a história pregressa de depressão²⁸⁻³⁰. Outros fatores também associados à depressão na gestação são: baixa renda, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego^{25,30,31}, ser solteira ou divorciada²⁶, EVE^{23,32}, gravidez não planejada, história de violência doméstica^{28,30,33}, transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais^{29,34} e ausência de apoio social^{19,27,35-40}.

Considerado um fator de redução de eventos estressantes, o apoio social recebido pelas gestantes é destacado por sua importância principalmente durante a gestação⁴¹. Apesar da difícil conceituação metodológica⁴², alguns autores, para ampliar o conceito de apoio social, dividiram cinco dimensões funcionais para caracterizá-lo, a saber: apoio material, relacionado à provisão de recursos e ajudas materiais; apoio informacional, caracterizado pela disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos e informações fundamentais; apoio afetivo, relacionado a demonstrações físicas de amor e afeto; apoio emocional, caracterizado por demonstrações de amor, confiança, escuta e interesse; e apoio de interação social positiva, caracterizado pela disponibilidade de pessoas com quem o indivíduo possa se divertir e relaxar⁴³⁻⁴⁶.

É importante chamar a atenção para o fato de que, muitas vezes, o transtorno mental, no caso a depressão, pode aparecer como um fator causal que proporciona a ausência de apoio social, uma vez que estaria ligado a dificuldades de relacionamento do indivíduo. Da mesma forma, a presença de apoio social pode não ser sentida por aqueles que sofrem depressão, justamente por sua capacidade diminuída nos relacionamentos em geral^{21,47}.

Até o presente momento, estudos sobre prevalência ainda são escassos. Existem apenas registros de estudos qualitativos ou sobre o tema no Brasil^{48,49}. As poucas pesquisas internacionais existentes são estudos com dados secundários de base populacional que focam principalmente o desfecho das gestações de mães com transtornos mentais e suas repercussões na saúde da criança⁵⁰.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo estimar a depressão em gestantes de fetos com malformações atendidas no Instituto Fernandes Figueira (IFF), um centro de referência materno-infantil do Sistema Único de Saúde (SUS) para malformações, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Local de Estudo

O estudo foi realizado no IFF, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que faz parte do SUS e está localizado na cidade do Rio de Janeiro.

População de estudo

A população do estudo foi constituída por todas as gestantes de fetos com malformações atendidas no pré-natal do departamento de Genética Médica cujo diagnóstico foi realizado ou confirmado pela Medicina Fetal do IFF, com assistência pré-natal integralizada nesta Instituição durante o período de agosto de 2011 a junho de 2012.

Coleta de dados

As mães participantes do estudo estavam no terceiro trimestre de gestação, decorrido pelo menos um mês da confirmação diagnóstica de malformação pelo exame ultrassom morfológico, realizado pela Medicina Fetal do IFF. Essas gestantes eram convidadas a participar do estudo pelas mesmas entrevistadoras que também conduziam o processo de aplicação dos instrumentos: cinco pesquisadoras treinadas previamente, durante três dias, sob a orientação da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP).

As entrevistas foram realizadas na seguinte ordem: questionário epidemiológico (para coletar variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e obstétricas), escala para avaliação de eventos durante o último ano, instrumento para o diagnóstico de depressão e escala de avaliação de apoio social.

Instrumentos

Avaliação das variáveis sociodemográficas

O questionário sociodemográfico foi construído por perguntas elaboradas por pesquisadores em estudos anteriores^{51,52}. Foram registrados dados sobre idade, estado civil, escolaridade, cor, naturalidade, nacionalidade, profissão e religião.

A variável faixa etária foi agrupada em duas categorias: a) 13 até 24 anos para agrupar a faixa etária de adolescentes segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)⁵³ ou Jovens Adultos⁵⁴ e b) ≥ 25 anos.

A variável renda salarial foi agrupada em duas categorias: a) 1 a 3 salários mínimos e b) igual ou maior a três salários mínimos, tomando-se como base o salário mínimo dos anos de vigência da pesquisa e tomando como base dados do Banco Mundial⁵⁵.

Avaliação das variáveis clínicas e obstétricas

Foi utilizado um questionário para variáveis clínicas e obstétricas baseado em estudos anteriores^{9,28,51,52,56}. As variáveis clínicas investigadas foram: história patológica pregressa (diabetes, hipertensão crônica-HAS, cardiopatia, hepatite, nefropatia, pneumopatia, neuropatia, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis-DST's e ginecopia), história psiquiátrica (história anterior de depressão, tratamento psiquiátrico/psicológico prévio, tabagismo durante a gestação e consumo de álcool durante a gravidez). Variáveis obstétricas: gestantes primíparas, gestantes que pensaram em aborto, complicações obstétricas atuais, história de doenças gestacionais anteriores, história de baixo peso ao nascer, história de prematuridade, atual gravidez não planejada, história de malformações em gestações anteriores, história de malformações fetais na família, nº de consultas pré-natal, início do pré-natal e local de início do pré-natal.

As variáveis início do pré-natal e nº de consultas foram categorizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde⁵⁷, que orienta que o início do pré-natal deverá ser realizado no primeiro trimestre de gestação e deverão ser realizadas durante o período de pré-natal até seis consultas médicas.

EVE

Para avaliar a presença de EVE no último ano foi utilizada a escala *Stressful Life Events* (SLE)⁵⁸, que se baseia em uma lista de acontecimentos considerados estressantes, como divórcio, falecimento de pessoa próxima, perda do emprego, entre outros eventos que provocam mudanças significativas na vida do indivíduo. Através dessa escala, adaptada e validada para uso no Brasil⁵⁹, foram investigados neste estudo 14 eventos estressantes: conflitos matrimoniais; história de separação ou divórcio; perda do emprego; conflitos com pessoas próximas; problema físico grave; problemas financeiros; envolvimento judicial; história de acidente de trânsito, incêndio ou catástrofe; história de sequestro; falecimento de pessoa próxima; história de abuso sexual; história de furto; história de agressão e história de assalto residencial.

Diagnóstico da Depressão

O *Composite International Diagnostic Interview*⁶⁰ (CIDI – versão 2.1) foi utilizado para detectar a depressão. Trata-se de uma entrevista diagnóstica estruturada que pode ser utilizada por entrevistadores leigos e treinados e que fornece o diagnóstico de transtornos mentais baseado nos critérios do Classificação

Internacional de Doenças (CID-10)⁶⁰ e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)⁶¹, através de um algoritmo computadorizado. Ele foi traduzido do inglês para o português e validado para o uso no Brasil por psiquiatras brasileiros do departamento de psiquiatria da UNIFESP, apresentando alta confiabilidade diagnóstica ($k > 0,90$)⁶². O CIDI é o instrumento padronizado para o diagnóstico de transtornos mentais mais utilizado no mundo, foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em diferentes culturas e contextos e validado em vários países, o que permite a comparação com estudos internacionais. Além disso, o CIDI também fornece o diagnóstico diferencial, através do diagrama de especificação de repostas, para os sintomas físicos típicos da gravidez e pós-parto, muitas vezes confundidos com sintomas depressivos.

Esse instrumento detecta os transtornos mentais nos seguintes períodos: nas últimas duas semanas, no último mês, nos últimos seis meses, no último ano e durante a vida. No presente estudo, foi avaliada a depressão durante o último ano, baseando-se nos critérios diagnósticos do CID-10 pela OMS⁶⁰. Com o CIDI é possível observar se a depressão teve início após o diagnóstico da malformação na gestação (considerando a data de início do episódio) ou se já era um quadro preexistente.

Avaliação de apoio social

Foi aplicado o questionário *Medical Outcome Studies*⁴⁴, traduzido e validado para o português, com boa confiabilidade e alta validade de construto com *kappa* entre 0,62 e 1^{45,63}, para estimar o apoio social recebido pelas gestantes. Trata-se de um instrumento autoadministrável, multidimensional, com cinco categorias de apoio social: material (quatro perguntas — provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (três perguntas — demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (quatro perguntas — expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (quatro perguntas — disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e informação (quatro perguntas — disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Para cada item, a gestante deveria indicar com que frequência considerava cada tipo de apoio, através de uma escala ordinal: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4), ou sempre (5). Os escores foram calculados por meio da soma dos pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo número máximo de pontos possível de ser obtido na mesma dimensão. Para padronizar os resultados de todas as dimensões, pois estas eram constituídas por diferentes números de perguntas, o resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100⁶⁴.

Os escores dessa escala são distribuídos em baixo, médio e alto. Este estudo analisou apenas dois níveis, a saber: ausência de apoio social, constituída pelos níveis baixo e intermediário, e presença, pelo nível alto. Esta divisão foi realizada para padronizar as variáveis, sendo este mesmo procedimento realizado por outros estudos que avaliaram apoio social^{28,64}.

Análise de dados

Foi calculada a prevalência de depressão (com Intervalo de Confiança de 95%), definindo o transtorno de acordo com a classificação do CID-10 e primeiramente realizada uma análise univariada dos dados. Foram utilizados o Teste do Qui-quadrado e o Teste de Fischer para variáveis categóricas e o Teste de Pearson para variáveis contínuas. Em todos estes testes foi considerado um nível de significância de 5%. A *odds ratio* (razão de chances) e os respectivos Intervalos de Confiança também foram calculados.

As variáveis associadas à depressão na análise bivariada, considerando $p \leq 0,10$, entraram no modelo de regressão logística. Foi considerado estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$. Para o modelo final foi calculada a *odds ratio* com um intervalo de confiança de 95%. O programa SPSS 16 (*Statistical Package for the Social Sciences*) foi utilizado na análise estatística dos dados.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF e pelo IESC da UFRJ (Parecer nº 021/10).

Antes da entrevista cada mulher foi informada sobre a pesquisa e convidada a participar do estudo, devendo, para tanto, assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As gestantes foram asseguradas que a participação seria voluntária, sem prejuízos para o seu atendimento médico, tendo plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento e recusar-se a responder às perguntas que pudessem ocasionar constrangimentos de qualquer natureza. Aquelas que apresentaram desconforto emocional ou apresentaram diagnóstico de depressão foram orientadas a procurar o Serviço de Psicologia do Instituto ou unidades de saúde de sua região.

RESULTADOS

Das 93 gestantes convidadas a participar do estudo, 7 recusaram-se, informando desconforto emocional pela expectativa da consulta no ambulatório de Genética. Portanto, a população do estudo foi constituída por 86 gestantes de fetos malformados (taxa de participação de 92,5%), entrevistadas no período entre agosto de 2011 e julho de 2012. A prevalência de depressão durante a gestação foi de 17,4% (IC95% 0,09–0,26).

Características sociodemográficas da amostra

A idade das gestantes variou de 13 a 47 anos, com uma média de 25,9±7,7 anos. As características sociodemográficas que predominaram foram: faixa etária de até 24 anos de idade (52,3%), cor/etnia parda (46,5%), casada/união estável (66,3%), ser natural do Estado do Rio de Janeiro (77,9%), ter mais de oito anos de estudos (75,6%), ter trabalho formal (46,5%), ter renda média de 1 a 3 salários (61,6%) e ter religião (75,6%). As gestantes desempregadas apresentaram associação significativa à depressão durante a gestação (57,1%; OR 6,93; IC95% 1,17–40,98; p=0,03), assim como aquelas com renda média de 1 a 3 salários mínimos (24,5%; OR 0,123; IC95% 0,15–0,99; p=0,02) (Tabela 1).

Variáveis clínicas e obstétricas

Em relação às variáveis clínicas e obstétricas, foram mais frequentes as primíparas (58,1%), a gravidez não planejada (56,8%), com até seis consultas no pré-natal (68,6%), início do pré-natal no primeiro trimestre (80,2%), início do pré-natal fora da instituição do estudo (87,2%), história de malformação em

gestações anteriores (21,1%) e com algum tipo de malformação na família (18,6%). Chamou a atenção que cerca de 30,0% das gestantes relataram história anterior de depressão, enquanto apenas 11,6% informaram já ter realizado algum tratamento psiquiátrico prévio (Tabela 2).

EVEs no último ano

Os EVEs mais frequentes foram: conflitos matrimoniais e com familiares (38,4%, cada), problema financeiro (26,7%) e falecimento de pessoa próxima (20,9%). Os eventos associados significativamente à depressão foram: conflitos matrimoniais (p=0,06), separação/divórcio (p=0,03), perda de emprego (p=0,004), conflitos com familiares (p=0,01), história de sequestro (p=0,03), história de agressão (p=0,001) (Tabela 3).

Apoio social

A média geral das cinco dimensões de apoio social foi de aproximadamente 88,4% (DP=13,52). O apoio afetivo obteve a maior média, com 95,1% (DP=11,25), enquanto que

Tabela 1. Características sociodemográficas e sua associação com a depressão em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Características*	População		Depressão		OR (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
Faixa etária						
13 até 24 anos*	45	52,3	8	17,8	1,05 (0,34–3,21)	0,93
≥25 anos	41	47,7	7	17,1	1	
Cor/etnia						
Branca	27	31,4	6	22,6	1,07 (0,26–4,47)	0,93
Parda	40	46,5	5	12,5	0,54 (0,13–2,28)	0,40
Negra	19	22,1	4	21,1	1	
Estado civil						
Casada/mora junto	57	66,3	4	19,3	1,44 (4,99)	0,57
Solteira	28	32,6	11	14,3	1	
Naturalidade						
Rio de Janeiro	67	77,9	9	13,4	2,97 (0,9–9,83)	0,07
Outros	19	22,1	6	31,6	1	
Escolaridade						
≤8 anos de estudo	21	24,4	6	22,6	0,40 (0,12–0,13)	0,12
>8 anos de estudos	65	75,6	9	13,8	1	
Ocupação						
Desempregada	7	8,1	4	57,1	6,93 (1,17–40,98)	0,03
Trabalho informal	8	9,3	1	12,5	0,74 (0,74–7,44)	0,80
Trabalho formal	40	46,5	5	12,5	0,74 (0,20–22,84)	0,66
Estudante/do lar	31	36,0	5	16,1	1	
Renda média						
1 a 3 salários	53	61,6	13	24,5	0,12 (0,15–0,99)	0,02
≥3 salários	26	30,2	1	3,8	1	
Religião						
Não	21	24,4	3	14,3	1,36 (0,34–5,37)	0,66
Sim	65	75,6	12	18,5	1	

*O total de observações pode variar devido à ausência de informações; OR: Odds Ratio

Tabela 2. Associação entre variáveis clínicas e obstétricas e depressão em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

	População		Depressão		OR (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
Variáveis Clínicas*						
História Patológica Progressiva	16	18,6	3	18,8	1,12 (0,28–4,53)	0,88
História Psiquiátrica						
História anterior de depressão	26	30,2	7	26,9	2,4 (0,76–7,51)	0,13
Tratamento psiquiátrico/psicológico prévio	10	11,6	2	20	1,21 (0,23–6,38)	1,00
Tabagismo durante a gravidez	6	7	0	–	0,81 (0,73–0,90)	0,59
Uso de álcool durante a gravidez	4	4,7	0	–	0,82(0,74–0,90)	1,00
Variáveis Obstétricas*						
Primíparas	50	58,1	9	18,0	1,1 (0,35–3,42)	0,87
Pensou em aborto	24	27,9	3	12,5	0,6 (0,15–2,33)	0,45
Complicações obstétricas atuais	14	16,3	3	21,4	1,36 (0,33–5,64)	0,67
História doenças gestacionais anteriores	9	10,5	–	–	0,80 (0,72–0,90)	0,15
História baixo peso ao nascer	8	22,2	2	25,0	2,0 (0,29–13,62)	0,47
História prematuridade	7	19,4	2	28,6	2,50 (0,36–17,57)	0,35
Atual gravidez não planejada	38	58,1	5	33,3	0,56 (0,18–1,86)	0,35
História de malformações em gestações anteriores	8	21,1	1	12,5	0,71 (0,07–7,16)	0,77
História de malformações fetais na família	16	18,6	3	20,0	1,15 (0,28–4,53)	0,88
Nº de consultas pré-natais						
Nenhuma	2	2,3	1	50,0	6,67 (0,32–137,4)	0,22
Até 6 consultas	59	68,6	10	16,9	1,36 (0,34–5,47)	0,66
Acima de 6 consultas	23	26,7	3	13,0	1	
Início do pré-natal (<i>semanas de gestação</i>)						
1º trimestre	69	80,2	12	17,4	1,02 (0,25–4,10)	0,98
Demais trimestres	20	23,3	6	30,0	1	
Local início pré-natal						
IFF	11	12,8	1	9,1	2,3 (0,27–19,43)	0,68
Outros	75	87,2	14	18,7	1	

*O total de observações pode variar devido à ausência de informações; OR: Odds Ratio

o apoio material apresentou uma menor média, com 82,5% (desvio-padrão=18,93).

A maior parte da população apresentou ausência de apoio emocional e de informação (57,0% cada). As ausências de apoio associadas significativamente à depressão em gestantes de fetos malformados foram: ausência de apoio afetivo (OR 0,30; IC95% 0,09–1,02; $p=0,05$) e ausência de apoio de interação social positiva (OR 0,35; IC95% 0,10–1,22; $p=0,09$) (Tabela 4).

Análise multivariada

As variáveis naturalidade ($p=0,06$), ocupação/profissão ($p=0,03$), renda média (0,024), história de conflitos matrimoniais ($p=0,06$), história de separação/divórcio ($p=0,03$), perda

de emprego ($p=0,004$), conflitos familiares ($p=0,01$), história de sequestro ($p=0,03$), história de agressão ($p=0,001$), ausência de apoio afetivo ($P=0,05$) e ausência de apoio de interação social positiva ($p=0,09$) foram associadas ($p\leq 0,10$) à depressão na gestação e entraram no modelo de regressão logística.

Baseando-se na relevância clínica e no valor p “borderline” (entre 0,05 e 0,10)⁶⁵, a variável ocupação/profissão (estar desempregada; $p=0,07$), embora marginalmente associada à depressão gestacional, foi considerada significativa. É importante ressaltar que o estudo trabalhou com uma população rara, portanto, existem algumas limitações metodológicas, como em alguns achados sobre o intervalo de confiança, sobretudo, nesse caso, onde IC encontrado foi de 0,802–514,274. Entretanto, tais limitações reforçam a importância do presente estudo e de novas pesquisas com este tipo de população.

Tabela 3. Associação entre eventos de vida estressantes no último ano e depressão em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Eventos estressantes no último ano*	População		Depressão		OR (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
Conflitos matrimoniais	33	38,4	9	27,3	2,94 (0,94–9,22)	0,06
História de separação/Divórcio	13	15,1	5	38,5	3,94 (1,07–14,47)	0,03
Perda de emprego	17	19,8	7	41,2	5,34 (1,58–17,99)	0,004
Conflitos familiares/ amigos/vizinhos	33	38,4	10	30,3	4,17 (1,28–13,62)	0,01
Problema físico sério	3	3,5	1	33,3	2,46 (0,21–29,08)	0,46
Problema financeiro	23	26,7	5	21,7	1,47 (0,44–4,89)	0,53
Envolvimento judicial	7	8,1	2	28,6	2,03 (0,34–11,62)	0,42
História de acidente	2	2,3	1	50	5,0 (0,30–84,78)	0,22
História de sequestro	1	1,2	1	100	0,17 (0,102–0,27)	0,03
Falecimento de pessoa próxima	18	20,9	3	16,7	0,93 (0,23–3,74)	0,92
História de abuso	2	2,3	1	50	5,0 (0,30–84,78)	0,22
História de furto	4	4,7	1	25	1,62 (0,16–16,73)	0,68
História de agressão	6	7	4	66,7	12,55 (2,05–78,87)	0,001
História de assalto residencial	1	1,2	–	–	0,82 (0,75–0,91)	0,64

*O total de observações pode variar devido à ausência de informações; OR: Odds Ratio

Tabela 4. Associação entre ausência de dimensões de apoio social e depressão em gestantes de fetos malformados atendidas em um hospital materno-infantil público de referência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Apoio Social*	População		Depressão		OR (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
Ausência de apoio emocional	49	57,0	10	20,4	0,61 (0,12–1,97)	0,40
Ausência de apoio material	47	54,7	9	19,1	0,77 (0,25–2,39)	0,65
Ausência de apoio de informação	49	57,0	11	22,4	0,42 (0,12–1,44)	0,16
Ausência de apoio afetivo	18	20,9	6	33,3	0,30 (0,09–1,02)	0,05
Ausência de apoio de interação social	46	53,5	11	23,9	0,35 (0,10–1,22)	0,09

*O total de observações pode variar devido à ausência de informações; OR: Odds Ratio

Tabela 5. Análise Multivariada dos fatores associados à depressão em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Variável	OR bruto	OR ajustado	IC95%	Valor p
Desempregada	6,93	20,31	0,802–514,274	0,07

Odds Ratio (OR) ajustada para variáveis: naturalidade, ocupação/profissão, renda média, história de conflitos matrimoniais, história de separação/divórcio, perda de emprego, conflitos com familiares, amigos ou vizinhos, história de sequestro, história de agressão, ausência de apoio afetivo, ausência de apoio de interação social positiva

DISCUSSÃO

A prevalência total de depressão na gestação estimada neste estudo foi de 17,4% (IC95% 0,09–0,26). Este resultado está de acordo com a literatura, cuja prevalência de depressão gestacional varia entre 13 a 25%^{2,28,31,33,51,66,67}, embora este estudo não tenha avaliado a especificidade de uma gestação com feto malformado. Esperava-se, portanto, uma maior prevalência de depressão na gestação

na população estudada, por se tratar de uma gestação de alto risco e de um EVE grave, de acordo com o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais⁶¹ (DSM IV). Este fato pode ser explicado justamente pelo estudo ter privilegiado um instrumento diagnóstico da depressão. Sendo assim, as gestantes que apresentaram apenas sintomas de depressão durante a gestação não entraram no resultado encontrado no presente estudo.

Vivenciar a gestação de um feto com malformações pode também significar para essas gestantes a necessidade de adaptar-se a uma nova realidade, marcada por situações específicas, como, por exemplo, o aumento do cuidado pré-natal⁶⁸. Assim, apesar de um possível aumento da vulnerabilidade emocional dessas mulheres após a notícia de malformação do feto, mecanismos de defesa podem estar presentes. Esses mecanismos são descritos na literatura como essenciais na constituição do sujeito e capazes de proporcionar uma viabilidade psíquica entre o indivíduo e a realidade, como o apoio social recebido^{16,69}, diante de situações de eventos estressantes graves.

Em relação ao apoio social recebido pelas gestantes, a dimensão apoio afetivo, caracterizado por demonstrações físicas de amor e afeto^{43-46,70}, apresentou a maior média (88,4%) em relação às outras dimensões. Esta dimensão de apoio social foi associada significativamente à depressão durante a gestação na análise bivariada ($p=0,05$), fato que foi congruente em outros estudos^{5,10,27,36-40}.

Cabe ressaltar que a literatura aponta a relevância do apoio afetivo, considerado um importante fator de redução de impacto²⁸. A gestante de um feto com malformações também vivencia um momento de luto^{15,16} pelo bebê “ideal”, a desidealização de uma gestação sem problemas. Este fato poderá mobilizar um maior número de amigos, familiares e pessoas mais próximas que, diante da notícia de malformação, expressam maiores demonstrações físicas de afeto, numa tentativa de reduzir o impacto da notícia recebida pela gestante e o possível aumento de sua vulnerabilidade emocional. A ausência desse apoio, considerado um fator de proteção nesses casos, poderá tornar essas gestantes ainda mais vulneráveis emocionalmente, principalmente ao transtorno depressivo, fato que explica a associação estatisticamente significativa na análise bivariada entre depressão durante a gestação e ausência de apoio afetivo.

Na análise final, a associação significativa entre desemprego e depressão durante a gestação foi também constatada em outros importantes estudos^{30,31,51,52}. A população estudada apresentou maior frequência na faixa de renda mensal equivalente a 1 a 3 salários mínimos (61,6%), o que caracteriza uma população com rendimento baixo a médio. Essas categorias de rendimentos são, em sua grande maioria, representadas por indivíduos que possuem trabalho autônomo ou estão desempregados, segundo classificação do Banco Mundial⁵⁵. O estudo não privilegiou a categoria trabalho autônomo; portanto, esse fato possivelmente justifica o achado que apresentou esta renda como fator protetivo. Assim, não é possível uma análise mais detalhada

sobre este achado, sendo importante destacar que novas pesquisas são fundamentais para um maior conhecimento sobre estes dados. Entretanto, a associação significativa entre depressão gestacional e desemprego na análise final esteve de acordo com a literatura consultada.

Gestar um feto com malformações, para essas mulheres, poderá suscitar a prioridade da presença de recursos materiais para o cuidado com o filho. O achado sobre a maioria da população estudada de pertencer à categoria de rendimentos baixos e médios sugere uma ligação com ausência de apoio material, que apresentou alta frequência no estudo (54,7%), como também pode explicar a associação entre depressão gestacional e desemprego. Provavelmente a perda de emprego para essa população de gestantes significará perder quase todas as chances de recursos materiais para o cuidado de um filho com malformações.

Neste contexto, o pouco acesso às informações sobre as Políticas de Saúde e Políticas de Assistência Social existentes poderia aumentar a vulnerabilidade emocional das gestantes, sendo este fato ilustrado pelo alto índice de ausência de apoio informacional encontrado no estudo (57%). O apoio informacional está relacionado com a disponibilidade de pessoas e instituições para oferecer informações e orientações ao indivíduo^{43-46,70}. Sua ausência na população estudada poderá contribuir para o aumento da vulnerabilidade para transtornos mentais, como a depressão, que pode ser agravada pelo desemprego. É importante destacar que a associação, na análise bivariada, entre depressão gestacional e o evento estressante perda de emprego no último ano ($p=0,004$) corroborou o achado na associação final entre depressão durante a gestação e a variável estar desempregada.

Cabe ressaltar que a história de agressão no último ano apresentou associação significativa com depressão gestacional ($p=0,001$) na análise bivariada, o que esteve de acordo com outros estudos^{59,9}. A associação de conflito com familiares, amigos e vizinhos com depressão na gestação na análise bivariada ($p=0,01$) e a chance encontrada para o aumento da depressão gestacional (OR 4,17; IC95% 1,28–13,62) foi também um ponto de destaque neste estudo. A literatura aponta que o grupo de pessoas mais próximo de um indivíduo pode ser considerado, em muitos casos, uma rede relacional ampliada que poderá oferecer algum tipo de suporte em caso de necessidade⁷¹⁻⁷⁹.

Ter vivenciado conflitos com essa rede no último ano poderá ser percebido pela gestante como um evento estressor relevante, pois poderá considerar que sua rede de apoio está comprometida. Nesse âmbito, duas ausências de apoio podem também estar relacionadas: a ausência de interação

social positiva (53,5%) e a ausência de apoio emocional (57%). A primeira dimensão de apoio está ligada à capacidade de o indivíduo ter pessoas com quem possa relaxar e se divertir. A segunda relaciona-se a expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança. Vivenciar a possibilidade dessas ausências de dimensões de apoio tão importantes para a qualidade de vida dos indivíduos em geral poderá ser mais um fator impactante para a gestante^{43-46,70}.

Apesar de não ter encontrado associação estatisticamente significativa neste estudo entre a depressão gestacional e história anterior de depressão, um grande número de mulheres relatou ter vivenciado depressão ao longo da vida, fato consistente em outros estudos^{29,30,51,52,80-84}. Sabe-se que história de depressão prévia é o principal fator de risco para a ocorrência de tal transtorno durante o período gravídico, em especial tratando-se de uma gravidez com malformações²¹. Chamou também a atenção que, apesar da alta frequência de história de depressão anterior à gestação, poucas mulheres relataram história de acompanhamento psiquiátrico/psicológico anterior (11,6%). Sendo a depressão uma condição crônica e recorrente⁶⁰, a baixa frequência de tratamento psiquiátrico/psicológico prévio aponta a importância da assistência em saúde mental para esse grupo populacional. Nesse sentido, as avaliações psiquiátricas/psicológicas realizadas e a importância dos encaminhamentos de pacientes para os Serviços de Saúde Mental mostram-se necessárias e urgentes. Destaca-se a necessidade de uma melhor integração entre as políticas de Saúde Mental nos serviços de saúde em geral.

Em relação às variáveis obstétricas, apesar da alta frequência de gestantes que não planejaram a gravidez (55,8%), os achados apontaram que tanto o número de consultas de pré-natal (68,6% até 6 consultas) como seu início desejável no primeiro trimestre de gravidez (80,2%) e começo dessas consultas na atenção básica (87,2%) estão de acordo com as orientações do Ministério da Saúde⁵⁷.

A alta frequência (65%) de gestantes que informaram possuir alguma religião é um fato que pode ser destacado neste estudo. A religião é apontada pela literatura como um potencial racionalizador que leva um sentido à vida e oferece um suporte alternativo para criação de motivação para enfrentar a pobreza^{85,86}. Isso sugere que, mesmo com as ausências das dimensões de apoio social encontradas no estudo e considerando o contexto socioeconômico em que as gestantes estão inseridas, a religião pode ter sido vivenciada nesta população como um suporte emocional.

Dentre as limitações encontradas no estudo, destaca-se o fato de ter um desenho seccional e, portanto, não ser passível

de inferir causalidade⁸⁷. Também é importante destacar que os achados deste estudo não podem ser generalizados para toda a população da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Entretanto, sabe-se que a maior parte da população brasileira é atendida pelo SUS e que o IFF, além de ser um hospital federal, é um centro de referência para casos de malformação na cidade do Rio de Janeiro e no Brasil.

CONCLUSÃO

A prevalência de depressão foi de 17,4% (IC95% 0,09–0,26) e está em harmonia com a literatura nacional e internacional, demonstrando a importância da Saúde Mental para a população gestante. Este achado reforça a relevância dos estudos, em especial aqueles que avaliam a depressão, sobre transtornos mentais em gestantes de fetos malformados. Na análise final, observou-se que a associação entre estar desempregada e depressão durante a gestação foi relacionada à ausência de apoio material.

Chamou a atenção a importância do acolhimento das demandas sociais, por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado pré-natal, e, quando preciso, a realização de encaminhamentos aos serviços competentes. Em países com grande desigualdade socioeconômica como o Brasil, o impacto da gestação de um feto com malformações deve ter atenção especial, pois, nessas mulheres, as ausências de apoio social agravam as adversidades sociais que enfrentam.

É também importante um diálogo constante na rede de saúde, sobre novas estratégias que visem melhorar o atendimento e encaminhamento psiquiátrico/psicológico das mulheres aos serviços, principalmente àqueles que possuem pré-natal. Nestes serviços, quando a gestante recebe o diagnóstico sobre a malformação de seu feto, a presença do serviço de Saúde Mental atuante torna-se fundamental. Portanto, tendo como base a complexidade da população estudada, é relevante reforçar que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado tenham atenção integral às demandas apresentadas pelas gestantes de fetos malformados.

Com base nos achados do estudo, torna-se fundamental a importância de novas pesquisas, principalmente com desenhos longitudinais, como estudos de coortes e casos-controle, para o conhecimento dos fatores de risco da depressão durante a gestação e apoio social nesse grupo populacional. Estes achados permitirão que políticas de saúde estejam mais integradas com as políticas de assistência social e consequente melhora da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- Lynberg MC, Edmonds LD. State use of birth defects surveillance. In: Marks JS, Wilcox LS (eds.). *From data to action. CDC's public health surveillance for women, infants and children*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention; 1995. p. 217-29.
- Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2725-36.
- Fleischer AC, Manning FA, Jeanty P, Romero R. *Sonography in Obstetrics and Gynecology: Principles and Practice*. Stanford: Appleton & Lange; 1996.
- Moore KL, Persaud TVN. *Embriologia Clínica. Defeitos Congênitos Humanos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2000.
- Penchaszadeh VB. Establecimiento de servicios integrales de genética en los países en desarrollo: América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993;115:39-47.
- Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Impact of prenatal diagnosis on livebirth prevalence of children with congenital anomalies. *Ann Genet*. 2002;45(3):115-121.
- Basso O, Olsen J, Christensen K. Recurrence risk of congenital anomalies – the impact of paternal, social and environmental factors: a population study in Denmark. *Am J Epidemiol*. 1994;150(6):598-604.
- Bennedsen B. Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophr Res*. 1998;33(1-2):1-26.
- Webb RT, Pickles AR, King-Hele SA, Appleby L, Mortensen PB, Abel KM. Parental mental illness and fetal birth defects in a national birth cohort. *Psychol Med*. 2008;38(10):1495-503.
- Costa CMS, Gama SGN, Leal MC. Congenital malformations in Rio de Janeiro, Brazil: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2423-31.
- Guerra FAR, Llerena Jr. JC, Gama SGN, Cunha CB, Theme Filha MM. Birth defects in Rio de Janeiro, Brazil: an evaluation through birth certificates (2000-2004). *Cad de Saúde Pública*. 2008;24(1):140-9.
- Guerra FAR. Avaliação das informações sobre defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro através do SINASC [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic Saúde Doenças*. 2009;10(1):69-82.
- Trupin SR. Elective abortion. [Internet]. [Citado em 09 out 2011]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>
- Moreno RA, Moren DH. Transtornos de Humor. In: Louzã-Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H. (org.). *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Laplanche J, Pontalis J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- World Health Organization. Media Centre. [Internet]. [Citado em 31 ago 2011]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/en/index.html
- Camacho RS, 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 Clín*. 2006;33(2):92-102.
- Bennett HA, Einarson A, Tadd A, Koren G, Einartson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709.
- Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiology of women's psychiatric disorders. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):43-54.
- Baptista MN, Baptista, ASD, Oliveira MG. Depressão e Gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens? In: Baptista, MN. *Suicídio e Depressão: atualizações*. (p. 50-61). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004.
- Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- Alami KM, Kadri N, Berrada S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(6):343-6.
- Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*. 2000;59(1):31-40.
- Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Marins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.
- Limlomwongse NN, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(3):131-8.
- Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2005;5:15.
- Lovisi GM, Lopes JR, Coutinho ES, Patell V. Poverty, violence, and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*. 2005;35(10):1485-92.
- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003;12(4):373-80.
- Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty and Postnatal Depression: a study of mothers in Goa, Índia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):43-7.
- Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):122-5.
- Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G et al. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med*. 2006;51(12):955-60.
- Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;16:7:209.
- Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491-8.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetric Gynecol Scand*. 2006;85(8):937-44.

36. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65-73.
37. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):251-5.
38. Moreira MC, Sarriera JC. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em Estudo*. 2008;13(4):781-9.
39. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, Índia. *Arch Dis Child*. 2003;88(1):34-7.
40. Rodriguez MS, Cohen S. Social support. *Encyclopedia of Mental Health*. 1998; 3:535-544.
41. Lovisi GM, Milanil I, Caetano G, Abelha L, Morgado AF. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Inform. Psiquiátrica*. 1996; 15(2):65-8.
42. Thoits PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. *J Health Soc Behav*. 1982;23(2):145-59.
43. Ostergren PO, Hanson BS, Isacson SO, Tejler L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in a emergency department: a case-control study. *Soc Sci Med*. 1991;33(3):257-67.
44. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
45. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14.
46. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):753-64.
47. Holahan CJ, Moss RH. Life stress and health: personality, coping and family support in stress resistance. *J Pers Soc Psychol*. 1985;49(3):739-47.
48. Antunes MSC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psic Saúde Doenças*. 2007;8(2):239-52.
49. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic, Saúde & Doenças*. 2009;10(1):69-82.
50. Pereira PK. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2287-98.
51. Thiengo D, Santos JFC, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2011;19(2):129-38.
52. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(5):215-22.
53. Organização das Nações Unidas (ONU). Relatório sobre o estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças. [Internet] Pinheiro PS (org.). [S.l.: s.n.], 2006. [Citado em 11 ago 2011]. Disponível em: <http://www.unviolenciestudy.org>
54. Eisenstein E. *Adolescência & Saúde*. 2005;2(2):6-7.
55. Ferreira FGH, Messina J, Rigolini J, López-Calva LF, Lugo MA, Vakis R. Mobilidade Econômica e a Ascensão da Classe Média Latino Americana: Visão Geral. Washington: Banco Mundial; 2013.
56. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay LF, Lima LA. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):483-93.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e Humanizada. Brasília; 2006.
58. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, et al. Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry*. 1995;152(6):833-42.
59. Lopes C, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20.
60. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. [Trad. Dorival Caetano]. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
61. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
62. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry*. 1991;159:645-53,658.
63. Silva KS, Coutinho, ESF. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):979-83.
64. Robaina, JR. Queixas de insônia e menopausa entre funcionárias de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo pró-saúde. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
65. Bowen A; Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491-8.
66. Spoozak L, Gotman N, Smith MV, Belanger K, Yonkers KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *J Affect Disord*. 2009;114(1):216-23.
67. Blaney NT, Fernandez MI, Ethier KA, Wilson TE, Walter E, Koenig LJ. Psychosocial and Behavioral Correlates of Depression Among HIV-Infected Pregnant Women. *AIDS Patient Care STDs*. 2004;18(7):405-15.
68. Kemp J, Davenport M, Pernet A. Antenatal diagnosed surgical anomalies: the psychological effect of parental antenatal counseling. *J Pediatr Surg*. 1998;33(9):1376-9.
69. Botega, NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artemed Editora; 2002.
70. Schawartz TS, Vieira R, Geib LTC. Apoio Social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2575-85.
71. Macedo, C. A reprodução da desigualdade. São Paulo: Hucitec; 1979.
72. Adolfi M. Tempo e mito em terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
73. Minuchin L (org.). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

74. Minuchin L. Família, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.
75. Osório L. A família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
76. Sousa A. A família e seu espaço. Rio de Janeiro: Agir; 1997.
77. Sluzki C. A rede sistêmica na prática social/alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do psicólogo; 1997.
78. Schnitman D. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
79. Woortmann K. A família das mulheres. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Universitário; 1987.
80. 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 Community Health*. 2006;60(3):221-7.
81. Kim HG, Mandell M, Crandall C, Kuskowski MA, Dieperink B, Buchberger RL. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(2):103-7.
82. Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: transcultural study in Singapore. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):157-66.
83. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord*. 2004;82(2):297-301.
84. Luis MAV, Oliveira, ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev Esc Enferm*. 1998;32(4):314-324.
85. Mariz CL, Machado MDC. Sincretismo e trânsito religioso. A Dança do Sincretismo. *Comunicações do ISER*. 1994;13(45):24-34.
86. Machado MDC. Carismáticos e pentecostais; adesão religiosa na esfera familiar. São Paulo: Anpocs/Campinas: Autores Associados; 1996.
87. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

Recebido em: 10/10/2013
Aprovado em: 19/11/2013