

SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Daniela Marcia Rodrigues Caldeira¹ 

Cássio de Almeida Lima² 

Rafael Ataíde Monção³ 

Viviane Maia Santos⁴ 

Lucineia de Pinho¹ 

Rosângela Ramos Veloso Silva¹ 

Marise Fagundes Silveira² 

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito¹ 

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

²Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

³Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

⁴Centro Universitário UNIFIPMoc, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.

Método: trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado em Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais – Brasil. A variável dependente (sintomas depressivos) e as variáveis independentes (características sociodemográficas, apoio social, características obstétricas, sexualidade e condições de saúde) foram coletadas por meio de questionário e escalas validadas. A coleta ocorreu entre outubro de 2018 e novembro de 2019. Realizaram-se análises descritivas, bivariada e múltipla mediante Regressão Logística Multinomial.

Resultados: avaliou-se amostra de 1279 gestantes. As prevalências estimadas de sintomas depressivos moderados e graves foram de 16,2% e 25,2%, respectivamente. Baixo apoio social ($p<0,001$), baixo desempenho sexual ($p=0,002$) e elevado nível de estresse percebido ($p<0,001$) foram fatores associados aos sintomas depressivos moderados. Primeiro trimestre gestacional ($p=0,006$), baixo apoio social ($p<0,001$), baixo desempenho sexual ($p<0,001$) e elevado nível de estresse percebido ($p<0,001$) foram fatores associados aos sintomas depressivos graves.

Conclusão: as prevalências de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde foram consideráveis. Fatores relativos ao apoio social, ao trimestre gestacional (primeiro trimestre), à sexualidade e ao estresse percebido apresentaram associação a esses sintomas. Nesse cenário, fazem-se necessários o cuidado ampliado às gestantes e a promoção da saúde mental.

DESCRITORES: Gravidez. Depressão. Saúde mental. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde comunitária. Inquéritos epidemiológicos.

COMO CITAR: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF. Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; 33:e20230137. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0137pt>

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN ATTENDED IN PRIMARY HEALTHCARE

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence and factors associated with depressive symptoms in pregnant women attended in primary healthcare.

Method: this is an epidemiological, cross-sectional and analytical study conducted in Montes Claros, in the north of the state of Minas Gerais, Brazil. The dependent variable (depressive symptoms) and independent variables (sociodemographic characteristics, social support, obstetric characteristics, sexuality and health conditions) were collected through a questionnaire and validated scales. The collection took place between October 2018 and November 2019. Descriptive, bivariate and multiple analyzes were performed through multinomial logistics regression.

Results: a sample of 1,279 pregnant women was evaluated. The estimated prevalence of moderate and serious depressive symptoms was 16.2% and 25.2%, respectively. Low social support ($p < 0.001$), low sexual performance ($p = 0.002$) and a high level of perceived stress ($p < 0.001$) were factors associated with moderate depressive symptoms. First gestational trimester ($p = 0.006$), low social support ($p < 0.001$), low sexual performance ($p < 0.001$) and a high level of perceived stress ($p < 0.001$) were factors associated with serious depressive symptoms.

Conclusion: the prevalence of moderate and serious depressive symptoms in pregnant women attended in primary healthcare was considerable. Factors related to social support, gestational quarter (first quarter), sexuality and perceived stress showed association with these symptoms. Caution and the promotion of mental health is necessary for pregnant women in this scenario.

DESCRIPTORS: Pregnancy. Depression. Mental health. Primary healthcare. Nursing in community health. Epidemiological inquiries.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES ASOCIADOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: analizar la prevalencia y factores asociados a síntomas depresivos en gestantes atendidas en Atención Primaria de Salud.

Método: se trata de un estudio epidemiológico, transversal y analítico, realizado en Montes Claros, norte del estado de Minas Gerais – Brasil. La variable dependiente (síntomas depresivos) y las variables independientes (características sociodemográficas, apoyo social, características obstétricas, sexualidad y condiciones de salud) se recogieron mediante un cuestionario y escalas validadas. La recolección se realizó entre octubre de 2018 y noviembre de 2019. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y múltiples mediante Regresión Logística Multinomial.

Resultados: se evaluó una muestra de 1279 gestantes. Las prevalencias estimadas de síntomas depresivos moderados y graves fueron del 16,2% y el 25,2%, respectivamente. El bajo apoyo social ($p < 0,001$), el bajo rendimiento sexual ($p = 0,002$) y el alto nivel de estrés percibido ($p < 0,001$) fueron factores asociados con síntomas depresivos moderados. El primer trimestre del embarazo ($p = 0,006$), el bajo apoyo social ($p < 0,001$), el bajo rendimiento sexual ($p < 0,001$) y el alto nivel de estrés percibido ($p < 0,001$) fueron factores asociados con síntomas depresivos severos.

Conclusión: la prevalencia de síntomas depresivos moderados y graves en gestantes atendidas en Atención Primaria de Salud fue considerable. Factores relacionados con el apoyo social, el trimestre gestacional (primer trimestre), la sexualidad y el estrés percibido se asociaron con estos síntomas. En este escenario, es necesaria una mayor atención a las mujeres embarazadas y la promoción de la salud mental.

DESCRIPTORES: Gestante. Depresión. Salud mental. Atención primaria de salud. Enfermería en salud comunitaria. Encuestas epidemiológicas.



INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase importante na vida da mulher e agrega diversas experiências desde a concepção até a chegada do recém-nascido. As transformações físicas, hormonais, emocionais e psicossociais, advindas desse período, podem repercutir em sua saúde mental¹⁻².

A ocorrência de sintomas depressivos na gestação é reconhecida como um problema de saúde pública, com um impacto negativo na saúde das mulheres e no desenvolvimento das crianças^{1,3}. A depressão maior no período gestacional é caracterizada por sintomas como humor deprimido, diminuição do interesse por atividades diárias, alterações no peso, na qualidade do sono, nas atividades psicomotoras, fadiga e sentimentos de inutilidade ou culpa⁴. Os sintomas de depressão gestacional são condições com elevadas e variáveis prevalências em todo o mundo⁵.

O cuidado com a saúde mental requer zelo durante a assistência pré-natal, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), em que os referidos sintomas podem ser rastreados nas consultas iniciais, não postergando para a fase puerperal a avaliação do bem-estar materno⁶. As gestantes assistidas em serviços de APS podem estar propensas a situações sociais e concernentes à saúde mental que propiciam desenvolvimento de sintomas depressivos. Tal situação demanda que aspectos socioafetivos e psíquicos também sejam abordados pelos profissionais, de modo a construir um cuidado humanizado e integral que ultrapasse a dimensão biologicista⁷. Nesse contexto, deve ser considerada a investigação dos fatores associados aos sintomas de depressão na gestação^{8,9,10}.

Há que se salientar os impactos para a saúde do binômio materno-fetal e as possíveis repercussões futuras na saúde da mulher, do recém-nascido e da criança⁵, assim como as evidências de que os sintomas depressivos constituem um fator de risco para a depressão pós-parto¹¹. Logo, há a necessidade de ampliar a investigação científica acerca da temática para a identificação dos fatores de risco em gestantes na APS a fim de contribuir para o delineamento de políticas e estratégias de prevenção, rastreamento, monitoramento e promoção da saúde mental¹². No contexto comunitário, inquéritos epidemiológicos de base populacional com amplas amostras podem ser pertinentes em face das diferenças regionais presentes no Brasil, das lacunas de evidências na APS e em cenários interioranos como o norte do estado de Minas Gerais (MG).

Ademais, evidências epidemiológicas podem subsidiar um cuidado holístico às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS, que também englobe a identificação precoce dos sintomas depressivos. O exame desse evento deve considerar aspectos interferentes em ambientes socioculturais específicos, como em comunidades cobertas pelas equipes de saúde da família da APS. Os enfermeiros em sua maioria conduzem o acompanhamento pré-natal na APS, o que sinaliza a relevância da pesquisa para a enfermagem comunitária e a prevenção da depressão. Faz-se necessário que eles e suas equipes estejam qualificados para identificar e conduzir os processos que envolvem a saúde mental das gestantes, almejando a promoção da saúde materno-infantil.

Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em gestantes assistidas na APS.

MÉTODO

Trata-se de um inquérito epidemiológico observacional de base populacional, transversal e analítico. Teve como cenário o município de Montes Claros, situado na região norte do estado de MG – Brasil, que possui uma população estimada de 417.478 habitantes¹³. AAPS local abrange uma cobertura populacional total¹⁴.

As gestantes cadastradas em todas as equipes de saúde da família APS da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018, constituíram a população desta pesquisa. Por questões logísticas e de dificuldades de acesso, não foi possível incluir as gestantes residentes na área rural.

O tamanho amostral foi estabelecido visando estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto original contemplar diversos eventos e variáveis), intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e nível de precisão de 2,0%. Realizou-se correção para população finita (N=1.661 gestantes, o que representa o quantitativo de gestantes cadastradas nos 15 polos da APS) e um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes.

Todos os polos da APS da área urbana do município, que totalizavam 15 no período deste estudo, foram considerados para a seleção da amostra. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à representação dessa amostra em relação à população total de gestantes cadastradas.

Para a coleta de dados, solicitou-se o consentimento dos gestores da coordenação da APS do município. Após o consentimento da coordenação, os profissionais das equipes responsáveis pelo pré-natal forneceram uma listagem das gestantes da sua área de abrangência. Um membro da equipe de entrevistadores realizou contato inicial com a gestante para explicar e conscientizar sobre o estudo, realizar o convite para a participação e agendar a coleta de dados.

Os dados foram coletados entre outubro de 2018 e novembro de 2019, nas unidades básicas de saúde da APS ou nos domicílios das participantes, conforme disponibilidade delas, por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica (cursos de Enfermagem, Medicina e Educação Física). A coleta ocorreu na forma de entrevista face a face, com duração média de uma hora. A capacitação dos entrevistadores ocorreu previamente à coleta de dados. Um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da APS (que não foram incluídas nas análises do estudo) foi realizado com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Adotaram-se como critérios de seleção da amostra de gestantes entrevistadas: estar cadastrada em uma equipe de saúde da família da APS da zona urbana, estar em qualquer idade gestacional. Os critérios de exclusão usados foram estar grávida de gemelares, pois isso poderia afetar certas variáveis aferidas no estudo, e apresentar comprometimento cognitivo, conforme diagnóstico médico prévio informado pelo familiar e/ou pelo profissional da equipe de saúde da família.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, com questões elaboradas pelos autores do projeto, e de escalas validadas no Brasil. Contemplaram-se as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar); apoio social; características obstétricas (trimestre gestacional, paridade); sexualidade; condições de saúde (patologias autorreferidas, estresse percebido); e a variável dependente (sintomas depressivos).

A variável dependente, sintomas depressivos em gestantes, foi avaliada por meio da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D), validada no Brasil¹⁵⁻¹⁶. A CES-D é composta de 20 itens, que avaliam a frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista, utilizando a seguinte graduação para os sinais e sintomas apresentados: 0 = nunca ou raramente (sintomas presentes durante muito pouco tempo, em menos de 1 dia); 1 = durante pouco tempo (sintomas presentes em 1 ou 2 dias); 2 = durante um tempo moderado (sintomas presentes durante um tempo de 3 a 4 dias); 3 = a maior parte do tempo (sintomas presentes de 5 a 7 dias). O escore final varia de 0 a 60 pontos, sendo que os itens 4,8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente, pois os questionamentos sinalizam um estado de bem-estar. Originalmente, o ponto de corte da escala CES-D para identificar presença de sintomas depressivos é de ≥ 16 pontos¹⁵. Os sintomas depressivos foram categorizados da seguinte forma: sem sintomas depressivos (CES-D < 16); sintomas depressivos moderados (CES-D ≥ 16 ou ≤ 21); e sintomas depressivos graves CES-D ≥ 22 ¹⁶.

As variáveis sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma: idade (até 19 anos, de 20-35, acima de 35); situação conjugal (sem e com companheiro); escolaridade (ensino superior, médio e fundamental); renda familiar (acima de dois salários mínimos, de um a dois e abaixo de um).

Para investigar a variável apoio social, utilizou-se a versão brasileira da Escala de Apoio Social, do *Medical Outcome Studies* (MOS), que mede a percepção do indivíduo sobre o apoio social recebido como presente ou ausente. O instrumento é composto de 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação) norteadas pela seguinte pergunta: “Com que frequência você conta com alguém se precisar?”. Para cada item, a gestante indicava com que frequência considerava cada tipo de apoio, por meio de uma escala tipo *Likert* de nunca (1) a sempre (5). Calculou-se o escore total das 19 variáveis a partir da soma dos seus itens e considerou-se como alto apoio social resultados com valores > 66 e baixo apoio social valores ≤ 66¹⁷.

Para as características obstétricas, o trimestre gestacional, calculado por meio da data da última menstruação ou do primeiro exame de ultrassom conforme dados do cartão de pré-natal, foi categorizado, segundo a idade gestacional, em primeiro trimestre (até 13 semanas e 6 dias), segundo trimestre (de 14 semanas a 27 semanas e 6 dias) e terceiro trimestre (acima de 28 semanas). A paridade foi categorizada em primípara para mulheres que se encontravam na primeira gestação e múltipara para aquelas que estavam na segunda gestação ou mais.

A variável sexualidade foi avaliada por meio do questionário validado Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). O instrumento é composto de 10 questões, cada qual devendo ser respondida em uma escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por 2, o que resulta em um escore total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. A somatória dos pontos foi efetuada conforme o seguinte algoritmo: $2x(Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5 - Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$, sendo Q = questão. Estabeleceu-se um ponto de corte em 60 pontos para categorizar a função sexual feminina em alto desempenho sexual (>60 pontos) e baixo desempenho sexual (≤ 60 pontos)¹⁸.

Para a condição de saúde patologias autorreferidas, a gestante foi arguida sobre a presença de algumas possíveis patologias e no final havia a possibilidade de mencionar espontaneamente outras doenças, sendo categorizada em sim (se a gestante referia alguma doença antes ou durante a gravidez) e não (para a resposta não tenho).

O nível de estresse percebido foi averiguado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale – PSS-14*), instrumento validado para a população brasileira¹⁹. É composto de 14 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridos nos últimos 30 dias, com opções de respostas que variam de zero a quatro (0 = nunca; 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de 0 (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo)¹⁹. A escala PSS-14 foi dicotomizada em <28 e ≥28. As gestantes com escores <28 foram classificadas com baixo nível de estresse e aquelas com escores ≥28 com nível de estresse elevado²⁰.

No tratamento estatístico dos dados, efetuaram-se análises descritiva, bivariada e múltipla. Na análise descritiva, foram calculadas as distribuições de frequências para descrever as variáveis categóricas. Estimaram-se as prevalências, com IC 95%, para as categorias da variável sintomas depressivos: sem sintomas, sintomas moderados e sintomas graves. A variável sintomas depressivos foi considerada o desfecho deste inquérito. As variáveis sociodemográficas e o apoio social, as características obstétricas, a sexualidade e as condições de saúde foram tratadas como variáveis independentes.

Análises bivariadas foram processadas para identificar as variáveis associadas ao desfecho. Nessa etapa, as prevalências de “sem sintomas depressivos”, “sintomas depressivos moderados” e “sintomas depressivos graves” foram comparadas, segundo as categorias das variáveis independentes, utilizando-se o Teste Qui-quadrado. As variáveis que nessa etapa apresentaram nível descritivo

(valor-p) até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla. Na análise múltipla, optou-se pelo modelo de Regressão Logística Multinomial e se estimaram as razões de chances (OR) ajustadas, com respectivos IC 95%. Nessa etapa, adotou-se o nível de significância de 0,05. A qualidade de ajuste do modelo foi avaliada por meio do teste de *Deviance* e o Pseudo-R² de *Nagelkerke*. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software* IBM SPSS, versão 23.0.

Esta pesquisa foi conduzida em consonância com as normas para estudos envolvendo seres humanos determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.279 gestantes, com idade variando de 14 a 46 anos e média igual a 26,6 anos. A maioria das mulheres (72,4%) estava na faixa etária de 20 a 35 anos, tinha elevado apoio social (78,4%), encontrava-se no segundo trimestre de gestação (40,3%), relatou ter alto desempenho sexual (72,6%), não referiu patologias durante a gestação (69,2%) e apresentou baixo nível de estresse percebido (75,8%). As demais variáveis avaliadas estão descritas na Tabela 1.

A distribuição dos escores de sintomas depressivos nas gestantes pesquisadas apresentou as seguintes medidas descritivas: média=15,8 (desvio padrão= $\pm 10,3$); valor mínimo=0,0; valor máximo=57; percentil 25=8,0; percentil 50=13,0; e percentil 75=22,0. As prevalências estimadas de sintomas depressivos moderados e graves foram, respectivamente, iguais a 16,2% (IC 95%=14,2-18,3) e 25,2% (IC 95%=22,9-27,7).

Tabela 1 – Caracterização das gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019. (n=1.279).

Variáveis	n*	%
Características sociodemográficas e apoio social		
Faixa etária		
Até 19 anos	194	16,1
20-35 anos	873	72,4
Acima de 35 anos	138	11,5
Situação conjugal		
Sem companheiro	297	23,3
Com companheiro	979	76,7
Escolaridade		
Superior	254	19,9
Ensino médio	829	64,9
Ensino fundamental	194	15,2
Renda familiar (salários mínimos)		
Acima de dois salários	431	35,2
Um a dois salários	479	39,1
Abaixo de um salário	316	25,7
Apoio social		
Baixo apoio social	272	21,6
Alto apoio social	989	78,4

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n*	%
Características obstétricas		
Trimestre gestacional		
Primeiro trimestre	341	26,7
Segundo trimestre	515	40,3
Terceiro trimestre	422	33,0
Paridade		
Primípara	607	48,6
Múltipara	641	51,4
Sexualidade		
Baixo desempenho sexual	343	27,4
Alto desempenho sexual	907	72,6
Condições de saúde		
Patologias autorreferidas		
Sim	387	30,8
Não	869	69,2
Estresse percebido		
Baixo estresse percebido	954	75,8
Alto estresse percebido	304	24,2
Sintomas depressivos (variável desfecho)		
Sem sintomas	728	58,6
Sintomas moderados	201	16,2
Sintomas graves	314	25,2

*Os totais variam devido às perdas de informações (*missing*).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada, que comparou as prevalências das categorias sem sintomas depressivos, sintomas depressivos moderados e sintomas depressivos graves segundo as variáveis independentes. Constatou-se que as seguintes variáveis estiveram associadas aos sintomas depressivos: faixa etária, renda, escolaridade, situação conjugal, apoio social, trimestre gestacional, paridade, sexualidade e estresse percebido, considerando nível de significância de 0,20. Essas variáveis foram selecionadas para o modelo múltiplo.

No modelo final, foram identificados os seguintes fatores associados aos sintomas depressivos moderados: baixo apoio social (OR=2,60; IC 95%=1,74-3,90); baixo desempenho sexual (OR=1,77; IC 95%=1,24-2,54); alto nível de estresse percebido (OR=3,80; IC 95%=2,52-5,73). Quanto aos sintomas depressivos graves, baixo apoio social (OR=3,89; IC 95%=2,69-5,62), primeiro trimestre gravídico (OR=1,77; IC 95%=1,18-2,65), baixo desempenho sexual (OR=1,97; IC 95%=1,39-2,79) e alto nível de estresse percebido (OR=10,27; IC 95%=7,17-14,71) se mantiveram associados ao desfecho (Tabela 3).

Tabela 2 – Análise bivariada das categorias de sintomas depressivos segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas, sexualidade e condições de saúde de gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019. (n=1.279).

Variáveis	Sintomas depressivos			Valor p*
	Sem sintomas	Sintomas moderados	Sintomas graves	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Características sociodemográficas e apoio social				
Faixa etária				0,115
Até 19 anos	102 (53,1)	34 (17,7)	56 (29,2)	
20-35 anos	519 (61,1)	136 (16,0)	195 (22,9)	
Acima de 35 anos	79 (58,5)	16 (11,9)	40 (29,6)	
Renda familiar (salários mínimos)				0,003
Acima de 2 salários	275 (65,5)	60 (14,3)	85 (20,2)	
1 a 2 salários	274 (59,6)	72 (15,6)	114 (24,8)	
Abaixo de 1 salário	159 (51,0)	57 (18,3)	96 (30,7)	
Escolaridade				0,004
Superior	159 (64,4)	29 (11,7)	59 (23,9)	
Ensino médio	478 (59,4)	135 (16,7)	193 (23,9)	
Ensino fundamental	89 (47,3)	37 (19,7)	62 (33,0)	
Situação conjugal				0,021
Sem companheiro	148 (52,3)	59 (20,8)	76 (26,9)	
Com companheiro	578 (60,4)	142 (14,8)	237 (24,8)	
Apoio social				<0,001
Baixo apoio social	78 (29,4)	57 (21,5)	130 (49,1)	
Alto apoio social	645 (66,5)	141 (14,6)	183 (18,9)	
Características obstétricas				
Trimestre gestacional				0,022
Primeiro trimestre	167 (50,9)	59 (18,0)	102 (31,1)	
Segundo trimestre	304 (60,6)	79 (15,8)	118 (23,6)	
Terceiro trimestre	256 (62,0)	63 (15,3)	94 (22,7)	
Paridade				0,019
Primípara	364 (61,8)	89 (15,1)	136 (23,1)	
Múltipara	351 (56,0)	110 (17,5)	166 (26,5)	
Sexualidade				<0,001
Baixo desempenho sexual	144 (42,9)	66 (19,6)	126 (37,5)	
Alto desempenho sexual	568 (64,2)	134 (15,1)	183 (20,7)	
Condições de saúde				
Patologias autorreferidas				0,206
Sim	218 (57,7)	61 (16,1)	99 (26,2)	
Não	502 (59,2)	137 (16,2)	208 (24,6)	
Estresse percebido				<0,001
Baixo estresse percebido	660 (70,5)	139 (14,8)	138 (14,7)	
Alto estresse percebido	63 (21,2)	60 (20,2)	174 (58,6)	

*Teste de Qui Quadrado.

Tabela 3 – Modelo final dos fatores associados aos sintomas depressivos em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019. (n=1.279).

Variável	Sintomas depressivos*			
	Moderados [†]		Graves	
	ORa [IC 95%]	Valor p	ORa [IC 95%]	Valor p
Características sociodemográficas e apoio social				
Apoio social				
Alto apoio social	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Baixo apoio social	2,60 [1,74-3,90]		3,89 [2,69-5,62]	
Características obstétricas				
Trimestre gestacional				
Terceiro trimestre	1,00	0,801	1,00	0,709
Segundo trimestre	1,05 [0,72-1,55]		1,07 [0,74-1,56]	
Primeiro trimestre	1,39 [0,91-2,13]		1,77 [1,18-2,65]	
Sexualidade				
Alto desempenho sexual	1,00	0,002	1,00	<0,001
Baixo desempenho sexual	1,77 [1,24-2,54]		1,97 [1,39-2,79]	
Condições de saúde				
Estresse percebido				
Baixo estresse percebido	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Alto estresse percebido	3,80 [2,52-5,73]		10,27 [7,17-14,71]	

*Categoria de referência: sem sintomas depressivos. [†]Teste de Deviance: $\chi^2(82)=87,4$; valor-p=0,322; Pseudo R² de Nagelkerke=0,302. OR: Odds Ratio ajustada, IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou expressivas prevalências de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas na APS. Tal resultado está em acordo com uma pesquisa que analisou 10 revisões sistemáticas e demonstrou que globalmente a prevalência de depressão gestacional pode chegar a 65%⁵. Em estudo conduzido na APS no Brasil, 14,8% das 209 gestantes de uma cidade do interior de MG apresentaram sintomas depressivos²¹. Outra pesquisa realizada com 1264 gestantes de Pelotas – RS demonstrou uma prevalência de 21,1% de sintomas depressivos em gestantes assistidas no SUS²². Existem variações nas prevalências, que podem ser atribuídas a critérios metodológicos diversos, como cenário do estudo, instrumento utilizado para o rastreamento e população estudada⁵.

Apesar das elevadas prevalências, historicamente, há pouco esforço preventivo em lidar com a depressão e seus fatores de risco durante o período gestacional, mesmo sendo uma condição relacionada a diversas complicações: risco aumentado de transtornos mentais e comportamentais nas mães e seus filhos, além de prejuízos no desenvolvimento da criança⁵. Ademais, os sintomas depressivos no pré-natal constituem um fator de risco consistente para a depressão pós-parto que, por sua vez, aumenta significativamente a probabilidade de suicídio no puerpério^{11,23-24}. Esses sintomas, quando não são diagnosticados e tratados precocemente, acarretam consequências materno-fetais, por isso sua adequada abordagem pode levar a melhores resultados para a saúde da mulher e da criança¹².

No tocante aos fatores associados à condição avaliada, foram registrados: o baixo apoio social, o primeiro trimestre gravídico, o baixo desempenho sexual e o elevado nível de estresse percebido.

O baixo apoio social apresentou associação positiva com maiores chances de desenvolvimento de sintomas depressivos moderados e graves nas gestantes pesquisadas. Resultados semelhantes foram evidenciados em estudo conduzido com grávidas chinesas²⁵ e em revisão sistemática com uma amostra de 64.449 gestantes²⁶. Não ter apoio social, familiar e conjugal pode resultar em um

sentimento de isolamento à gestante e na impossibilidade de externar anseios, frustrações e medos com consequente impacto psicológico^{8,25-26}.

O apoio social propicia uma rede de amparo à gestante, fornecendo-lhe auxílio emocional e social diante das mudanças que abarcam o período gestacional, devendo ser oferecido pelo serviço de saúde, por parceiros, familiares e amigos, constituindo um fator protetor para a saúde mental²³. É uma importante estratégia de enfrentamento das consequências da doença mental na gestação e ajuda a prevenir e/ou reduzir o risco de resultados adversos na gravidez e no parto^{8,26}.

Esta pesquisa evidenciou associação entre sintomas depressivos graves e o primeiro trimestre gestacional, quando comparado ao terceiro trimestre, o que está em concordância com um estudo chinês realizado com 5780 gestantes que verificou ser o primeiro trimestre o período de maior prevalência de depressão entre gestantes²⁷. Em uma coorte prospectiva realizada em Soweto, na África do Sul, com 946 gestantes no primeiro trimestre, a prevalência de depressão esteve em 27%⁸. O primeiro trimestre é considerado um momento de forte vulnerabilidade psicológica secundária a fatores hormonais, físicos, psicológicos e emocionais próprios da gravidez².

Uma possível explicação pode estar relacionada ao fato de que o início da gestação pode provocar receios pelo pensamento de um futuro incerto na condução de uma nova vida, que resulta em sofrimento emocional e físico maternos^{2,8}. Especula-se que sintomas somáticos associados ao início da gravidez, como náuseas, vômitos, poliúria, fadiga e constipação, também podem estar relacionados à maior prevalência de depressão no primeiro trimestre²⁷.

Constatou-se que o baixo desempenho sexual também foi um fator associado ao desfecho neste trabalho, similarmente a uma investigação realizada com grávidas iranianas⁹. A sexualidade e o funcionamento sexual da mulher fazem parte do seu bem-estar psicossocial, dessa forma compreender que o baixo desempenho sexual na gravidez pode ser decorrente da gravidade dos sintomas depressivos apresentados e de possíveis estigmas envolvendo a aparência física, advindos das mudanças fisiológicas ocorridas no período gestacional, é um aspecto importante na assistência à mulher nessa fase^{2,9,28}.

Ademais, registrou-se uma associação entre sintomas depressivos e alto nível de estresse percebido. Estudos prévios demonstram que se a mulher vivencia um evento estressante durante a gravidez estará sujeita a problemas de saúde mental, especialmente sintomas depressivos pré-natais^{2,8,25}. As alterações físicas e psíquicas, como preocupações com o futuro da criança e as mudanças após a maternidade, vivenciadas pela mulher na gestação, podem provocar a ansiedade e o sofrimento emocional, com influência no comportamento para o novo papel de criar os filhos. Esse processo de mudanças pode tornar as gestantes mais vulneráveis ao estresse e ao adoecimento psíquico, com consequente surgimento de sintomas depressivos^{2,25}.

Por fim, vale salientar que o reconhecimento da depressão gestacional como uma morbidade importante é primordial para o diagnóstico. A utilização de instrumentos de rastreio dos sintomas depressivos na gestação, que envolve a atuação da equipe multiprofissional, pode ser uma forma eficaz de prevenção dessa condição e de promoção da saúde materno-fetal^{6,29}. A APS exerce papel fundamental nesse contexto, uma vez que os profissionais têm a oportunidade de avaliar a gestante inserida em suas relações sociais, familiares e conjugais. Isso contribui para o reconhecimento de fatores predisponentes e para a atenção à saúde mental, ainda negligenciada em uma assistência focada nas mudanças físicas do período gravídico^{7,23}.

A pesquisa sobre a depressão gestacional, um dos distúrbios menos investigados e subtratados na gestação, fomenta a discussão sobre a importância do fortalecimento de políticas públicas que valorizem a saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico- puerperal e sobre estratégias de prevenção e controle dessa morbidade, no cenário da APS^{11,26,30}. O *déficit* de recursos humanos, o estigma, as lacunas de conhecimento e as restrições financeiras podem ser fatores que contribuem

para a não prestação de cuidados primários de saúde mental. O aprimoramento das políticas públicas para a qualificação da rede de atenção e de cuidados à saúde da gestante propicia a saúde integral ao binômio mãe-feto. Consequentemente, há redução dos impactos negativos da depressão materna na saúde da mulher, no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança^{26,29-30}.

Este trabalho teve como limitação o uso de informações autorrelatadas, que podem ser influenciadas pelo viés de memória e pela aceitabilidade social. A não inclusão de gestantes da área rural constituiu outra limitação. Sugere-se a realização de futuras pesquisas com desenho longitudinal, que poderão melhor elucidar os fatores preditores encontrados neste inquérito, além de outros possíveis fatores associados, como depressão prévia, perdas gestacionais e gestação não desejada.

A despeito dessas limitações, vale salientar aspectos positivos desta investigação. Aplicaram-se instrumentos validados nacionalmente, o que conferiu maior fidedignidade aos achados observados. Tratou-se de um amplo inquérito epidemiológico de base populacional, com amostra expressiva e abrangência de toda a zona urbana coberta pelas equipes da APS. A análise de Regressão Logística Multinomial efetuada propiciou maior robustez à pesquisa. Acredita-se ter colaborado com novas evidências epidemiológicas para os gestores do setor de saúde pública, pesquisadores e profissionais da saúde envolvidos na atenção primária à saúde da mulher e da criança.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou expressivas prevalências de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas na APS. As variáveis identificadas como fatores associados ao desfecho analisado foram baixo apoio social, primeiro trimestre gravídico, baixo desempenho sexual e elevado nível de estresse percebido. Fica evidente a necessidade de atenção ampliada, humanizada e integral às gestantes durante o cuidado pré-natal no contexto da APS, incluindo a promoção da saúde mental e a prevenção de sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1. Bonatti AT, Roberto APDSC, Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 14];29:e3480. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480>
2. Míguez MC, Vázquez MB. Prevalence of depression during pregnancy in Spanish women: Trajectory and risk factors in each trimester. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 15];18(13):6789. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136789>
3. Duko B, Ayano G, Bedaso A. Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Ago 16];16(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0685-x>
4. Associação Americana de Psiquiatria (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5th ed. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2014 [acesso 2022 Jun 20]. 992 p. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
5. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: An umbrella review. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 3];20(1):173. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
6. Dell'Osbel RS, Grecoletto MLO, Cremonese C. Depressive symptoms in primary care pregnant women: Prevalence and associated factors. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Out 24];44(3):187-94. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1241>

7. Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, Leão GMMS, Ruas SJS, Silveira MF. Abbreviated version of the Maternal-Fetal Attachment Scale: Evidence of validity and reliability. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 30];32:e3233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3233>
8. Redinger S, Norris S, Pearson R, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: Prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 30];9(1):30-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S204017441700071X>
9. Keramat A, Malary M, Moosazadeh M, Bagherian N, Rajabi-Shakib MR. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: The role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 25];21(1):87. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03575-1>
10. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, et al. Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Out 24];263:582-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>
11. Wake GE, Fitie GW, Ashenafi B, Tadese M, Tessema SD. Magnitude and determinant factors of postpartum depression among mothers attending their postnatal and vaccination services at public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Dez 15];10:882205. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.882205>
12. Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLQ. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 15];25:e69308. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidade e estados: Montes Claros [Internet]. Rio de Janeiro, RJ(BR): IBGE; 2021 [acesso 2022 Ago 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/montes-claros.html>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. E-gestor AB [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2022 [acesso 2022 Jun 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
15. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* [Internet]. 1977 [acesso 2022 Out 30];1(3):385-401. Disponível em: <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/98561/v01n3p385.pdf>
16. Silveira Filho DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiq Clin* [Internet]. 1988 [acesso 2022 Set 25];25(5):251-61. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228052>
17. 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* [Internet]. 2005 [acesso 2022 Maio 14];21(3):703-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
18. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2009 [acesso 2022 Ago 30];14(2):89-91. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>
19. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2007 [acesso 2022 Nov 30];41(4):606-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

20. Walvekar SS, Ambekar JG, Devaranavadagi BB. Study on serum cortisol and perceived stress scale in the police constables. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2015 [acesso 2022 Nov 13];9(2):BC10-14. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12015.5576>
21. Silva MMJ, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depressão na gravidez: prevalência e fatores associados. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2022 Nov 30];34(2):342-50. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
22. Silva RA, Jansen K, Souza LDM, Moraes IGS, Tomasi E, Silva GDG, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health system. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2010 [acesso 2022 Nov 30];32(2):139-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>
23. Amarasinghe GS, Agampodi SB. Help-seeking intention for depression and suicidal ideation during pregnancy and postpartum in rural Sri Lanka, a cross-sectional study. *Rural Remote Health* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Dez 21];22(3):7273. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH7273>
24. Quevedo LA, Scholl CC, Matos MB, Silva RA, Coelho FMC, Pinheiro KAT, et al. Suicide risk and mood disorders in women in the postpartum period: A longitudinal study. *Psychiatr Q* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 12];92(2):513-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09823-5>
25. Li P, Wang H, Feng J, Chen G, Zhou Z, Gou X, et al. Association between perceived stress and prenatal depressive symptoms: Moderating effect of social support. *J Multidiscip Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Ago 16];14:3195-204. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S341090>
26. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Dez 21];18(1):162. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
27. Guo J, Zheng A, He J, Ai M, Gan Y, Zhang Q, et al. The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: A cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Out 24];21(1):713. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04090-z>
28. Galbally M, Watson S, Permezel M, Lewis A. Depression across pregnancy and postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychol Med* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Ago 15];49(9):1490-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291718002040>
29. Phoosuwan N, Eriksson L, Lundberg PN. Antenatal depressive symptoms during late pregnancy among women in a north-eastern province of Thailand: Prevalence and associated factors. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Jul 30];36:102-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.012>
30. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 24];38(3):e00103221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Sintomas depressivos e fatores associados em mulheres no período periparto, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, em 2023.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

Coleta de dados: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

Análise e interpretação dos dados: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

Discussão dos resultados: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

Revisão e aprovação final da versão final: Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos, VM, Pinho L, Silva RRV, Silveira MF, Brito MFSF.

AGRADECIMENTO

Às gestantes participantes do Estudo ALGE.

Aos profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Montes Claros – MG, Brasil. À Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

Aos entrevistadores e acadêmicos colaboradores da pesquisa.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Bolsa de Doutorado (processo 2019-00). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – bolsa de produtividade em pesquisa nível 2 (processo 316674/2021-4).

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), pareceres n. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 80957817.5.0000.5146.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Manuela Beatriz Velho, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 19 de junho de 2023.

Aprovado: 24 de novembro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Daniela Marcia Rodrigues Caldeira

dmrDaniela@hotmail.com

