



ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ: CARACTERIZAÇÃO DE GESTANTES QUE REALIZARAM PRÉ-NATAL EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

ANXIETY AND DEPRESSION IN PREGNANCY: CHARACTERIZATION OF PREGNANT WOMEN WHO RECEIVED PRENATAL CARE IN PUBLIC HEALTH UNITS

LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: LA CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ATENCIÓN PRENATAL EN LAS UNIDADES DE SALUD PÚBLICA

Mônica Maria de Jesus Silva¹, Eliana Peres Rocha Carvalho Leite², Denismar Alves Nogueira³, Maria José Clapis⁴

RESUMO

Objetivos: avaliar a presença de ansiedade e depressão na gravidez e caracterizar o perfil das gestantes. **Método:** estudo quantitativo, epidemiológico, descritivo, de corte transversal e correlacional realizado em unidades públicas de saúde em um município do Sul de Minas Gerais, Brasil, com 209 gestantes. A coleta de dados ocorreu de janeiro a maio de 2013 e utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e um formulário de caracterização. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 113.129. **Resultados:** a ansiedade foi mais frequente que a depressão e as gestantes possuíam alguns fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez como baixa/média escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gestações anteriores e gravidez não planejada. **Conclusão:** iniciativas preventivas à ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez, como o monitoramento da saúde mental e a sua triagem durante todo o pré-natal são necessárias. **Descritores:** Enfermagem; Ansiedade; Depressão; Gravidez.

ABSTRACT

Objectives: evaluating the presence of anxiety and depression in pregnancy and characterizing the profile of pregnant women. **Method:** a quantitative, epidemiological, descriptive, cross-sectional and correlational study conducted in public health units in a city in the southern Minas Gerais, Brazil with 209 pregnant women. Data collection occurred from January to May 2013 and there were used the Anxiety and Depression Hospital Scale and the characterization form. The study was approved by the Research Ethics Committee, protocol 113.129. **Results:** anxiety was more frequent than depression and pregnant women had few risk factors for the occurrence of these disorders in pregnancy, such as: low/middle education, low family income, history of complications in previous pregnancies and unplanned pregnancies. **Conclusion:** preventive initiatives to the occurrence of anxiety and depression in pregnancy, such as monitoring of mental health and its screening during the prenatal are required. **Descriptors:** Nursing; Anxiety; Depression; Pregnancy.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la presencia de ansiedad y depresión en el embarazo y caracterizar el perfil de las mujeres embarazadas. **Método:** estudio cuantitativo, epidemiológico, descriptivo, transversal y correlacional, realizado en las unidades de salud pública en una ciudad en el sur de Minas Gerais, Brasil, con 209 mujeres embarazadas. La recolección de datos ocurrió entre enero y mayo de 2013 y utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión y la forma de caracterización. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, el protocolo y 113.129. **Resultados:** la ansiedad era más frecuente que la depresión y las mujeres embarazadas tenían algunos factores de riesgo para la aparición de estos trastornos en el embarazo como bajo/medio nivel de educación, bajo ingreso familiar mensual, antecedentes de complicaciones en embarazos previos y los embarazos no planificados. **Conclusión:** las iniciativas de prevención de la aparición de la ansiedad y la depresión en el embarazo, como la vigilancia de la salud mental y su proyección durante el prenatal son obligatorias. **Descriptores:** Enfermería; Ansiedad; Depresión; Embarazo.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdades Integradas Asmec/Ouro Fino-MG. Borda da Mata (MG), Brasil. E-mail: monica.mjsilva@yahoo.com.br; ²Enfermeira Obstetra, Professora Doutora em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas/Unifal-MG. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: eprcl@yahoo.com.br; ³Zootecnista, Professor Doutor em Estatística, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Alfenas/Unifal-MG. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: denismar@unifal-mg.edu.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: maclapis@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Ao vivenciar as transformações físicas, hormonais, de inserção social e psíquicas inerentes à gravidez, a mulher torna-se vulnerável à ocorrência de transtornos mentais durante o período pré-natal,¹ entre eles a ansiedade e a depressão. Durante a gravidez, os transtornos mentais apresentam-se como condições psicopatológicas que comprometem o desenvolvimento da gestação tanto para a mãe quanto para o feto, a curto e a longo prazo, revestindo-se de grande importância pelas graves consequências materno-fetais.²

Em virtude destas consequências, a ansiedade é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez, uma vez que o seu desenvolvimento durante a gestação pode comprometer o feto, estando associado a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascer, escores inferiores de Apgar, déficit no desenvolvimento fetal, além de efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico do filho e às complicações obstétricas como sangramento vaginal e ameaça de abortamento, além de ser um dos principais fatores de risco para a depressão pós-parto.³

Já os efeitos deletérios da depressão também acarretam graves consequências para a saúde materna e fetal como baixo peso ao nascer, diminuição do escore do Apgar, prematuridade⁴, diminuição da circunferência cefálica; desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida e ideação suicida com tentativas de autoextermínio.^{3,4}

Em face dessas considerações, fazem-se necessários estudos que possam evidenciar e relacionar as principais causas e ocorrências de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão em gestantes a fim propiciar subsídios para sensibilizar os enfermeiros quanto à importância de sua atuação na implementação de ações voltadas à saúde mental da gestante que permitam melhorar efetivamente a assistência pré-natal, reduzindo os efeitos adversos à qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida, assim como outros resultados nocivos à saúde materna e do conceito.

OBJETIVOS

- Avaliar a presença de ansiedade e depressão na gravidez
- Identificar o perfil das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção

Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODO

Estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal, correlacional e abordagem quantitativa realizado em cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde que prestam atendimento pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde em um município do Sul de Minas Gerais.

A população constituiu-se por gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal nas referidas unidades de saúde. Com base em uma população estimada em 450 gestantes que realizam pré-natal na rede municipal de saúde no ano anterior, calculou-se o tamanho da amostra em 209 gestantes, considerando uma prevalência de 50%, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%.

Foram adotados como critérios de inclusão: aceitação voluntária na participação da pesquisa e idade igual ou superior a 18 anos e como critérios de exclusão: diagnóstico atual de transtornos de ansiedade, depressão e/ou outro transtorno mental; uso atual de medicamento ansiolítico, depressivo e/ou outro psicotrópico; não ter participado da amostra anteriormente durante a gestação.

Realizou-se a seleção de uma amostra aleatória por meio de sorteio. Para tanto, utilizou-se os números dos prontuários das gestantes que seriam atendidas na Unidade de Saúde no dia de coleta de dados e que atendiam os critérios de elegibilidade definidos, sendo que destes, sorteou-se a metade.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de janeiro a maio de 2013, em uma sala reservada com privacidade assegurada nas Unidades municipais de Atenção Primária à Saúde, nos dias em que eram realizados os atendimentos de assistência pré-natal.

Para a obtenção dos dados utilizou-se dois instrumentos: um formulário de caracterização da amostra e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

O formulário, de autoria da pesquisadora, continha 36 questões objetivas divididas em quatro eixos: caracterização socioeconômica e demográfica, anamnese gestacional atual e pregressa, hábitos de vida e doenças pré-existentes, eventos marcantes de vida e relações interpessoais.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi utilizada para avaliação da ansiedade e da depressão nas gestantes. Esta escala é um instrumento de avaliação de

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

autorrelato, criada por Zigmond e Snaith em 1983, composto por 14 itens de múltipla escolha, divididos em duas subescalas de sete itens: uma de ansiedade e outra de depressão. Ao respondente é perguntado como ele tem se sentido na última semana, dentro de uma escala Likert de 4 pontos, com intervalo de zero à três. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais referentes à ansiedade e a depressão separadamente, podendo variar de zero a 21 pontos para cada subescala.⁵

Para interpretar a ansiedade e a depressão autoinformada, de acordo com a adaptação brasileira, foram adotados como pontos de cortes: Subescala Hospitalar de Ansiedade: 0 a 8 - sem ansiedade; igual ou superior a 9 - com ansiedade; Subescala Hospitalar de Depressão: 0 a 8 - sem depressão; igual ou superior a 9 - com depressão.⁵

O primeiro instrumento (formulário) foi aplicado pela pesquisadora, já a escala foi preenchida pela própria participante, após orientação prévia, uma vez que este instrumento pode ser autoadministrado (autoaplicado).

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2007. Obje

ivando sua validação, realizou-se o procedimento de “dupla digitação” para evitar possíveis erros de transcrição. As variáveis categóricas foram descritas em

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

números absolutos e percentuais e para as variáveis contínuas também foi apresentada a média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo e quartis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, protocolo 113.129, cumprindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Antes da coleta de dados, cada gestante foi informada sobre o estudo e convidada a participar, devendo para tanto assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Das 209 gestantes que participaram do estudo, 26,8% apresentaram ansiedade durante a gestação e 14,8%, depressão.

A caracterização socioeconômica e demográfica das gestantes evidenciou idade média de 29,51 anos (desvio padrão = 5,74 anos), sendo a faixa etária de maior proporção a de 20 a 25 anos. Em relação à escolaridade, a maioria (37,3%) cursou o ensino médio completo. Houve maior frequência de gestantes casadas ou que relataram viver com o companheiro (82,8%), católicas (56,9%), que moravam em casa própria (65,6%) e com renda familiar mensal de até três salários mínimos (63,7%). Quanto à ocupação, a maioria das gestantes exercia atividade trabalhista (49,3%).

Tabela 1. Idade e renda das gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas - MG, 2013.

Estatística Descritiva	Variáveis Idade (anos)	Renda (reais) ¹
Média	29,51	1463,65
Desvio-padrão	5,74	1018,97
Mínimo	18	339,00
Máximo	43	10000,00
1º Quartil (P25)	21	700,00
2º Quartil (50 - Mediana)	25	1200,00
3º Quartil (P75)	30	2000,00

Nota: ¹Apenas para participantes que informaram a renda.

No que se refere à anamnese obstétrica atual e pregressa, prevaleceram as gestantes que não tiveram dificuldade para engravidar (90,9%) e nem realizaram tratamento com esta finalidade (95,2%); estavam no terceiro trimestre de gestação (39,7%); não tinham filhos (39,7%) e eram multigestas (67%), entre as quais 35% vivenciaram um abortamento e/ou ameaça de parto prematuro em gestações anteriores e 47,1% apresentaram

histórico de complicações em gestações passadas. Em relação à gestação atual, não apresentaram complicações até o momento da coleta de dados (74,2%).

A diferença verificada entre o número de participantes que não tem filhos e o número de primigestas deve-se ao fato de que algumas gestantes informaram perda de filhos oriundos de gestações anteriores, devido a abortamentos e/ou após o nascimento.

Tabela 2. Número de gestações e de partos entre gestantes que realizaram pré-natal em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Alfenas - MG, 2013 (n=209).

Estatística Descritiva	Variável	
	Número de gestações	Número de partos
Média	2,22	1,55
Desvio-padrão	1,23	0,90
Mínimo	1	1
Máximo	9	6
1º Quartil (P25)	1	1
2º Quartil (50 - Mediana)	2	1
3º Quartil (P75)	3	1

Prevaleceram também as gestantes que não planejaram a gravidez (56,9%), no entanto a desejavam (98,6%) e afirmaram que este desejo também era compartilhado pelo companheiro (99%). Além disso, contavam com o apoio do parceiro (99%) e da família (99%) na gestação. Concernente aos hábitos de vida e doenças pré-existentes, houve predomínio de gestantes que não possuíam o hábito de fumar (88,5%), não consumiam bebida alcoólica (92,8%) e não usavam drogas (97,6%). No entanto, entre as gestantes que reportaram uso de tabaco, álcool e outras drogas, a maioria referiu consumir até 10 cigarros por dia (62,5%), ingerir bebida alcoólica uma vez por mês ou menos (66,7%) e utilizar predominantemente a cocaína (80%). Vale lembrar que algumas gestantes usuárias informaram fazerem uso de mais de um tipo de droga.

A maioria das gestantes referiu ainda não ter problemas de saúde (88%), sendo que a hipertensão arterial sistêmica (40%) e o diabetes mellitus (20%) predominaram como as patologias mais frequentes entre as que os possuíam (12%); não fazer uso de medicamentos diários (90,7%), entretanto, entre as que faziam uso, os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais frequentes (42,8%), o que está em acordo com o principal problema de saúde referido; e não ter histórico de transtorno mental (79,1%). Entre as gestantes que já tiveram algum sofrimento psíquico, a depressão foi o transtorno mental mais vivenciado no passado (76,2%), sendo que a maioria realizou tratamento para o transtorno vivido (59,5%), o qual foi predominantemente do tipo farmacológico (72%).

Com relação aos eventos marcantes de vida e relações interpessoais, a maior parte das gestantes não vivenciou um evento marcante nos últimos doze meses (33,5%), não enfrentou conflitos conjugais (97%), não sofreu violência doméstica no passado (90%) e nem atualmente (99,5%). Entre as participantes que sofreram violência doméstica no passado, a maioria relatou ter sido vítima de violência física (71,4%) e a única gestante que confirmou ser vítima de

violência atualmente (0,5%), informou ser esta do tipo psicológica ou moral.

A maioria das gestantes afirmou ter relações interpessoais satisfatórias (89,5%), sendo que a família foi apontada predominantemente como o grupo com quem o relacionamento é insatisfatório (91%). Além disso, afirmaram também receber algum tipo de apoio/suporte social (60,8%), sendo a família a provedora mais frequente deste apoio/suporte (88,9%), o qual é principalmente financeiro e emocional/psicológico (74,8%).

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou predomínio da faixa etária entre 20 a 25 anos. Estes resultados estão em consonância com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística presentes no censo demográfico realizado em 2010, o qual determinou que no total da população brasileira, 97.348.809 são mulheres. Destas, 42.396.035 possuem idade entre 18 a 44 anos. Dos nascidos vivos em 2010, a idade das mães de maior prevalência foi compreendida na faixa etária de 20 a 24 anos (729.955) e de 25 a 29 anos (671.943).⁶

Apesar do aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, os achados deste estudo permitem inferir a incidência majoritária da gravidez na faixa etária considerada ideal para o seu desenvolvimento, a qual varia entre 20 e 35 anos.⁷

Estudo semelhante, realizado para avaliar a frequência da ansiedade e depressão entre mulheres grávidas no Paquistão, que também utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), corrobora com os dados do presente estudo, ao observar que para uma amostra de 167 gestantes, prevaleceram mulheres jovens, incluídas na faixa etária entre 18 e 30 anos (70,1%), com média de 27,92 anos.⁸

Ao que condiz ao nível de escolaridade, os achados permitem inferir a presença de um perfil de baixo/médio nível instrucional, que perfaz a maioria das participantes do estudo, as quais possuem nível médio completo

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

(37,3%) e nível fundamental incompleto (20,6%).

Este resultado contrasta com dados evidenciados por estudo realizado no Paquistão que, apesar de não ser considerado um país desenvolvido, evidenciou maioria de gestantes (70%) com ensino superior completo ou pós-graduação.⁸

A educação, imbuída na escolaridade, aumenta a possibilidade de escolhas na vida e a aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis, possuindo efeito direto na saúde dos indivíduos. Neste âmbito, a baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico.⁹

No contexto de uma gravidez, o nível de escolaridade guarda íntima associação com a adesão à assistência pré-natal, existindo uma relação entre o grau de escolaridade da mãe e o número de consultas de pré-natais realizadas, conforme indicam dados do Ministério da Saúde do Brasil.¹⁰

No estudo, houve maior frequência de gestantes casadas ou que relataram viver com o companheiro e católicas. Outros pesquisadores também referem predomínio de gestantes casadas em suas investigações, com percentuais de 96% em estudo realizado na Grécia.¹¹

A presença de um parceiro pode atuar de maneira a minimizar os impactos relacionados às alterações decorrentes da gravidez, sejam elas hormonais, psíquicas, familiares ou de inserção social, que podem refletir diretamente em sua saúde mental. Neste âmbito, o apoio do marido ou companheiro reflete diretamente na maneira como a mulher aceita e vivencia sua gestação, assim como enfrenta complicações dela intercorrentes.

No tocante à crença religiosa, é relevante mencionar que a gestante, assim como qualquer indivíduo, pode perpassar por situações conflituosas que a colocam diante da necessidade de articular meios que lhe permitam enfrentar e conviver com os aspectos inerentes a essas situações. Particularmente, na gravidez, os conflitos aguçam-se diante da condição da gestante responder não apenas por sua saúde, mas também pela de seu filho. Desta forma, a crença religiosa, caracterizada como importante e reconhecida estratégia de proteção em saúde, pode atuar positivamente para a manutenção do bem estar psicológico.¹²

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

Quanto à renda familiar mensal, houve predomínio de gestantes que viviam com até três salários mínimos, índices que corroboram com os descritos por estudo realizado no Rio Grande do Sul, Brasil.²

A renda familiar pode influenciar negativamente a gravidez à medida que desencadeie situações de estresse e insegurança.¹³ Estes mecanismos psicológicos no contexto de uma gravidez, em que se espera o aumento dos gastos em virtude do crescimento da família, podem exacerbar-se, comprometendo o bem-estar da gestante.

Além disso, a menor renda familiar tem sido associada a menor frequência de utilização da assistência pré-natal, o que pode comprometer a gestação.¹⁴

Em relação à ocupação, o estudo evidenciou que a maioria de gestantes exercia atividade trabalhista (49,3%). Achados não diferentes foram descritos em estudo realizado na Itália.³

Sobre a ocupação, é importante refletir sobre sua associação com a renda familiar. Durante a gravidez, a ocupação como fonte de renda pode proporcionar uma sensação de tranquilidade para a gestante, uma vez que a presença de um salário mensal diminui as inquietações e o estresse referentes aos gastos advindos deste período e com a preparação para o nascimento do filho.

A maioria das gestantes referiu morar em casa própria (65,6%). Sobre este fato pode-se inferir que a propriedade de um imóvel proporciona tranquilidade à mulher no contexto de uma gestação. Com a chegada de um filho, a ausência de uma moradia própria, associada à despesa despendida com o aluguel de uma imóvel, pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos que influenciam negativamente a gravidez.

Como já evidenciado na literatura¹¹, a maioria das participantes do estudo não teve dificuldade para engravidar.

Embora o índice de gestantes que tiveram dificuldade tenha sido restrito (9,1%), vale mencionar que em nosso meio, assim como em muitas sociedades, a maternidade continua sendo um dos principais papéis sociais das mulheres. Neste contexto, a dificuldade para engravidar expõe a mulher, assim como seu cônjuge, a pressões que os tornam vulneráveis a alterações do seu bem-estar físico e psicológico com repercussões em sua vida social, afetiva e sexual.¹⁵

A esse conjunto de fatores associados à dificuldade para engravidar, somam-se as questões relacionadas à realização de tratamento para esta finalidade.

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

Na amostra estudada, a maioria das mulheres não necessitou realizar tratamentos para engravidar (95,2%). Apesar de apenas 4,8% das gestantes terem recorrido a tratamentos, cabe ressaltar que a realização destes pode provocar estresse e desgaste, não só na mulher, mas também em seu companheiro afetando suas qualidades de vida, em virtude dos múltiplos fatores inseridos neste contexto como a incerteza de desfecho positivo, a inexistência de tratamento em algumas localidades e a indisponibilidade de recursos para este fim. Fatos que se acentuam, nos casos em que os casais dependem de serviços públicos de saúde para a realização do tratamento, em contextos em que esse não é tratado como um problema prioritário de saúde pública.¹⁵

No que se refere à idade gestacional, 39,7% das mulheres investigadas estavam no terceiro trimestre da gestação, percentual bem próximo das gestantes que estavam no segundo trimestre (39,2%).

Ao discorrer sobre a idade gestacional, destaca-se que as necessidades de atenção à gestante devem ser cuidadosamente observadas de acordo com as prioridades de cada trimestre gestacional, a fim de que se realizem intervenções oportunas, sejam elas preventivas ou terapêuticas.⁹

Entre as entrevistadas, 67% eram multigestas com o número de gestações anteriores variando de um a nove, além da variação do número de partos anteriores entre um e seis. Entre as multigestas, 35% vivenciaram um abortamento e/ou ameaça de parto prematuro em gestações anteriores.

Resultados semelhantes são corroborados por outro estudo que identificou 54% de multigestas, sendo que 22% delas com histórico de abortos em gestações anteriores.¹¹

O histórico de abortamento e/ou ameaça de um parto prematuro pode influenciar de maneira significativa a gestação em curso, acarretando prejuízos ao bem-estar da gestante.

A vivência de experiências negativas em gestações anteriores pode desencadear na gestante sentimentos de insegurança, ansiedade e medo de que o desfecho adverso passado se repita na atual gravidez.⁴ Neste fato, infere-se a relevância da realização do acompanhamento pré-natal, no qual a avaliação detalhada da história obstétrica da gestante pelos profissionais de saúde deve estar inserida.

Entre as participantes, constatou-se predomínio de gestantes que não têm filhos

(39,7%). Este achado é condizente com a tendência observada no país de quedas sucessivas e significativas da taxa de fecundidade, verificada nas últimas décadas, a qual era de 2,38 filhos em 2000 e passou a 1,90 em 2010.⁶ Esta queda se deve a maior participação da mulher no mercado de trabalho e mudanças em seu papel social, fatores que tem contribuído para o planejamento sobre o número de filhos que pretende ter.¹⁶

A anamnese obstétrica atual pregressa permitiu evidenciar que entre as multigestas, a maioria apresentou complicações em gestações anteriores (47,1%), fato que não se observou na gestação atual (27,8%).

Tais resultados permitem inferir que o conhecimento da história da gestante e suas experiências anteriores pelo profissional de saúde permite que ele assista a mulher de maneira única com todas as suas peculiaridades, assumindo importância neste contexto as orientações obstétricas e o envolvimento que colaboram para aumentar a confiança da gestante, resultando em seu bem-estar físico e mental.⁹ Além disso, evidenciaram o perfil de gestantes fisiológicas e corroboram a importância da assistência pré-natal na prevenção e detecção precoce de complicações obstétricas e desenvolvimento de ações educativas que são essenciais para preservar a saúde materno-fetal e reduzir a morbimortalidade do binômio mãe-filho, ressaltando-se o papel preponderante da enfermagem obstétrica neste processo.¹⁷

Como documentado por vários pesquisadores¹⁸, a maioria das entrevistadas referiu não ter planejado a gravidez.

O não planejamento da gestação configura-se como um fator de risco associado a resultados adversos maternos e perinatais, incluindo a mortalidade e morbidade associadas aos abortos induzidos inseguros, especialmente em países onde o aborto é ilegal.¹⁹ A ocorrência de uma gravidez não planejada resulta de muitos fatores, entre eles a falta de acesso e baixa utilização de métodos contraceptivos.¹⁸ Desta forma, o maior acesso aos serviços de planejamento familiar é fundamental para reduzir a incidência de gestações não planejadas, o qual deve ser acompanhado de melhoria da qualidade do atendimento e disponibilidade de informações sobre a utilização eficaz dos métodos de contracepção.¹⁹

A gravidez não planejada, por vezes, pode se tornar sinônimo de uma gestação indesejada, quando se opõe aos desejos e às expectativas do casal.

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

Neste estudo, quase totalidade das gestantes desejavam a gravidez e afirmaram que este desejo também era compartilhado pelo companheiro.

Apesar do índice de gestação indesejada ser extremamente baixo neste estudo (1,4%), é relevante mencionar que esta variável é fator de risco para o desenvolvimento gestacional com efeitos adversos à saúde, tanto materna como neonatal.¹⁹

Outros pesquisadores identificaram prevalências superiores de gestações indesejadas, referindo 24% no Quênia.¹⁹

Na amostra estudada, predominaram majoritariamente as gestantes que contavam com o apoio do parceiro e da família na gravidez, o que correspondeu a 99% para ambas as variáveis.

Estes dados contrastam com os dados de uma investigação Sul-Africana que observou a ausência de apoio relatado pelas mulheres durante a gravidez.²⁰

O posicionamento do pai da criança em relação à gestação e o estado conjugal são aspectos que influenciam na aceitação da gravidez,²¹ uma vez que o apoio reflete o comprometimento do pai com o recém-nascido.¹⁸ Neste âmbito, a falta de apoio do parceiro é um fator de risco intimamente ligado ao aparecimento de transtornos de humor na gravidez e no puerpério.²² Da mesma forma, o apoio da família também é um fator essencial para o bem-estar da mulher grávida³, sendo a sua ausência associada a maior probabilidade da gestante apresentar transtornos mentais comuns como a ansiedade e a depressão.²³

Concernente aos hábitos de vida e doenças pré-existentes, a maioria das gestantes não possuía o hábito de fumar. Embora o percentual de gestantes fumantes tenha sido baixo (11,5%), ressalta-se que entre estas, 62,5% referiram consumir até 10 cigarros por dia. Outros pesquisadores brasileiros encontraram valores de 19,5% em Pelotas, Rio Grande do Sul.²³

O hábito de fumar durante a gestação está associado a resultados obstétricos adversos como a incidência de anomalias no feto, restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, hemorragia pré-parto, aborto espontâneo, gravidez ectópica e morte subida do recém-nascido.²⁴

A maioria das gestantes não consumia álcool (92,8%), porém, entre as 7,2% que reportaram uso de álcool na gestação. Outro estudo apresentou percentuais diversos

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

quanto ao consumo de álcool entre grávidas variando de 3,7% a 60,5%.^{18,23}

O consumo de álcool durante a gestação pode acarretar efeitos negativos sobre o desenvolvimento do cérebro fetal, além de efeitos teratogênicos em qualquer período gestacional, ocasionado pelo etanol.²⁵

Quanto ao uso de drogas, 97,6% das mulheres investigadas informaram não fazer uso. Entretanto, entre as usuárias, a cocaína foi a droga mais utilizada.

O uso de drogas durante o pré-natal afeta centenas de milhares de gestações por ano, sendo fator de risco para o feto capaz de desencadear atrasos em seu desenvolvimento, além de uma variedade de problemas neurocomportamentais infantis, dificuldades de aprendizagem, distúrbios sociais e problemas de saúde ao longo da vida da criança.²⁶

Entre as gestantes, 88% referiram não ter problemas de saúde. Neste contexto, infere-se a relevância da assistência pré-natal no atendimento das especificidades de cada gestante, essenciais para prevenir a morbimortalidade materna e fetal que podem ser decorrentes de complicações de problemas de saúde maternos.

Quanto ao uso de medicamentos diários, a maioria das entrevistadas não o fazia. Entretanto, entre as que faziam uso, os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais frequentes, o que está em acordo com o principal problema de saúde referido. Resultado não corroborado por outra investigação brasileira, na qual foi evidenciado o consumo de pelo menos um medicamento por 99% das gestantes com predomínio do uso de analgésicos e antiinflamatórios.²⁷

A exposição a fármacos durante a gestação pode causar complicações ao conceito, sendo os três primeiros meses os mais críticos para alterações que poderão causar defeitos funcionais e comportamentais, ou até mesmo, a morte imediata do feto²⁸, por isso seu uso deve ser feito com cautela. Contudo, mesmo havendo riscos, o que se apresenta atualmente é um quadro de automedicalização, às vezes indiscriminada, em virtude do fácil acesso.

O histórico de transtorno mental entre as gestantes foi de 20,1%, sendo a depressão o transtorno mental vivenciado no passado mais referido (76,2%).

Como documentado na literatura, o histórico de transtorno mental representa alto risco de recorrência durante a gravidez, o que

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

aponta para a necessidade de intervenção e prevenção antes mesmo desse período.^{3,4}

Neste estudo, das participantes que vivenciaram transtornos mentais no passado, 59,5% realizaram tratamento, sendo que a maioria optou pelo tratamento farmacológico (72%).

Embora o índice de gestantes que não realizaram tratamento para transtorno mental vivenciado no passado não tenha sido predominante (40,5%), é, contudo, relevante, o que evidencia um sério problema na assistência pública em saúde mental. Tal situação foi constatada em outro estudo brasileiro, no qual nenhuma gestante com história anterior de depressão realizou tratamento psiquiátrico.⁴

A não realização de tratamento não pode ser atribuída somente à desassistência em saúde. Questões culturais também podem estar imbuídas neste fenômeno, uma vez que a cultura pode afetar a percepção dos indivíduos sobre necessidade de tratamento em saúde mental, representando barreiras para a busca de ajuda ou acesso aos cuidados de saúde.

A frequência de evento marcante na vida das gestantes entrevistadas, nos últimos doze meses, foi de 33,5%, com predominância de morte de ente querido. Outros pesquisadores brasileiros evidenciaram dados que contrastam com estes achados.²³

Os eventos marcantes caracterizam-se como mudanças na vida que exigem reajuste e por isso configuram-se como potenciais produtores de estresse, o qual, no decorrer de uma gestação, também caracterizada como um acontecimento que demanda mudanças pode exacerbar-se e acarretar prejuízos para a saúde materna e fetal.

É importante mencionar que em países em desenvolvimento diversos fatores podem contribuir para a exacerbação de eventos produtores de estressante durante a gravidez em virtude das iniquidades que permeiam a sociedade.⁴

Com relação aos conflitos conjugais, prevaleceram as gestantes que não os enfrentavam atualmente (97%).

Um relacionamento conjugal frágil, marcado por conflitos, impacta negativamente na gestação à medida que deteriora o bem-estar da mulher grávida.

As brigas com parceiros são tidas como razões para muitas mulheres sentirem-se angustiadas e se lamentarem durante a gestação, principalmente em situações caracterizadas pelo baixo poderio econômico-social, quando a gravidez aumenta a

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

dependência da mulher em relação ao parceiro. Além disso, um relacionamento conjugal conflitante pode piorar sob as tensões adicionais da gravidez, sendo um importante fator de vulnerabilidade para a violência doméstica.²⁹

Neste estudo predominaram as gestantes que não sofreram violência doméstica no passado e nem atualmente, 90% e 99,5%, respectivamente. Outros pesquisadores apresentaram dados superiores ao do presente estudo, os quais identificaram na Cidade do Cabo na África, que mais da metade das gestantes (63,8%) tinham experimentado no passado ou experimentavam atualmente algum tipo de violência, seja física, psicológica ou sexual.²⁰

A vivência de uma realidade permeada por violência sofrida durante a gestação está associada a graves consequências para a saúde materna e fetal, com aumento do risco de baixo peso ao nascer, morte materna e fetal, parto prematuro, aborto espontâneo e subsequentes problemas comportamentais na criança e desenvolvimento de transtornos mentais uma vez que conspira contra o bem-estar da gestante ao ser fonte de pesar e sofrimento para ela.³⁰

A maioria das gestantes afirmou ter relações interpessoais satisfatórias, sendo que a família foi apontada predominantemente como o grupo com quem o relacionamento é insatisfatório. Em outro estudo, 33,3% das gestantes referiram ter conflitos com pessoas próximas.⁴

As relações sociais construtivas com a família e amigos são propiciadores de bem-estar.³¹ Desta forma, a manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios pode favorecer o desenvolvimento da gestação a medida que permeia o bem-estar da gestante e faz com ela se sinta amparada por um círculo de pessoas com quem ela se relaciona, o qual compõe parte da sua rede de apoio/suporte social.

Da amostra total, 60,8% das gestantes receberam algum tipo de apoio/suporte social.

Ao abordar a presença de apoio/suporte durante a gravidez é relevante considerar a importância deste na aceitação e vivência da gestação pela mulher, sendo esta desejada ou não, destacando a atuação da equipe de enfermagem obstétrica também como provedora deste apoio.

Neste âmbito, verifica-se na literatura o quanto a ausência de apoio/suporte tem ligação com a forma de enfrentamento psíquico do período gestacional.³²

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez e, ainda que a primeira fosse mais frequente entre as gestantes, o que demonstra que a gestação nem sempre é um período sem agravos para a maioria das mulheres. E ainda, caracterizou as gestantes com ansiedade e depressão no período pré-natal.

Em suma, observou-se que as gestantes apresentaram alguns fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez já evidenciados na literatura como baixa/média escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gestações anteriores e gravidez não planejada.

Desta forma, inferiu-se a necessidade de implementação de intervenções para prevenir, detectar e tratar transtornos psíquicos que podem permear a gestação como a ansiedade e a depressão, como a realização de triagem e monitoramento da saúde mental durante todo o pré-natal. Para tanto, requer-se a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, aqui destacados a enfermagem obstétrica e a inserida na atenção primária à saúde que devem incorporar a saúde mental da mulher nas práticas assistenciais do cotidiano, assim como o apoio dos gestores de saúde por meio de políticas e programas que envolvam a saúde mental das mulheres, em especial durante a gestação.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal mental health. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 30];199(8):575-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814083>
2. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 22];28(2):385-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/17.pdf>
3. Giardinelli L, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 20];15(1):21-30. Available from:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-011-0249-8>

4. Pereira PK, et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo, Online) [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 10];37(5):216-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n5/a06v37n5.pdf>
5. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1983 [cited 2013 June 20];67(6):361-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820?f1000m,isrcn>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010. Fecundidade, Nupcialidade e Migração: resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [cited 2013 Oct 14]. Available from: http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Nupcialidade_Fecundidade_Migracao/tab1_1.pdf
7. Teles LMR, et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. Cogitare enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 16];15(4):688-95. Available from: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/20366/13527>
8. Ali NS, et al. Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. The scientific World Journal [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 12];(1):9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354685/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 11];16(5):353-61. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-013-0338-y>

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

12. Soeiro RE. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sept 12];24(4):793-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/09.pdf>
13. Ludermit AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2002 [cited 2013 Oct 10];36(2):213-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>
14. Pinto LF et al. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 [cited 2013 Sept 24];10(1):205-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a21v10n1.pdf>
15. Baldur-Felskov B, et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 30]; 28(3):683-90. Available from: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/3/683.short>
16. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2011 [cited 2013 Sept 11]. Available from: http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf
17. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [cited 2013 Nov 11];40(3):381-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>
18. Prietsch SOM, et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. [Internet].2011 [cited Oct 22];27(10):1906-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>
19. Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 16]; 13(1):69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607892/>
20. Vythilingum B, et al. Screening and pathways to maternal mental health care in a South African antenatal setting. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 30];16(5):371-9. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-013-0343-1>
21. Santos NA, et al. Perfil das gestantes com pré-eclâmpsia e fatores emocionais associados. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, Fortaleza. Transformação social e sustentabilidade ambiental [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 20]. Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cb/en/files/01565.pdf
22. Rubertson C, et al. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2005 [cited 2013 Sept 13];8(2):97-104. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0078-8>
23. Silva RA, et al. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 14];26(9):1832-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/16.pdf>
24. Poletta FA, et al. Consumo y exposición al humo de tabaco en mujeres embarazadas de Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 11];27(1):56-65. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/09.pdf>
25. Yamaguchi ET, et al. Drogas de abuso e gravidez. *Rev Psiqu Clin* [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 20];35(1):44-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a10v35s1.pdf>
26. Bandstra ES, et al. Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];29(2):245-58. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10550881003684871>
27. Oliveira ES, Chaves AFL, Vasconcelos HCA, Rocha RS, Costa FS. The prevalence of drug consumption during pregnancy. *J Nurs UFPE on line*. [Internet] 2013 Oct [cited 2013 Nov 29];7(spe):6083-92. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4554/pdf>
28. Daw JR, et al. Prescription drug use in pregnancy: a retrospective, population based 1. study in British Columbia, Canada (2001-2006). *Clin Ther* [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 2];34(1):239-49. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291811007806>

Jesus Silva MM de, Leite EPRC, Nogueira DA et al.

Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização...

29. Hanlon C, et al. Between life and death: exploring the sociocultural context of antenatal mental distress in rural Ethiopia. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2010 [cited 2013 June 20];13(1):385-93. Available from:

http://download.springer.com/static/pdf/594/art%253A10.1007%252Fs00737-010-0149-3.pdf?auth66=1417290186_7212c384c5de1c15f485139abbbe7b1e&text=.pdf

30. Hellmuth JC, et al. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 30];16(1):19-27. Available from:

<http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-012-0309-8>

31. Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. Psicol ciênc prof [Internet]. 2001 [cited 2013 Oct 13];21(2):52-61. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000200007&script=sci_arttext&tlng=es

32. Fisher J, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 25];90(2):139-49. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v90n2/v90n2a14.pdf>

Submissão: 02/12/2014

Aceito: 27/07/2015

Publicado: 15/08/2015

Correspondência

Mônica Maria de Jesus Silva

Vila Tio Mazico, 34

Bairro Centro

CEP 37564-000 – Borda da Mata (MG), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(Supl. 7):9027-37, ago., 2015