

CARACTERIZAÇÃO PSICO-SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA PREVALÊNCIA DE GESTANTES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

**Eliane Pelose Canete¹; Fabiane Pontes Soares Ferreira¹; Ana Paula Ghizzo Vicente²,
Edivan Rodrigo de Paula Ramos³**

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo a caracterização psico-sócio-demográfica da prevalência de sintomas depressivos em gestantes usuárias do serviço de saúde pública de Maringá-PR. Entre junho e outubro de 2008, 116 gestantes que realizavam o pré-natal em 09 Unidades Básicas de Saúde de Maringá-PR preencheram dois instrumentos para coleta de dados. A identificação dos sintomas depressivos foi feita através da escala de Edimburgo e os dados referentes às características psico-sócio-demográficas, através de questionário impresso contendo 27 questões abertas e fechadas. A análise dos resultados foi feita através do teste Exato de Fisher para correlação ($p < 0,05$) entre as variáveis psico-sócio-demográficas e a prevalência de sintomas depressivos. Foram encontradas 32 (27,58%) gestantes com pontuação positiva para depressão. Contudo, apenas uma delas (3,12%) fazia tratamento psicológico e duas (6,25%) tinham acompanhamento psiquiátrico. Dentre os fatores de risco associados à prevalência de depressão gestacional, destaca-se o fato de morar sozinha ($p = 0,0483^*$), não possuir residência própria ($p = 0,0037^*$), ser a principal responsável pela renda familiar ($p = 0,0001^*$) e não ter o apoio do companheiro durante a gestação ($p = 0,0011^*$). Embora não tenha sido encontrada relevância estatística, o maior número de consultas pré-natal não resultou em menor prevalência de sintomas depressivos, sugerindo assim, que pouca atenção tem sido dada, por parte dos profissionais de saúde, à saúde mental das gestantes. Estes resultados mostram a necessidade de se elaborar e implantar uma ação planejada e voltada à saúde mental das gestantes usuárias da rede pública de saúde de Maringá-PR.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Escala de Edimburgo; Gestação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A depressão é a alteração emocional mais comum no puerpério e tem prevalência entre 10 e 20% sendo que este valor pode chegar a 26% quando a mãe é adolescente (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005). Além dos efeitos negativos observados na mãe, a depressão puerperal influencia negativamente o neonato, sobretudo no aspecto de seu desenvolvimento cognitivo e social (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005). Entretanto, tem sido demonstrado que a depressão puerperal pode ter início durante a gestação (CATAFESTA et al., 2007).

Considerando que as alterações emocionais que culminam com a depressão puerperal podem ter início durante a gestação, torna-se importante a realização de estudos epidemiológicos que caracterizem melhor este problema para que se possa propor medidas de intervenção durante a realização do pré-natal. Como não há registro de trabalhos publicados que caracterizem a depressão gestacional em Maringá-PR, este

¹Enfermeiras autônomas – Maringá-PR. elianepelose@hotmail.com.br e fabianapsferreira@hotmail.com.

²Acadêmica de Enfermagem – Centro Universitário de Maringá – CESUMAR – Maringá-PR. Acadêmica bolsista do programa PICC/CESUMAR. anapaulavicente@hotmail.com.

³Orientador e docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá – Cesumar, Maringá – Paraná. edivanramos@yahoo.com.br

trabalho foi proposto e teve por objetivo determinar a prevalência de sintomas depressivos e os possíveis fatores psico-sócio-demográficos associados ao seu desenvolvimento em gestantes usuárias da rede pública de saúde de Maringá-PR.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado mediante parecer favorável nº 287/2008 do comitê de ética e pesquisa do Cesumar (COPEC) e teve como sujeitos 116 gestantes que estavam realizando o pré-natal em 09 Unidades Básicas de Saúde de Maringá-Paraná. A participação das gestantes ocorreu por adesão voluntária sem critérios de exclusão. A coleta dos dados foi realizada durante os meses de junho a outubro de 2008.

As características psico-sócio-demográficas foram coletadas a partir de um questionário contendo 23 questões abertas e fechadas. Este questionário foi elaborado com base na bibliografia utilizada para confecção deste trabalho. Já a identificação de sintomatologia depressiva e caracterização da gestante como depressiva foi feita através da Escala de Edimburgo. A pontuação de corte utilizada para classificar a gestante como depressiva foi o intervalo 11/12. Dessa forma, pontuações iguais ou superiores a 12 indicaram a presença de sintomas depressivos. Este ponto de corte foi escolhido com base em estudo prévio realizado no Brasil em que esta pontuação de corte apresentou melhores índices de predição, sensibilidade e especificidade (SANTOS et al, 1999).

Os dados foram descritos de forma quantitativa e apresentados em frequência de distribuição absoluta e percentual. A análise estatística para verificação de relação entre as variáveis categóricas foi feita utilizando-se o teste Exato de Fisher sendo adotado como nível de significância, valores de p inferiores a 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 116 gestantes avaliadas, 32 (27,58%) tiveram pontuação igual ou superior a 12 e foram classificadas como gestantes com sintomas depressivos ou depressão gestacional (DG). Apesar disso, somente uma delas 3,12 (%) fazia tratamento psicológico e duas 6,25 (%) tinham acompanhamento psiquiátrico. Não foi encontrada relação estatística entre a presença de sintomas depressivos e o trimestre gestacional nem o número de consultas pré-natal.

A faixa etária das gestantes oscilou entre 17 e 42 anos sendo que três (2,6%) tinham inferior a 18 anos, 82 (70,7%) tinham entre 18 e 30 anos e 31 (26,7%) estavam com mais de 31 anos. Além disso, a maioria das gestantes era casada (81,9%) e apresentava grau de escolaridade fundamental ou médio (92,94%). Nenhuma dessas características se mostrou associada estatisticamente a maior prevalência de DG. Por outro lado, o fato da gestante morar sozinha mostrou-se significativamente relacionada com a maior prevalência DG (Tabela 01).

Tabela 01. Distribuição absoluta e percentual das gestantes com e sem depressão em relação à moradia.

MORADIA	DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO				Fisher (F) p valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sozinha	04	12,50	02	2,38	0,0483 *
Com o conjugue/outros	28	87,50	82	97,62	
Total	32	100,0	84	100,0	

* significativo $p < 0,05$

Quanto às características sócio-econômicas, 103 (88,8%) gestantes relataram ter renda familiar superior a um salário mínimo. 63 (54,3%) delas trabalham fora, porém 74

(63,8%) recebem ajuda nos afazeres domésticos. Quase metade das gestantes (54,3%) participa do sustento da casa. Estas variáveis não se apresentaram associadas à presença de sintomas depressivos. Contudo, o fato da gestante ser a principal responsável pela renda familiar (Tabela 02) e de não ter residência própria (Tabela 03) mostraram relação com a prevalência de DG.

Tabela 02. Distribuição absoluta e percentual das gestantes com e sem depressão em relação ao principal responsável pelo sustento da casa.

PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA RENDA FAMILIAR	DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO				Fisher (F)
	Sim		Não		P valor
	N	%	N	%	
Sim	25	78,12	28	33,33	0,0001 *
Não	07	21,88	56	66,67	
Total	32	100,0	84	100,0	

* significativo $p < 0,05$

Tabela 03. Distribuição absoluta e percentual das gestantes com e sem depressão em relação à habitação.

HABITAÇÃO	DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO				Fisher (F)
	Sim		Não		P valor
	N	%	N	%	
Própria	10	31,25	52	61,90	0,0037 *
Alugada	22	68,75	32	38,10	
Total	32	100,0	84	100,0	

* significativo $p < 0,05$

Nenhuma gestante relatou ingerir bebidas alcoólicas, contudo 06 delas (5,17%) tinham o hábito de fumar. Quando questionadas sobre a presença de patologias pré-existentes como diabetes, hipertensão entre outras, 08 (6,90%) participantes responderam afirmativamente. Além disso, 13 (11,2%) faziam uso de algum tipo de medicamento. Nenhum destes fatores teve associação com a prevalência de sintomas depressivos.

38,8% (45) gestantes não planejaram a gravidez e 29 (25,0%) delas manifestaram preferência pelo sexo da criança. A intenção de interromper a gestação confirmada em 4,3% (05) das entrevistadas sendo que 02 (1,7%) tentaram o aborto. Além disso, 10 (8,62%) relataram reação de indiferença ou revolta do pai ao saber da gravidez. Todas estas variáveis não tiveram relação significativa com a presença de depressão gestacional. Entretanto, quando analisamos o apoio recebido de pais, amigos ou familiares observamos que o apoio recebido do companheiro foi um fator significativo para o não desenvolvimento de depressão (Tabela 04).

Tabela 04. Distribuição absoluta e percentual das gestantes com e sem depressão em relação ao apoio recebido durante a gravidez.

RECEBE APOIO DURANTE A GRAVIDEZ	DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO				Fisher (F)
	Sim		Não		p valor
	N	%	N	%	
Dos pais/amigos	09	28,13	04	4,77	0,0011 *
Do companheiro	23	71,87	80	95,23	
Total	32	100,0	84	100,0	

* significativo $p < 0,05$

4 DISCUSSÃO

A presença de sintomas depressivos deve ser considerada para todas as gestantes, uma vez que sua prevalência média durante a gestação está na ordem de 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12 % no terceiro trimestre (BENNETT et al., 2004). Apesar da prevalência de DG ser diferente nos diferentes estágios da gravidez, não encontramos uma diferença significativa entre a presença de sintomas depressivos e o trimestre gestacional. Se considerado o período total da gestação, a prevalência de DG, no Brasil, situa-se na faixa que varia de 29,5 e 50% (BAPTISTA et al, 2006). Estes valores estão acima daqueles encontrados neste trabalho (27,58%). Embora esta diferença possa estar relacionada às escalas utilizadas para avaliação de depressão e/ou ponto de corte utilizado para caracterizar os quadros depressivos, o valor encontrado é elevado e mostra a necessidade de que seja implantado um atendimento voltado à saúde mental das gestantes na rede pública de Maringá-PR.

Tão importante quanto determinar a prevalência de DG é identificar os fatores que possam estar associados ao seu desenvolvimento. O conhecimento destes fatores auxilia não somente o diagnóstico, como também a implementação de medidas preventivas. Diversos fatores de risco são descritos na literatura sendo os que os principais são: antecedentes psiquiátricos; descontentamento com a gestação; negativismo com relação a eventos vitais; baixo apoio emocional; solidão; gravidez na adolescência; ser solteira; baixo nível educacional e sócio-econômico; histórico de abortos anteriores; partos problemáticos; atitudes negativas (BAPTISTA et al., 2006). Apesar da relação entre estes fatores e a presença de DG depender muito da amostra estudada, neste trabalho encontramos uma relação significativa entre a maior prevalência de DG com o fato da gestante morar sozinha, não ter casa própria, ser a principal responsável pelo sustento da família e não receber apoio durante a gestação.

A gravidez traz para a mulher sensações de insegurança, medo com o que possa acontecer futuramente, insegurança de lidar com novas situações durante este período e as responsabilidades para com o bebê que está por vir (SCHMIDT et al, 2005). Neste sentido, a presença do companheiro durante a gravidez é importante para gestante devido à segurança transmitida por ele e, principalmente, pela divisão de responsabilidades. Entretanto, mesmo que a gestante não more com o conjugue, é importante que ela não more sozinha ou em uma provável "solidão". A presença de outras pessoas, sobretudo familiares, no local de moradia pode significar para a gestante uma proteção e uma forma de compartilhar suas angústias.

O fato da amostra avaliada em nosso estudo ser restrita às usuárias da rede pública de saúde impede a avaliação da classe social como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão na gravidez. Contudo, vale ressaltar que não ter residência própria, foi um dos fatores que se mostrou relacionado com a presença de sintomas depressivos. Ser proprietária da casa onde mora pode representar para gestante não somente uma ascensão social e econômica, como também uma sensação de segurança e condições favoráveis ao desenvolvimento do futuro filho.

É reconhecido que o trabalho fora pode representar para mulher independência financeira, melhores condições socioeconômicas e maior satisfação pessoal o que, de certa forma, reduz o risco de desenvolvimento de transtornos afetivos (AZEVEDO; ARRAIS, 2005). Contudo, o fato da mulher ser a principal responsável pelo sustento da casa pode significar acúmulo de funções e responsabilidades, trabalhar fora e cuidar da casa, e que isso acabe gerando situações de estresse, ansiedade e depressão.

Após o reconhecimento da gravidez, muitas mulheres podem demonstrar sentimentos de insegurança, ansiedade e dúvidas sobre como cuidar da gestação e como será seu futuro e o de seu filho (PROCHNOW; LOPES, 2007). Por isso, é importante que a mesma receba dos familiares, amigos e, especialmente, o conjugue ou pai de seu futuro filho apoio irrestrito durante a gestação. Este fator é importante quando se avalia DG e foi considerado significativamente associado a menor prevalência de depressão nas

gestantes que receberam a apoio durante a gestação em relação àquelas que não receberam.

CONCLUSÃO

Analisados em conjunto, os resultados deste trabalho mostram uma alta prevalência de sintomas depressivos em gestantes usuárias de rede pública de saúde de Maringá-PR. A presença destes sintomas se mostrou significativamente associada ao fato da gestante morar sozinha, não possuir residência própria, ser a principal responsável pela renda familiar e não receber apoio do companheiro durante a gestação.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R.. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, p. 269-276, 2005.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES E. C. R.. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7, p. 39-48, jan/jun, 2006.

BENNETT, H. A.; EINARSON, A. TADDIO, A.; KOREN, G.; EINARSON, T.R. **Prevalência de depressão durante a gravidez: revisão sistemática**. Mar, 2004.

CATAFESTA, Fernanda; VENTURI, Krischie Kriscianne; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MARTINS, Marialda. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 457–475, 2007.

CRUZ, Eliane Bezerra Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; CURY, Alexandre Faisal. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 1-15, jan/abr, 2005.

PROCHNOW, Laura Pithan; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. A relação da mãe em situações de depressão com suas figuras femininas de apoio. **Revista Psico**, v. 38, n. 3, p. 285-291, set/dez, 2007.

SANTOS, Maria Fátima S dos; MARTINS, Francisco C; PASQUALI, Luiz. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, 1999.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Mauricio Neri.; MULLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Revista Psico- USF**, v. 10, n. 1, p. 61- 68, Jan/ jun, 2005.