



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
LAURA BRITZ SOARES**

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Palhoça

2021

LAURA BRITZ SOARES

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Linha de Pesquisa: Investigação de Agravos Crônicos à Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Jefferson Traebert, Dr.

Palhoça

2021



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco

LAURA BRITZ SOARES

AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 30 de março de 2021.

Doutor Jefferson Luiz Traebert (Orientador)

Doutor Alexandre Paim Diaz (Avaliador externo – UTHHealth) – *presente por videoconferência*

Doutora Eliane Silva de Azevedo Traebert (Avaliador interno) – *presente por videoconferência*

Professora Doutora Fabiana Schuelter Trevisol

**COORDENADORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL**

- **Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina, Sede, Reitoria** - Av. José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
- **Unisul Região Sul**
 - **Campus Tubarão** – Avenida José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon, Caixa Postal 370 - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
 - **Campus Araranguá** – Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Bairro Urussanguinha - 88905-355, Araranguá, SC - Fone 0800 970 7000 – 48 3521-3000
 - **Campus Braço do Norte** – Rodovia SC 370, 1023, Rio Bonito - 88750-000, Braço do Norte, SC - Fone 0800 970 7000 – 48 3621-3925
 - **Campus Içara** – Rua Linha Três Ribeirões, Loteamento Centenário, 250, Bairro Liri - 88820-000, Içara, SC - Fone 0800 970 7000 – 48 3621-3460
- **Unisul Região Grande Florianópolis**
 - **Campus Pedra Branca** – Avenida Pedra Branca, 25, Cidade Universitária Pedra Branca, 88137-270, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1000
 - **Campus Florianópolis** – Rua DIB Mussi, 366, Centro - 88015-110, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
 - Rua Trajano, 219, Centro - 88010-010, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
- **Campus UnisulVirtual** – Av. Pedra Branca, 25 – Cidade Universitária Pedra Branca – 88137-900, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1200

S65 Soares, Laura Britz, 1992 -
Transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco / Laura
Britz Soares. – 2021.
45 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina,
Pós-graduação em Ciências da Saúde.
Orientação: Prof. Jefferson Traebert

1. Depressão em mulheres. 2. Gravidez de alto risco. 3. Cuidado
pré-natal. I. Traebert, Jefferson Luiz. II. Universidade do Sul de Santa
Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 616.8527

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de estudo, pude contar com a presença e ajuda de pessoas que marcaram minha caminhada acadêmica e aqui expresso meus agradecimentos.

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela infinita bondade ao colocar Suas mãos em todas minhas decisões. Agradeço minha mãe e meu pai pelo impulso que me deram em dias de incerteza, pela determinação que me ensinaram a ter desde pequena e por me instruírem que, independente do que aconteça, a educação que nos é dada e o tempo que é investido no ensino, jamais é um tempo perdido. Ao meu noivo, obrigada por me estimular na busca por conhecimento em saúde mental e agradeço pela paciência, apoio e carinho diários. Muito obrigada! Obrigada por tudo, minha família. Fico feliz em poder compartilhar todas minhas conquistas ao lado dos que amo e que tanto torcem pelo meu sucesso.

Agradeço Prof. Dr. Jefferson Traebert, meu orientador, pelos ensinamentos fornecidos desde minha formação acadêmica até agora em minha pós-graduação. Sou grata por ter como espelho um profissional que exerce com maestria sua profissão de educador.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Dias Nunes, agradeço por me impulsionar a buscar a pós-graduação ainda na minha formação como Ginecologista e Obstetra. Obrigada pelos ensinamentos e por suas sábias palavras em momentos de grandes decisões.

Ao Dr. Alberto Trapanni Júnior, meu sincero agradecimento por ter sido sempre grande apoiador na busca pelo mestrado ao longo da residência. Agradeço também por ser exemplo de calma e profissionalismo;

Agradeço as alunas de medicina Beatriz Ferreira, Gabrielle Rengel e Maria Eduarda Fontes, que junto à Liga de Ginecologia e Obstetrícia da UNISUL me auxiliaram na coleta de dados. Desejo que carreguem sempre esse entusiasmo ao longo de suas escolhas na Medicina.

Por fim, agradeço aos profissionais do HRSJ e suas pacientes que também auxiliaram na concretização desse sonho (estatístico do HRSJ, secretária do ambulatório e residentes de ginecologia e obstetrícia).

RESUMO

Introdução: O transtorno depressivo maior é considerado um grave problema de saúde pública. Afeta todos os grupos populacionais, incluindo gestantes, com potencial de afetar de modo mais grave gestantes de alto risco. **Objetivo:** Estimar a prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior e fatores associados em gestantes de alto risco em uma maternidade de referência do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo 184 gestantes de alto risco da Maternidade do Hospital Regional de São José/SC. A variável dependente foi rastreio positivo de transtorno depressivo maior por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Foram coletadas ainda variáveis sócio-demográficas e relacionadas à gestação. Os dados foram analisados por meio da regressão de Poisson com estimador robusto, incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** A prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior foi de 37,5%. Cor de pele não branca, renda menor que R\$ 3.000,00 e idade materna menor que 18 anos ou maior ou igual a 35 anos mostram-se estatisticamente associadas de forma independente com o rastreio positivo de transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco. **Conclusão:** A prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco estudadas foi de 37,5%. A prevalência mostrou-se estatisticamente associada com cor de pele, renda familiar e extremos de idade materna.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno depressivo maior. Gravidez de alto risco. Cuidado. Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Major depressive disorder is considered a serious public health problem. It affects all population groups, including pregnant women, with the potential to more seriously affect high-risk pregnant women. **Objective:** To estimate the prevalence of positive screening for major depressive disorder and associated factors in high-risk pregnant women at a reference hospital in the Brazilian Public Health System. **Methods:** Cross-sectional study involving 184 high-risk pregnant women at the Maternity Hospital of *Hospital Regional de São José/SC*, Brazil. The dependent variable was positive screening for major depressive disorder using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Socio-demographic and pregnancy-related variables were also collected. Data were analyzed using Poisson regression with a robust estimator, including all variables that presented a p-value <0.20 in the bivariate analysis. Statistically significant differences were considered when $p \leq 0.05$. **Results:** The prevalence of positive screening for major depressive disorder was 37.5%. Non-white skin color, income of less than R\$ 3,000.00 and maternal age of less than 18 years or greater than or equal to 35 years were statistically and independently associated with positive screening for major depressive disorder in high-risk pregnant women. **Conclusion:** The prevalence of positive screening for major depressive disorder in the studied high-risk pregnant women was 37.5%. The prevalence was statistically associated with skin color, family income and extremes of maternal age.

KEY-WORDS: Depressive Disorder, Major. Pregnancy, High-Risk. Prenatal Care.

LISTAS

Lista de abreviaturas

BDI – *Beck Depression Inventory* - Inventário Depressão de Beck

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

HRHMG – Hospital Regional Doutor Homero Miranda Gomes

IC 95% – Intervalo de Confiança 95%

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire-9* - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9

RP – Razão de Prevalência

SC – Santa Catarina

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM – Transtorno Depressivo Maior

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

YLD – *Years Lived With Disability* - Anos Vividos com Incapacidade

Lista de quadros

Quadro 1. Variáveis de estudo 20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	12
1.1.1 Transtorno depressivo maior	12
1.1.2 Depressão perinatal	13
1.1.3 Depressão antenatal	14
1.1.4 Escalas	15
1.1.5 Gestação de alto risco e transtorno depressivo maior	16
2. OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. MÉTODOS	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA	19
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	19
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	19
3.5 COLETA DE DADOS	20
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	20
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	21
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	22
4. ARTIGO	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	33
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de variáveis dependentes	37
ANEXOS	40
ANEXO A- Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	40
ANEXO B- Parecer de Aprovação do Comitê de �tica	42

1. INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas habilidades, lida com tensões normais da vida, trabalha de forma produtiva e é capaz de realizar contribuições para a sociedade¹.

O cuidado em saúde mental é um desafio no Brasil e no mundo e entre as dificuldades encontradas nesse quesito, encontra-se a escassez de estratégias que garantam o direito de viver, sem preconceitos, às pessoas com transtornos mentais².

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) categoriza e define uma variedade de transtornos da saúde mental. Dentre essa variedade, o transtorno depressivo maior (TDM) possui alta prevalência, sendo que em um período de um ano, nos Estados Unidos, essa taxa chegou à 7% da população, com acentuadas diferenças entre faixas etárias. Em indivíduos entre 18 e 29 anos, a prevalência é três vezes maior que naqueles acima de 60 anos. Pessoas do sexo feminino possuem índices uma vez e meia a três vezes mais altos que do sexo masculino, começando no início da adolescência e atingindo seu pico na idade reprodutiva^{3,4}. Um estudo recente no Brasil demonstrou prevalência de depressão de 19,7% em mulheres entre 20 e 59 anos, na atenção primária de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família⁵.

Os transtornos mentais, em especial o TDM, que acomete um em cada seis adultos no decorrer da vida, são importantes colaboradores na carga de doenças crônicas em adultos, precedidos apenas pelas desordens músculo esqueléticas^{6,7}.

Essa condição na gestante pode evoluir para desfechos desfavoráveis, tanto maternos quanto fetais. Entre os desfechos maternos, pode-se citar o maior risco de pré-eclâmpsia, depressão pós-parto, suicídio, baixa adesão ao acompanhamento pré-natal e alteração do vínculo com o recém-nascido. Os fetos possuem maior chance de nascimento prematuro, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e, a longo prazo, alterações na fala, linguagem, atenção e impulsividade⁸.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do TDM na gestação incluem histórico prévio de depressão, ansiedade, gestação não planejada ou indesejada, estresse, violência por parceiro e história de abuso físico e/ou sexual, além de baixo apoio social⁹.

Devido aos efeitos devastadores do TDM não tratado, tanto na gestante quanto na puérpera, existe evidência de que identificação de sintomas relacionados à ansiedade e depressão, utilizando-se uma ferramenta validada, deva ser feito pelo menos uma vez durante o pré-natal ou puerpério¹⁰.

Nesse contexto, pode-se constatar que gestantes de alto risco costumam apresentar maior chance para o desenvolvimento de determinadas comorbidades e complicações. *The National Institutes of Health* propôs algumas categorias que podem classificar a gravidez como alto risco. Entre essas categorias cita-se a presença de comorbidades como: doenças hipertensivas, síndrome dos ovários policísticos, diabetes, doenças renais, doenças autoimunes, doenças tireoidianas, infertilidade, obesidade, HIV, extremos de idade (adolescência e primeira gestação após 35 anos), hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool e uso de drogas ilícitas) e condições próprias da gestação (gestações múltiplas, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia)¹¹.

A categorização como gestação de alto risco pode gerar o desenvolvimento de sentimentos negativos e vulnerabilidade^{12,13}, requerendo a essas gestantes maior atenção no que tange à saúde mental e suas repercussões.

Sabe-se que o estigma com doenças psiquiátricas existe tanto na população leiga quanto na classe médica. Pacientes, médicos da assistência básica e obstetras devem passar pela quebra do preconceito, pelo enfrentamento do estigma e conhecimento científico a respeito do tema. Conhecer fatores de risco e comorbidades associadas ao TDM pode melhorar a qualidade de vida do binômio mãe e filho, desde antes do nascimento até a primeira infância.

Reconhecer fatores de risco associados ao TDM em gestantes de alto risco permite ainda o diagnóstico precoce e sua prevenção, fundamentais para uma boa assistência. É possível que a subestimação do transtorno psiquiátrico e a falta de rastreamento específico e uniformizado, dificultem a avaliação objetiva no diagnóstico de transtorno depressivo na gestação de alto risco.

O estudo em questão expande sua importância para diversas áreas médicas como a psiquiatria, pediatria e ginecologia e obstetrícia; serve como estímulo na produção científica acerca do tema e possibilita futuras pesquisas que identifiquem profissionais de saúde envolvidos no período perinatal. Essa avaliação permite detecção rápida de pacientes com maior risco de desenvolver TDM, impactando

assim na redução da mortalidade materna, importante indicador de saúde pública do País.

Considerando a relevância do tema e a escassez de pesquisas sobre TDM em gestantes de alto risco no Brasil, esta pesquisa buscou identificar a prevalência para rastreio positivo dessa doença psiquiátrica e seus fatores associados durante o ciclo gravídico por meio de um instrumento validado para esta população. As consequências do TDM após o parto para a mãe, seu recém-nascido e, conseqüentemente, para toda a família podem incluir negligência com a criança, quebra do vínculo familiar, autoagressão e suicídio. No entanto, as complicações mais comuns são emocionais e cognitivas, em filhos de mães com transtorno depressivo maior^{14,15}.

A questão de pesquisa principal endereçada no estudo foi: “Qual é a prevalência de rastreio positivo para transtorno depressivo maior e fatores associados em gestantes de alto risco em uma maternidade de referência da Grande Florianópolis?”

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Transtorno depressivo maior

Estudos recentes apresentam os transtornos mentais como os principais problemas de saúde do Brasil, atingindo ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Dentre os transtornos mentais, os transtornos de ansiedade e depressão estão entres as dez maiores causas de incapacidade no País e no mundo^{7,16}.

Os critérios diagnósticos para TDM segundo o DSM-5 são humor deprimido (sentir-se triste, vazio, sem esperança na maior parte do tempo), anedonia (interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina), sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hiperssonia praticamente diárias; problemas psicomotores como agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio. Cinco (ou mais) dos sintomas devem estar presentes durante o período mínimo de duas semanas alterando o funcionamento anterior, sendo que pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou anedonia. Os sintomas causam sofrimento

cl clinicamente significativo e o episódio não pode ser atribuído aos efeitos de outra condição médica ou uso de substância psicoativa³.

Com relação aos dados de frequência da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório mais atual, demonstrou que o número de casos de TDM aumentou 18% entre 2005 e 2015: 322 milhões de pessoas no mundo, a maioria mulheres. No Brasil, esses números atingem 11,5 milhões de indivíduos (5,8% da população)¹⁷ e estão entre os principais problemas de saúde sendo importante fonte de perda de qualidade de vida, o que dificilmente é visto por gestores de saúde¹⁶.

Os transtornos depressivos levaram a um total de mais de 50 milhões de anos vividos com incapacidade (*Years Lived With Disability - YLD*) em 2015. Mais de 80% desta doença ocorreu em países de baixa e média renda. Globalmente, os transtornos depressivos são classificados como maiores contribuidores para perda não fatal de saúde (7,5% de todos os *YLD*). No Brasil, também são os que mais contribuem para os *YLD* representando 37% dos transtornos mentais^{16,17}.

1.1.2 Depressão perinatal

A depressão perinatal, caracterizada pelo TDM que ocorre durante a gravidez ou dentro do primeiro ano após o nascimento da criança, é um dos eventos de saúde mais comuns durante gestação e pós-parto. Essa condição possui potencial para sérias consequências, se não reconhecida e não tratada¹⁰. Em 2011, 9% das gestantes e 10% das puérperas possuíam critérios para TDM nos Estados Unidos da América e essa prevalência tem um significativo custo para os indivíduos, sejam adultos, crianças, familiares e comunidade¹⁸.

Depressão perinatal é uma das principais complicações da gestação e ocorre em uma a cada sete mulheres^{19,20}. Todos os anos, mais de 400.000 crianças nascem de mães deprimidas, o que faz essa complicação obstétrica ser a mais subdiagnosticada dos Estados Unidos da América²¹.

Essa doença psiquiátrica frequentemente não é reconhecida, pois alterações no sono, apetite e libido podem ser atribuídas à gestação normal e ao puerpério fisiológico. Apesar do seu impacto negativo na saúde materna e infantil, a depressão perinatal é frequentemente subdiagnosticada e subtratada²². Além dos prestadores de serviço não reconhecerem tais sintomas, as mulheres podem relutar em relatar

mudanças em seu humor. Estima-se que menos de 20% das mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto relatam seus sintomas a um profissional da saúde²³.

Evidências disponíveis indicam fatores de risco importantes para o desenvolvimento de depressão perinatal como violência sofrida pelo parceiro íntimo²², mulheres com TDM atual, ansiedade ou história pessoal de depressão perinatal¹⁰. Por outro lado, maior número de anos da escolaridade materna e vínculo empregatício paterno foram vistos como fatores protetores contra depressão pós parto²⁴.

1.1.3 Depressão antenatal

Depressão antenatal é uma síndrome em que mulheres experimentam humor deprimido, ansiedade excessiva, insônia e mudança de peso durante a gravidez²⁵. Na gestante, sugere-se que avaliação inicial de um possível diagnóstico de TDM se baseie nos cinco sintomas de humor e cognição da depressão maior: humor deprimido, anedonia, inutilidade ou culpa excessiva, concentração e tomada de decisão prejudicada por ideação e comportamentos suicidas⁹.

Uma revisão sistemática que incluiu 51 estudos (15 estudos brasileiros, 6 turcos, 4 sul africanos, 3 chineses, 3 paquistaneses e os demais provindos de outros países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos como Etiópia, Gana, Jamaica, México e Peru), com um total de 48.904 participantes, encontrou prevalência de depressão antenatal de 28,8%²². No Brasil, o número de estudos publicados acerca do tema ainda são poucos, sendo a prevalência também em torno de 20% e os fatores associados semelhantes aos encontrados nos demais estudos de países em desenvolvimento²⁶. Apesar dos poucos estudos acerca do tema no País, uma pesquisa baseada na coorte de Pelotas 2015, demonstrou alta prevalência de sintomas depressivos antenais em mulheres daquela cidade²⁷.

Entre os fatores de risco associados à depressão antenatal, observa-se com mais frequência os antecedentes psiquiátricos, principalmente histórico prévio de TDM; os fatores socioeconômicos, como baixa renda, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego; a carência de suporte social, familiar ou marital, instabilidade nos relacionamentos; os eventos de vida estressantes; a gravidez não

desejada; a dependência de álcool, tabaco e outras drogas e a história de violência doméstica²⁶.

Mulheres grávidas com histórico de abuso na infância apresentam risco elevado para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos^{28,29}, alterações no sono²⁸, comportamentos³⁰ e resultados adversos na gravidez³¹. Os poucos estudos que examinaram associações entre abuso infantil com depressão perinatal, em países de baixa e média renda, apontaram que mulheres com esse histórico tinham risco aumentado de depressão antenatal²². Lara e colaboradores, em estudo com gestantes no México, encontraram associação significativa entre história de abuso sexual na infância e chance de depressão antenatal³².

Diversos estudos recentes demonstraram que violência doméstica, baixa escolaridade materna^{24,32}, baixo nível sócio econômico durante a gestação^{24,32}, pouco suporte social³³ e história de doença mental, têm sido identificados como fatores de risco para depressão antenatal e pós parto, em países de baixa e média renda^{17,18}.

A depressão antenatal tem sido negligenciada, em parte, devido a gestação ser um fator protetor contra o transtorno depressivo maior. Acredita-se que a gravidade e natureza do humor deprimido não diferem antes e depois do parto²⁰. Todavia, a depressão materna tem sido relacionada a comportamentos associados à resultados adversos, incluindo distúrbios psicológicos e de desenvolvimento em recém-nascidos, crianças e adolescentes²².

1.1.4 Escalas

A depressão perinatal pode ser rastreada por diferentes escalas, dentre elas: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)²⁵.

Dentre as escalas de triagem para rastreamento da depressão perinatal, um dos instrumentos mais utilizados é a EPDS. A escala foi desenvolvida em 1987, com 10 itens auto-aplicáveis, levando em média cinco minutos para ser respondida. Os dados na validação sugeriram que mulheres que pontuassem acima do limiar 12/13 teriam maior probabilidade de sofrerem de transtorno depressivo maior de gravidade variável, sendo necessário, portanto, avaliação complementar para confirmação. Os dados também sugeriram que limiar 9/10 pode ser aplicado, caso a escala seja

usada para uso rotineiro na atenção primária³⁴. Desde sua criação, a EPDS, foi validada em diversos países, inclusive Brasil³⁵ e também foi validada para uso no período gestacional. Durante a gestação, um ponto de corte de 11 no primeiro trimestre e 10 no segundo e terceiro trimestre são recomendados e fornecem boa combinação de especificidade, sensibilidade e valor preditivo positivo³⁶.

1.1.5 Gestação de alto risco e transtorno depressivo maior

Diversos fatores podem fazer uma gestação ser de alto risco, incluindo comorbidades pré-existentes ou que surjam durante a gestação, extremos de idade maternal e estilo de vida não saudável. A maioria das classificações de alto risco incluem possíveis fatores que podem tornar a gestação de alto risco, no entanto, cada gravidez é diferente e alguns fatores que são de alto risco para uma gestante podem não ser para outra¹¹.

Um pré-natal de alto risco se refere ao acompanhamento feito com uma gestante que tem uma doença prévia ou durante sua gravidez, que sugere que essa seja uma gravidez de risco. Enquadram-se em pré-natal de alto risco três condições: mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas em que se identifica, no curso da gravidez, uma condição que oferece risco para ela e para o feto durante a gestação, parto ou puerpério^{37,38}.

Condições fetais em uma gestação de alto risco incluem nascimento prematuro (< 37 semanas de gestação), múltiplas gestações, anomalias congênitas e baixo crescimento fetal, descolamento de placenta e natimortalidade. As condições maternas incluem doença hipertensiva específica da gestação, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional, sepse, agravamento de doença subjacente e eventos trombóticos³⁸.

Os resultados obstétricos dessas gestações destacam as significativas necessidades psicológicas de pacientes grávidas hospitalizadas, demonstrando a prevalência de pensamentos de automutilação e TDM³⁹. Dessa forma, internações em unidade de gestação de alto risco podem ter impacto negativo na saúde mental da gestante⁸. Cerca de 22% das mulheres gestantes são classificadas como tendo gestações de alto risco, podendo ser mais expostas à sentimentos de estresse. A hospitalização relacionada a uma gestação de alto risco é um tipo específico de

evento estressante e tal aspecto é a maior preocupação para a maioria das futuras mães sendo frequentemente associada à depressão pós-parto na literatura^{40,41}.

Uma revisão sistemática de 2016, estudando gravidez de alto risco e o desfecho na saúde mental, encontrou emoções negativas ao lidar com estresse e pior estado emocional quando comparado a gestações de risco habitual. Na mesma revisão, níveis de ansiedade maiores foram observados em mulheres grávidas internadas¹³.

Outra revisão feita em 2016 avaliando gestantes de alto risco e manifestações de TDM evidenciou que, além do diagnóstico e tratamento da condição existente a adaptação psicossocial e avaliação do status do TDM devem ser vistos e manejados de forma adequada para superar os problemas já existentes⁴².

Nesse âmbito percebe-se limitação na avaliação de desfecho mental, devido ao pequeno número de estudos que se dedicam à gestação de alto risco. A maioria dos artigos pesquisados são ainda com pequeno número de participantes e com metodologias distintas dificultando a reprodutibilidade dos achados.

Diante do exposto e conhecendo os desafios da gestação de alto risco bem como seu impacto na saúde mental da gestante, reforça-se a necessidade de evidência científicas que contribuam de forma significativa na melhora da assistência pré-natal.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior e fatores associados em gestações de alto risco em uma maternidade de referência da Grande Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas da população em estudo.
- Descrever as características clínico-obstétricas da população em estudo.
- Estimar a prevalência de rastreamento positivo para transtorno depressivo maior.
- Testar eventuais associações entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e a ocorrência de rastreio positivo para transtorno depressivo maior.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

O estudo envolveu pacientes que realizaram pré-natal no ambulatório de alto risco da Maternidade do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes em São José município da região metropolitana da Grande Florianópolis/SC, no período de agosto de 2020 a janeiro 2021. A maternidade é de abrangência estadual, com média mensal de 100 atendimentos de pré-natal de gestantes de alto risco em atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O tamanho amostral mínimo foi calculado no programa OpenEpi 3.03^a utilizando os seguintes parâmetros: população estimada no período de 600 pacientes, prevalência antecipada de TDM de 28,8%²², erro relativo de 5% e nível de precisão de 95%. Obteve-se uma amostra mínima de 207 gestantes de alto risco. Considerando 10% de eventuais recusas ou perdas, o número final da amostra foi de 227 pacientes.

As pacientes foram selecionadas de forma contínua nos dias de atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco, até atingir o total da amostra.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas gestantes da unidade de pré-natal de alto risco, alfabetizadas em português e que apresentavam condições favoráveis para responder o questionário.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas mulheres com condições que dificultavam a compreensão do instrumento de pesquisa, como as pacientes que não compreendiam e não falavam a língua portuguesa e aquelas com diagnóstico confirmado de óbito fetal.

3.5 COLETA DE DADOS

Foram coletados dados de pacientes agendadas para atendimento ambulatorial de pré-natal de alto risco. Estas foram convidadas a participar da pesquisa independente da idade gestacional. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) após explicações sobre o objetivo da pesquisa. Após a concordância com a participação no estudo, as gestantes responderam a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo A). Todas as gestantes com rastreio positivo para TDM na EPDS, independente da idade gestacional, foram encaminhadas ao serviço especializado em saúde mental.

Variáveis sociodemográficas e clínico-obstétricas foram coletadas por entrevista direta. Todas essas informações foram inseridas em um instrumento de pesquisa elaborado para esse fim (Apêndice B).

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis independentes coletadas foram: idade anos completos (categorizada posteriormente em dois grupos: menor que 18 anos/igual ou superior/igual a 35 anos; entre 18 e 34 anos), cor da pele auto relatada (branca; não branca), se vivia com parceiro/a (sim; não), se estava em atividade laboral (sim; não), tempo de escolaridade (até 8 anos; mais que 8 anos), renda mensal familiar (categorizada posteriormente na mediana da distribuição), idade gestacional gestacional (até 13 semana; 14-27 semanas; mais que 27 semanas), número de partos vaginais anteriores, número de cesarianas anteriores, número de abortos anteriores (todos categorizados posteriormente em nenhum; um ou mais), tabagismo, uso de álcool ou drogas (todos categorizados sim; não), índice de massa corporal (IMC) antes da gestação (categorizado em eutrofia; excesso de peso), pensamento sobre aborto, gestação planejada, gestação indesejada e gestação inoportuna (todas sim; não). A variável dependente foi o rastreio positivo para TDM obtido por meio da escala EPDS (categorizado em rastreio positivo: quando ponto de corte de onze pontos no primeiro trimestre e dez pontos no segundo e terceiro

trimestres; rastreio negativo: abaixo dos pontos de corte acima descritos) (Quadro 1).

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha de Excel e posteriormente exportados para o SPSS 18.0 onde foram analisados. Foi estimada a prevalência do rastreio positivo de TDM na população estudada. As características sociodemográficas e clínico-obstétricas foram descritas sob a forma de frequências absolutas e relativas.

O teste do qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para testar a homogeneidade de proporções entre as variáveis independentes e o TDM. Análise multivariada foi efetuada para observar eventuais variáveis de confusão, por meio da regressão de Poisson com estimador robusto, incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Foram calculadas as razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). O nível de significância estabelecido foi valor de $p < 0,05$.

Quadro 1. Variáveis de estudo.

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Transtorno depressivo maior (TDM) - EPDS	Dependente	Qualitativa ordinal	Sim (ponto de corte no primeiro trimestre 11 e 10 na EPDS no segundo e terceiro trimestres) / Não
Idade (anos completos)	Independente	Quantitativa discreta	Em grupos: abaixo de 18 e acima ou igual a 35 anos/ 18 a 34 anos)
Cor de pele	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Branca /Não branca
Vive com parceiro/a	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Atividade laboral no momento da pesquisa	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Escolaridade (anos completos)	Independente	Quantitativa discreta	≤ 8 anos/ > 8 anos
Renda familiar média (R\$)	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Abaixo da mediana/Acima na mediana
Idade gestacional (semanas completas)	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Até 13 semanas/14 a 27 semanas/Mais de 27 semanas

Partos vaginais anteriores	Independente	Quantitativa discreta	0/1 ou mais
Cesareanas anteriores	Independente	Quantitativa discreta	0/1 ou mais
Abortamentos anteriores	Independente	Quantitativa discreta	0/1 ou mais
Tabagismo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Uso de álcool ou drogas	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
IMC prévio à gestação (kg/m ²)	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Eutrofismo/Excesso de peso
Pensamento sobre aborto	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Gestação planejada	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Gestação indesejada	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Gestação inoportuna	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está fundamentado nas diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em seus princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), sob CAAE 32308920.4.0000.5369 (Anexo B).

Foi garantido ambiente calmo e acolhedor para que as pacientes pudessem responder aos questionários. Todos os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE (Apêndice A). A pesquisa garantiu confidencialidade dos dados, bem como a voluntariedade dos participantes. Foram entregues duas vias do documento, sendo uma de responsabilidade do pesquisador e outra para a gestante.

4. ARTIGO

Artigo a ser submetido ao periódico *Archives os Women's Mental Health*.

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM GESTANTES DE ALTO RISCO MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN

Laura Britz Soares¹ – laurabritz92@gmail.com

Jefferson Traebert¹ - jefferson.traebert@gmail.com

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, Santa Catarina, Brasil.

- Contribuição específica de cada autor para o estudo:

Laura Britz Soares - concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

Jefferson Traebert - concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

- Conflito de interesses: nada a declarar.

- Instituição a qual o trabalho está vinculado: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Autor correspondente e responsável pelos contatos pré-publicação:

Laura Britz Soares

Avenida Pedra Branca, 25. Cidade Universitária Pedra Branca

88132-270 Palhoça/SC

Telefone/fax: +55 48 999214901. E-mail: laurabritz92@gmail.com

RESUMO

Introdução: O transtorno depressivo maior é considerado um grave problema de saúde pública. Afeta todos os grupos populacionais, incluindo gestantes, com potencial de afetar de modo mais grave gestantes de alto risco. **Objetivo:** Estimar a prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior e fatores associados em gestantes de alto risco em uma maternidade de referência do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo 184 gestantes de alto risco da Maternidade do Hospital Regional de São José/SC. A variável dependente foi rastreio de transtorno depressivo maior por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Foram coletadas ainda variáveis sócio-demográficas e relacionadas à gestação. Os dados foram analisados por meio da regressão de Poisson com estimador robusto, incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** O presente estudo mostrou alta prevalência de rastreio positivo para transtorno depressivo maior e associação entre essa variável e cor de pele não branca, renda menor que R\$ 3000,00 e idade materna menor que 18 anos ou maior ou igual a 35 anos. **Conclusão:** A prevalência de rastreio positivo de transtorno depressivo maior em gestantes de alto risco estudadas foi de 37,5%. A prevalência mostrou-se estatisticamente associada com cor de pele, renda familiar e extremos de idade materna.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno depressivo maior. Gravidez de alto risco. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Major depressive disorder is considered a serious public health problem. It affects all population groups, including pregnant women, with the potential to more seriously affect high-risk pregnant women. **Objective:** To estimate the prevalence of positive screening for major depressive disorder and associated factors in high-risk pregnant women at a reference hospital in the Brazilian Public Health System. **Methods:** Cross-sectional study involving 184 high-risk pregnant women at the Maternity Hospital of *Hospital Regional de São José/SC*, Brazil. The dependent

variable was positive screening for major depressive disorder using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Socio-demographic and pregnancy-related variables were also collected. Data were analyzed using Poisson regression with a robust estimator, including all variables that presented a p-value <0.20 in the bivariate analysis. Statistically significant differences were considered when $p \leq 0.05$. **Results:** The prevalence of positive screening for major depressive disorder was 37.5%. Non-white skin color, income of less than R\$ 3,000.00 and maternal age of less than 18 years or greater than or equal to 35 years were statistically and independently associated with positive screening for major depressive disorder in high-risk pregnant women. **Conclusion:** The prevalence of positive screening for major depressive disorder in the studied high-risk pregnant women was 37.5%. The prevalence was statistically associated with skin color, family income and extremes of maternal age.

KEY-WORDS: Depressive Disorder, Major. Pregnancy, High-Risk. Prenatal Care.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho contribui com evidências científicas que sejam capazes de auxiliar na forma que a depressão perinatal é diagnosticada e abordada durante o ciclo gravídico, por meio de um instrumento de pesquisa já validado no Brasil, o EPDS. EPDS é uma ferramenta clínica e epidemiológica confiável e aplicável também durante o período gestacional, tendo como vantagens sua alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

Permitiu-se a identificação da alta prevalência de TDM em gestação de alto risco e com isso pode-se elaborar estratégia que foque na prevenção, podendo contribuir com a melhora nos resultados maternos e perinatais. A identificação dos sintomas depressivos durante o período gravídico e fatores de risco para seu desenvolvimento como renda familiar baixa, extremos de idade e cor de pele não branca, são de fundamental importância na orientação familiar, buscando uma maior rede de apoio, aumentando a chance de cura ou controle da doença.

Estimar a prevalência da depressão gestacional quantifica um acontecimento que, por vezes é subestimado e com pouca padronização do uso de instrumentos de rastreamento. Além disso, levando em consideração a associação entre TDM e gestação de alto risco, as gestantes contam com uma condução mais adequada durante o ciclo gravídico e puerperal e com rastreio adequado. É possível com esse rastreamento fornecer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, se necessário, com o intuito de reduzir intercorrências às gestantes e ao desenvolvimento do recém-nascido. A abordagem multiprofissional, quando bem organizada e com capacitação permanente, tem o potencial de melhorar o vínculo entre profissionais e população assistida. Os impactos dessas medidas resultam em menores ocupações de leitos por longos períodos e redução de custos para o sistema de saúde.

Planejamento de medidas de promoção de saúde que auxiliem na inclusão social, capacitação profissional, bem como cartilhas informativas, palestras podem ajudar no enfrentamento do TDM em gestantes de alto risco.

A pesquisa expande sua importância para áreas médicas, como a psiquiatria e serve de estímulo na busca de maior produção científica de qualidade acerca dos fatores de risco envolvidos na detecção precoce do TDM. Com a detecção

adequada, utilizando instrumentos validados como a EPDS utilizada nesse estudo, a avaliação permitirá em consultas de rotina do pré-natal detecção rápida de paciente em risco para desenvolver TDM, impactando assim na mortalidade materna importante indicador de saúde pública do País.

Como limitação, o presente estudo foi realizado durante o período da pandemia de Covid-19 o que reduziu a taxa de resposta esperada. A presente amostra restringiu-se à população de gestantes de alto risco, sendo assim os resultados aqui apresentados não devem ser extrapolados para outras populações.

Ainda no contexto da pandemia, a alta prevalência do rastreio positivo de TDM em gestantes de alto risco no período da coleta abre portas para mais pesquisas que avaliem o estado mental dessa população durante esse período de restrições e isolamentos. O estudo alerta sobre a importância do seguimento de pré-natal e maior atenção nos sintomas ansiosos e depressivos que podem se agravar durante situações extremas como a que se vive no atual momento, em que além das preocupações inerentes à gestação, existe o medo e a incerteza de uma doença nova, receio pela contaminação e possíveis repercussões fetais.

REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS Brasil - OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população [Internet]. 2016 Jan [acesso em 2019 Nov 25]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-dapopulacao
2. Mendes MFM, Rocha CMF. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. *Saúde Redes*. 2016;2(4):352–9.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
4. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*. 1995;269(19):799–801.
5. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101–9.
6. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev*. 2016;(2):1–21.
7. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990 – 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2016;(388):1545–602.
8. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F. Prevalence of antenatal

depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; (51):1025–31.

9. Sophie G. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology , clinical features , assessment, and diagnosis. *UpToDate.* 2019;1–30.

10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. 2018; 132(757):208–12.

11. What are some factors that make a pregnancy high risk? | NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. [Internet] . 2019. Dez [acesso em 20 Fev 25]. Disponível em: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/high-risk>

12. Holness N. High-risk pregnancy. *Nurs Clin NA.* 2018; 53: 241–51.

13. Rodrigues PB, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Particularidades da gravidez de alto risco como fatores para o desenvolvimento de sofrimento mental. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016;38(3):136–40.

14. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children’s adjustment to school. *Br J Psychiatry.* 1998;172:58–63.

15. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40(8):1259–71.

16. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;(1):191–204.

17. World Health Organization. Depression and other common mental disorders:

global health estimates. World Health Organization. 2017. [acesso em 2019 Dez 08]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.

18. Shulman HB, D'Angelo DV, Harrison L, Smith RA, Warner L. The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Overview of design and methodology. *Am J Public Health*. 2018;108(10):130513.

19. Wisner KL, Y Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*; 2013;70(5):490–8.

20. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br J Psychiatry*. 2001;323:257–60.

21. Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW. Clinical Report - Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2010;129(1):1032-9.

22. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2016;3(10):973–82.

23. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression : women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46:427–8.

24. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):43–7.

25. Getinet W, Amare T, Boru B, Shumet S, Worku W, Azale T. Prevalence and risk factors for antenatal depression in Ethiopia: Systematic review. *Depress Res Treat*. 2018; 35(3):1–12.

26. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin.* 2008;35(4):144–53.
27. Vargas CD, Coll N, Freitas M, Garcia D, Netsi E, César F, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: evidence from a southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord.* 2017;209:140–6.
28. Barrios YV, Gelaye B, Zhong Q, Nicolaidis C. Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLoS One.* 2015;(7)1–18.
29. Horner G. Child sexual abuse: consequences and implications. *J Pediatr Heal Care.* 2010; 24(6):358–64.
30. Frankenberger DJ, Clements-nolle K, Yang W. The association between adverse childhood experiences and alcohol use during pregnancy in a representative sample of adult women. *Women's health issues.* 2015;25–6(6):688–95.
31. Christiaens I, Hegadoren K, Olson DM. Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth : a case – control study. *BMC Med.* 2015;1–9.
32. Navarrete L, Nieto L, Le H, Asuncio M. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;203–10.
33. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):1–8.
34. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburgh postnatal depression Scale. *Br J*

Psychiatry. 1987;150:782–6.

35. Silva VA, Carvalho MS, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799–804.

36. Bergink V, Kooistra L, Berg MPLD, Wijnen H. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res.* 2011;70(4):385–9.

37. Peixoto, S. Manual de assistência pré-natal. FEBRASGO. 2014; 5(2): 180-5.

38. Soh MC, Nelson-Piercy C. High-risk pregnancy and the rheumatologist. *Rheumatology.* 2015;54(4):572–87.

39. Hines K, Mead J, Pelletier CA, Hanson S, Lovato J, Quinn K, et al. The effect of hospitalization on mood in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(58):5001.

40. Kossakowska K, Wałęcka-Matyja K. Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high-risk pregnancies. *Ginekol Pol.* 2007;78:544-8.

41. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91(11):1261–72.

42. Fiskin G, Kaydirak MM, Oskay UY. Psychosocial Adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2016; 80(11): 1–10.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participação do estudo

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Transtorno depressivo maior em gestante de alto risco”, coordenada por Laura Britz Soares. O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de transtorno depressivo maior em gestações de alto risco e fatores associados em uma maternidade de referência na Grande Florianópolis.

Caso você aceite participar, você terá que responder um questionário sobre transtorno depressivo maior na gestação em dois momentos distintos do pré-natal (segundo e terceiro trimestre) o que deve dispendar cerca de 5 minutos.

Riscos e Benefícios

Com sua participação nesta pesquisa, você estará exposto ao desconforto de responder um questionário sobre seus sentimentos, caso essa situação venha a ocorrer, serão tomadas as seguintes providências: acolhimento e interrupção do questionário, se assim desejar, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável.

Esta pesquisa tem como benefícios adicionar conhecimento e informação sobre transtorno depressivo maior em pacientes com pré-natal de alto risco, podendo auxiliar no tratamento e também na prevenção da doença.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de 01/04/2021 por e-mail. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa –seja informações de prontuários, gravação de imagem, voz, audiovisual ou material biológico– somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Ressarcimento e Indenização

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Consentimento de Participação

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada “Transtorno depressivo maior em gestante de alto risco”, conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador (a) responsável (orientador (a)):

E-mail para contato:

Telefone para contato:

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável: _____

Outros pesquisadores:

Nome:

E-mail para contato:

Telefone para contato:

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): _____

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da UNISUL pelo telefone (48) 3279-1036 entre segunda e sexta-feira das 9 às 17horas ou pelo e-mail

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de variáveis dependentes

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICO-OBSTÉTRICAS E ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	
Número de identificação	[IDENT]
Município	[LOCAL]
Idade da gestante no momento da avaliação (anos completos)	[IDADE]
Cor da pele da gestante (1) branca (2) não branca	[COR]
Gestante vive com parceiro (1) sim (2) não	[PARC]
Rede de atendimento (1) pública (2) privada	[REDE]
Atividade laboral (1) sim (2) não	[TRAB]
Tempo de escolaridade (anos completos)	[ESCOL]
Renda mensal familiar (R\$)	[RENDA]
Idade gestacional (semanas completas)	[IGSEM]
Número de partos vaginais anteriores à esta gestação	[PARTOS]
Número de cesarianas anteriores à esta gestação	[CESAREAS]
Número de abortos anteriores à esta gestação	[ABORTOS]

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICO-OBSTÉTRICAS E ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	
Motivo da consulta no alto risco (1) hipotireoidismo (2) abortamento de repetição (3) diabetes gestacional (4) pré-eclâmpsia (5) obesidade mórbida (6) diabetes mellitus prévio (7) crescimento intrauterino restrito (8) outros _____ (9) não sabe	[MOTIVO]
Tabagismo (1) sim (2) não	[DROGA]
Uso de álcool ou drogas (1) sim (2) não	[FUMO]
Peso antes da gestação (kg)	[PESO]
Altura antes da gestação (m ²)	[ALT]
IMC antes da gestação (kg/m ²)	[IMC]
Pensamento sobre aborto (1) sim (2) não	[PENSAM]
Gestação planejada (1) sim (2) não	[PLANEJ]
Gestação indesejada (1) sim (2) não	[INDES]
Gestação inoportuna (1) sim (2) não	[INOPOR]
Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas (1) Tanto quanto antes (2) Menos do que antes (3) Muito menos do que antes (4) Nunca	[DIVERTID]
Tenho tido esperança no futuro (1) Tanto quanto sempre tive (2) Menos do que costumava ter (3) Muito menos do que costumava ter (4) Quase nenhuma	[ESPERAÇ]
Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas ocorrer mal (1) Sim, a maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Raramente (4) Não, nunca	[CULP]

<p>Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo</p> <p>(1) Não, nunca (2) Quase nunca (3) Sim, as vezes (4) Sim, muitas vezes</p>	[ANSIOS]
<p>Tenho me sentido com medo ou muito assustada sem grande motivo</p> <p>(1) Sim, muitas vezes (2) Sim, as vezes (3) Não, raramente (4) Não, nunca</p>	[MED]
<p>Tenho sentido que são coisas demais para mim</p> <p>(1) Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las (2) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes (3) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente (4) Não, resolvo-as tão bem quanto antes</p>	[DEMAIS]
<p>Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal</p> <p>(1) Sim, quase sempre (2) Sim, as vezes (3) Raramente (4) Não, nunca</p>	[DURM]
<p>Tenho me sentido triste ou muito infeliz</p> <p>(1) Sim, quase sempre (2) Sim, muitas vezes (3) Raramente (4) Não, nunca</p>	[INFEL]
<p>Tenho me sentido tão infeliz que choro</p> <p>(1) Sim, quase sempre (2) Sim, muitas vezes (3) Só as vezes (4) Não, nunca</p>	[CHORO]
<p>Tive ideias de fazer mal a mim mesma</p> <p>(1) Sim, muitas vezes (2) Por vezes (3) Muito raramente (4) Nunca</p>	[MAL]

ANEXO

ANEXO A- Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que melhor indique o modo como se sente *desde há 7 dias* e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz:

Sim, sempre

Sim, quase sempre

Não, poucas vezes

Não, nunca

Isto quereria dizer: “Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias”. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

DESDE HÁ 7 DIAS

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro

Tanta como sempre tive

Bastante menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

Não, nunca

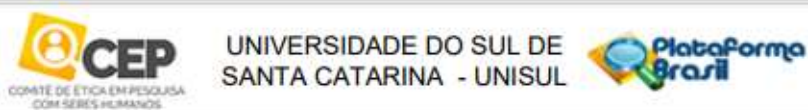
Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo
Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim
Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro
Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma
Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

ANEXO B - Parecer Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM GESTANTES DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Laura Britz Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32308920.4.0000.5369

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.100.657

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado para a realização da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que tem como pesquisadora responsável: Laura Britz Soares, com o título: INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM GESTANTES DE ALTO RISCO E FATORES ASSOCIADOS, cujo objeto de pesquisa é identificar a incidência desta condição psiquiátrica e seus fatores de risco durante o ciclo gravídico por meio de um instrumento validado para esta população. As consequências do transtorno depressivo maior após o parto para a mãe, seu recém-nascido e, conseqüentemente, para toda a família podem incluir negligência com a criança, quebra do vínculo familiar, auto-agressão e suicídio. No entanto, as complicações mais comuns são emocionais e cognitivas, em filhos de mães deprimidas. OBJETIVO: Estimar a incidência de transtorno depressivo maior e fatores associados em gestantes de alto risco em uma maternidade da Grande Florianópolis. MÉTODOS: Coorte aberta prospectiva envolvendo pacientes que realizam pré-natal no ambulatório de alto risco, em uma maternidade do Estado de Santa Catarina. Será aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo para triagem de depressão em dois momentos: no segundo e terceiro trimestres gestacionais identificando pacientes que nesse período desenvolveram transtorno depressivo maior. O tamanho da amostra foi determinado pelos seguintes parâmetros: poder de 80% para detectar uma diferença de 20% na incidência de depressão gestacional entre pacientes expostas a fatores de risco sócio-econômicos e clínicos-obstétricos gerando um risco relativo de 1,7 em um nível de precisão de 95%. Arbitrou-se um



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Protocolo: 4.190.687

valor hipotético de 30% de incidência da depressão gestacional entre as pacientes não expostas, obtendo-se uma amostra mínima de 208 pacientes. Considerando 10% de eventuais recusas ou perdas, o número final da amostra será de 229 pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar a incidência de transtorno depressivo maior em gestações de alto risco e fatores associados, em uma maternidade de referência da Grande Florianópolis.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas da população em estudo.
- Estimar a incidência de transtorno depressivo maior.
- Testar associação entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas e transtorno depressivo maior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

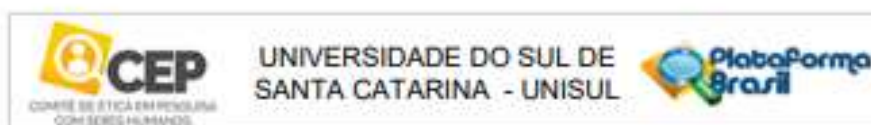
Os riscos do presente estudo são mínimos. A possibilidade de constrangimento da participante ao responder o questionário será minimizada com a aplicação do instrumento e da coleta de dados em ambiente calmo e acolhedor.

Benefícios:

Espera-se com esse trabalho contribuir com evidências científicas que sejam capazes de modificar a forma que a depressão perinatal é diagnosticada e abordada durante o ciclo gravídico, por meio de um instrumento de pesquisa já validado no Brasil, o EPDS. EPDS é uma ferramenta clínica e epidemiológica confiável e aplicável também durante o período gestacional, tendo como vantagens sua alta sensibilidade, especificidade e

alto valor preditivo. A identificação da incidência de transtorno depressivo maior em gestação de alto risco permite elaboração de uma estratégia que atue na prevenção em saúde podendo contribuir com a melhora nos resultados maternos e perinatais. A identificação dos sintomas depressivos durante o período gravídico e fatores de risco para seu desenvolvimento posterior são de fundamental importância na orientação familiar, buscando uma maior rede de apoio e, pode aumentar as chances de cura ou controle da doença. Estimar a incidência da depressão gestacional quantifica um acontecimento que, por vezes é subestimado e com pouca padronização para uso de instrumentos de rastreamento. Além disso, levando em consideração a associação entre depressão e gestação de alto risco, essas parturientes teriam uma condução mais adequada

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1030 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Contribuição da Pesquisa: 4.100.007

durante o ciclo gravídico e puerperal. Seria possível realizar acompanhamento psicológico e psiquiátrico, se necessário, com o intuito de reduzir intercorrências a si mesmas e no desenvolvimento do recém-nascido. Essa abordagem com outros profissionais, quando bem capacitados, abrange orientação familiar, melhora o vínculo entre profissional e população assistida. As consequências são menores ocupações de leitos por longos períodos, redução de custos para saúde e gratificação pessoal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto apresenta os bens e metodologia adequados para a realização de uma pesquisa respeitando os preceitos éticos em relação aos participantes conforme resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os termos obrigatórios de acordo com a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se sem pendências.

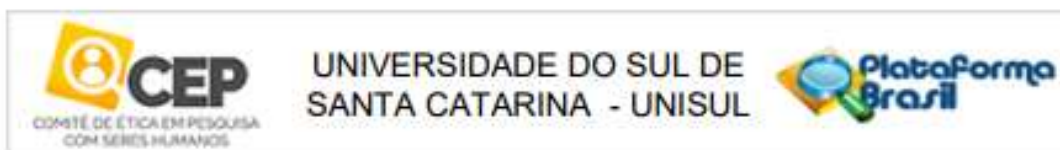
Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 e/ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1539594.pdf	23/05/2020 13:22:50		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novotce.doc	23/05/2020 13:22:34	Laura Britz Soares	Aceito
Declaração de concordância	declaraçaoconcordancia.pdf	08/05/2020 18:09:49	Laura Britz Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetointegracep.pdf	30/04/2020 12:33:53	Laura Britz Soares	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	27/04/2020 18:58:11	Laura Britz Soares	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	27/04/2020	Laura Britz Soares	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOÇA
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 4.100.657

Cronograma	cronograma.docx	18:56:40	Laura Britz Soares	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/04/2020 18:52:59	Laura Britz Soares	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 20 de Junho de 2020.

Assinado por:
Maria Inês Castilheira
(Coordenador(a))