

Avaliação da depressão perinatal em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde 12 de Samambaia, Brasília, Distrito Federal

Evaluación de la depresión perinatal en mujeres embarazadas atendidas en la Unidad Básica de Saúde 12 de Samambaia, Brasília, Distrito Federal

Evaluation of perinatal depression in pregnant women attended at Unidade Básica de Saúde 12 de Samambaia, Brasília, Distrito Federal

Ellen Surer da Costa Reis¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz – Brasília (DF), Brasil.

Resumo

Introdução: A depressão perinatal é prevalente na gestação e no puerpério e gera repercussões biopsicossociais e implicações negativas nos desfechos materno-fetais. Entre os diversos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, encontra-se o trauma na infância. **Objetivo:** Este estudo teve o objetivo de avaliar a frequência de depressão perinatal e os aspectos sociodemográficos e psicopatológicos de uma amostra de pacientes gestantes da Unidade Básica de Saúde (UBS) 12 de Samambaia. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 51 gestantes atendidas pela Equipe nº 19 da UBS 12 de Samambaia no segundo semestre de 2023. Os instrumentos utilizados para avaliação de suas características foram a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), questionários sociodemográficos, o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), a Escala de Apego Materno-Fetal e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, com estatística descritiva e testes de Fisher e de Wilcoxon para as variáveis quantitativas, com nível de significância de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Foi observada prevalência de depressão perinatal semelhante à evidenciada na literatura, tendo associação com desejo de gravidez, estado civil, suporte social e número da prole. A média de idade foi 28,51 anos. Todas as pacientes com rastreamento positivo para depressão pela EPDS relataram trauma na infância em grau moderado a grave, com maior prevalência de abuso emocional (85,7%) e negligência emocional (78,6%). Dois terços das gestantes com apego médio ou mínimo pela Escala de Apego Materno-Fetal foram diagnosticadas com depressão atual. **Conclusões:** Os achados sugerem uma correlação entre fraco suporte social e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de depressão nessa população. Encontrou-se alta prevalência de trauma na infância e menor apego materno-fetal em gestantes com depressão perinatal.

Palavras-chave: Depressão; Gestação; Experiências adversas da infância; Relações materno-fetais.

Autor correspondente:

Ellen Surer da Costa Reis
E-mail: ellensurer@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 69767623.8.0000.8027

TCLE:

assinado pelos participantes.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/04/2024.

Aprovado em: 23/06/2024.

Editor:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello
Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Reis ESC. Avaliação da depressão perinatal em gestantes atendidas na UBS 12 de Samambaia, Brasília, DF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4234. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4234](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4234)



Abstract

Introduction: Perinatal depression is prevalent during pregnancy and the postpartum period and generates biopsychosocial repercussions and negative implications for maternal-fetal outcomes. Among the various risk factors for the development of depression is childhood trauma. **Objective:** The aim of this study is to identify the frequency of perinatal depression and sociodemographic and psychopathological aspects of a sample of pregnant patients attended at the UBS 12 in Samambaia. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 51 pregnant women attended by Team No. 19 at UBS 12 in Samambaia in the second half of 2023. The instruments used to evaluate their characteristics were the EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale), sociodemographic questionnaires, the CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), the Maternal-Fetal Attachment Scale and the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). The data were analyzed using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (version 20), with descriptive statistics and Fisher and Wilcoxon tests for quantitative variables, with a significance level of 95% ($p < 0.05$). **Results:** A prevalence of perinatal depression was observed similar to that evidenced in the literature, being associated with the desire for pregnancy, marital status, social support and number of offspring. The average age was 28.51 years. 100.0% of patients screened positive for depression by the EPDS reported moderate to severe childhood trauma, with a higher prevalence of emotional abuse (85.7%) and emotional neglect (78.6%). Two-thirds of pregnant women with medium or minimal attachment according to the Maternal-Fetal Attachment Scale were diagnosed with current depression. **Conclusions:** The findings suggest a correlation between weak social support and greater susceptibility to the development of depression in this population. A high prevalence of childhood trauma and lower maternal-fetal attachment was found in pregnant women with perinatal depression.

Keywords: Depression; Pregnancy; Adverse childhood experiences; Maternal-fetal relations.

Resumen

Introducción: La depresión perinatal prevalece durante el embarazo y el posparto y genera repercusiones biopsicosociales e implicaciones negativas en los resultados materno-fetales. Entre los diversos factores de riesgo para el desarrollo de la depresión se encuentra el trauma infantil. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo evaluar la frecuencia de depresión perinatal y los aspectos sociodemográficos y psicopatológicos de una muestra de pacientes embarazadas de la UBS 12 de Samambaia. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con 51 gestantes atendidas por el Equipo N° 19 de la UBS 12 de Samambaia en el segundo semestre de 2023. Los instrumentos utilizados para evaluar sus características fueron la EPDS (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo), sociodemográficas. cuestionarios, el QUESI (Cuestionario de Trauma Infantil), la Escala de Apego Materno-Fetal y el MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (versión 20), con estadística descriptiva y pruebas de Fisher y Wilcoxon para variables cuantitativas, con un nivel de significancia del 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Se observó una prevalencia de depresión perinatal similar a la evidenciada en la literatura, asociándose con el deseo de embarazo, estado civil, apoyo social y número de hijos. La edad media fue de 28,51 años. El 100,0% de los pacientes evaluados positivamente para depresión por la EPDS reportaron trauma infantil de moderado a severo, con una mayor prevalencia de abuso emocional (85,7%) y negligencia emocional (78,6%). Dos tercios de las mujeres embarazadas con apego medio o mínimo según la Escala de Apego Materno-Fetal fueron diagnosticadas con depresión actual. **Conclusiones:** Los hallazgos sugieren una correlación entre un apoyo social débil y una mayor susceptibilidad al desarrollo de depresión en esta población. Se encontró una alta prevalencia de trauma infantil y un menor apego materno-fetal en mujeres embarazadas con depresión perinatal.

Palabras clave: Depresión; Embarazo; Experiencias adversas de la infancia; Relaciones materno-fetales.

INTRODUÇÃO

A depressão, ou Transtorno Depressivo Maior,¹ é um tipo de transtorno do humor que acomete cerca de 4,4% da população mundial,² perfazendo um total de 322 milhões de pessoas. Entre os anos de 2005 e 2015, aproximadamente 18,4% da população apresentou diagnóstico de depressão,² indicando um preocupante aumento da quantidade de pessoas com depressão no mundo. O diagnóstico de depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens, sendo um homem afetado para cada 2,5 ou três mulheres.¹

A gestação é impactante na vida da mulher, caracterizada como um período de profundas alterações corporais, hormonais, psicológicas e sociais. Com o nascimento de uma filha ou filho e o conseqüente início da maternidade e mudança no estágio do ciclo de vida familiar,³ há a aquisição de novos papéis sociais, com impactos laborativos, financeiros, intrafamiliares e pessoais importantes. É nesse contexto

em que a mulher se torna vulnerável emocionalmente e mais suscetível ao desenvolvimento de depressão e outros transtornos mentais.⁴

A depressão perinatal (DP), complicação frequente da gestação e do puerpério, apresenta elevada prevalência, podendo chegar a 20% em países em desenvolvimento como o Brasil.⁵ Ocorre durante a gravidez e/ou até um ano após o parto.⁴ A depressão antenatal (DA), que ocorre na gestação, afeta de 7 a 15% das mulheres em países desenvolvidos e de 19 a 25% naqueles em desenvolvimento, e é semelhante aos percentuais da depressão pós-parto, que tem uma prevalência de 10 a 20% nesses respectivos países, variação que resulta da influência de fatores de risco.⁶ Sintomas depressivos maternos estão associados negativamente com o desenvolvimento precoce infantil e a qualidade da parentalidade em diversos grupos socioeconômicos e culturas. Por outro lado, a abordagem da depressão materna tem sido apontada como fator importante de proteção ao desenvolvimento infantil.⁷

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria,¹ a depressão é caracterizada por um conjunto de alterações comportamentais, tais como:

- Humor rebaixado em grande parte do dia (sentimento de tristeza, de desânimo ou irritabilidade);
- Desinteresse ou desprazer na realização de diferentes atividades rotineiras;
- Alteração no peso (aumento ou diminuição);
- Alteração no sono (aumento ou diminuição da necessidade de sono);
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Sensação de fadiga;
- Sentimento de culpa ou de incompetência;
- Dificuldade de concentração e ocorrência de dúvidas para atividades rotineiras;
- Pensamentos de morte, ideação suicida, planejamento ou tentativa de suicídio.

Entre os fatores de risco para a depressão na vida adulta, encontra-se a história de trauma durante o desenvolvimento do indivíduo.⁸ Há dados inconclusivos na literatura a respeito da associação entre a exposição a um evento traumático durante a infância e o desenvolvimento de DP.⁹

Foi verificado que mulheres com depressão eram mais propensas a relatar traumas na infância. Outros estudos apontam este e mais fatores de risco que predispõem à depressão perinatal, como eventos adversos na vida, falta de apoio social, história pregressa de transtorno de humor pessoal e/ou familiar, exposição à violência pelo parceiro e violência doméstica em geral, pobreza, idade jovem (entre 14 e 21 anos), abuso de substâncias, aumento da paridade, gestações múltiplas, gravidez não planejada ou indesejada, complicações na gravidez, problemas neonatais, obesidade, sintomas somáticos exacerbados e comorbidades (como diabetes e hipertensão) na gestação.^{6,7,10}

Tendo em vista a alta prevalência de DP e seu grande impacto negativo nas famílias, diversas entidades recomendam que todas as gestantes passem, durante o acompanhamento pré-natal, por triagem de sintomas depressivos, entre elas: The International Marcé Society for Perinatal Mental Health,¹¹ US Preventive Services Task Force¹² e National Institute for Health and Care Excellence.¹³ Ainda assim, é notável que uma parcela importante de gestantes não é avaliada adequadamente e permanece sem tratamento ao longo de toda a gestação, especialmente em populações com menor nível socioeconômico, em que transtornos mentais são estigmatizados e a saúde mental é negligenciada.¹⁰ Soma-se a isso a histórica valorização de transtornos depressivos somente no período pós-parto e uma necessidade maior de prevenção de outras complicações obstétricas graves mais frequentes em nosso meio.⁶ Compreender as particularidades da população atendida possibilita um melhor planejamento de intervenções adaptadas à realidade local.

A DP está associada ao baixo peso ao nascer e à prematuridade;¹⁴ ao maior risco de síndrome da morte súbita do recém-nascido;¹⁵ ao maior risco de desnutrição infantil;¹⁶ ao prejuízo na relação mãe-filho, no desenvolvimento cognitivo e emocional e no comportamento da criança, com conseqüente surgimento de sintomas internalizantes e externalizantes em crianças e de depressão em adolescentes e adultos jovens.¹⁷⁻²⁰ Quanto às adversidades maternas relacionadas à DA, cita-se a má-nutrição, o acompanhamento pré-natal inadequado, a pré-eclâmpsia, a depressão pós-parto e o suicídio.⁶

Diante da elevada prevalência da DA (aproximadamente 20%), especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil,⁵ e do fato de a abordagem da depressão materna ter sido apontada como fator importante de proteção ao desenvolvimento infantil,⁷ o não rastreamento dessa patologia resulta na perda de uma janela de oportunidade quanto à prevenção primária e secundária de doença mental parental e suas conseqüências adversas para o desenvolvimento das crianças.^{14,16-20} Entretanto, em relação à realidade local, não existem dados atuais sobre as características ou variações clínicas da população de pacientes com transtornos mentais perinatais na Unidade Básicas de Saúde (UBS) 12 de Samambaia, além de não haver um rastreamento estruturado dessas patologias nesse serviço. Por isso, este estudo propôs-se a realizá-lo, obtendo informações que possibilitariam uma melhor caracterização das gestantes atendidas, avaliando a necessidade desse rastreamento no âmbito local, além de aprimorar o cuidado ofertado, considerando que a literatura já o recomenda.

Ademais, os estudos nessa área concentram-se em centros universitários no Sudeste e no Sul do Brasil, com outras iniciativas pontuais em serviços no Nordeste e no Distrito Federal; o projeto original, realizado no Hospital Universitário de Brasília, do qual derivou este estudo, foi uma iniciativa pioneira. Essas são as justificativas para a realização do presente projeto de pesquisa.

Os objetivos deste estudo foram:

- Avaliar a frequência de DP em uma amostra de gestantes atendidas na Equipe 19 da UBS 12 de Samambaia.
- Avaliar aspectos sociodemográficos e psicopatológicos associados à DP da população de pacientes gestantes da Equipe 19 da UBS 12 de Samambaia.
- Implementar o rastreamento da depressão durante o pré-natal na equipe abordada.

MÉTODOS

A amostra foi composta de pacientes grávidas em atendimento na Equipe 19 da UBS 12 de Samambaia, que concordaram em participar do estudo, no período de julho a dezembro de 2023, sendo um estudo do tipo transversal, descritivo e observacional. Os critérios de exclusão foram pacientes menores de 18 anos e/ou sem escolaridade e/ou portadoras de doenças clínicas (agudas ou crônicas agudizadas) que não estivessem estáveis no momento da entrevista e/ou sem condições de compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a assinatura do TCLE e durante a consulta de pré-natal, foram aplicados um breve questionário sociodemográfico e de levantamento de demandas psicoeducativas, elaborado com base em revisão de literatura, e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), validada para rastrear depressão em gestantes,^{21,22} a fim de estimar a frequência de DP suspeita na população do estudo. O questionário consiste em variáveis sociodemográficas (idade, profissão, emprego atual, número de filhos, pessoas que residem na mesma casa, escolaridade, renda familiar e estado civil), psicossociais (diagnóstico psiquiátrico prévio, rede de apoio social, violência durante a gestação, planejamento e desejo da gravidez)

e relacionadas à gestação (idade gestacional, gestações e abortamentos prévios e problema de saúde). A EPDS é um instrumento autoaplicável, constituído de dez itens que abordam: humor, ansiedade, alegria, tristeza, choro, medo, insônia, culpa, capacidade de lidar com os problemas e lesão autoprovocada. Uma pontuação final ≥ 13 indica depressão suspeita; < 9 , sem depressão; e de 9 a 12, provável depressão.²² Neste trabalho, apenas a pontuação ≥ 13 foi considerada um rastreamento positivo.

Foi aplicado também um questionário detalhado sobre aspectos clínicos e psicopatológicos das pacientes (dia da última menstruação, data provável do parto, data de início do pré-natal, medicações em uso, uso de drogas, diagnóstico psiquiátrico atual e tratamentos realizados, violência antes da gestação e histórico familiar), com o registro das características sociodemográficas complementares (etnia, religião e endereço) e de evolução da doença em forma de entrevista semiestruturada em ambiente privativo, e instrumentos validados (Escala de Apego Materno-Fetal,²³ Questionário sobre Traumas na Infância — QUESI²⁴ e Entrevista diagnóstica MINI — *Mini International Neuropsychiatric Interview — Brazilian version 5.0*²⁷) nas pacientes que apresentaram resultado positivo para depressão suspeita na triagem com a escala de Edimburgo. Em casos mais graves, foi proposto encaminhamento para atendimento em saúde mental da rede às pacientes.

A Escala de Apego Materno-Fetal é um instrumento que avalia a ligação materno-fetal. É composto de 24 itens, em uma escala *Likert*, variando de 0 a 5, e está validado para a população brasileira.²³

O QUESI é um instrumento autoaplicável que investiga componentes traumáticos ocorridos na infância, considerando cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual. Tem ainda uma escala de controle de minimização/negação das respostas.²⁴ Os pontos de corte considerados para caracterizar ausência ou presença de traumas na infância de grau moderado a grave foram os seguintes: abuso emocional ≥ 9 , abuso físico ≥ 8 , abuso sexual ≥ 6 , negligência emocional ≥ 10 , negligência física ≥ 8 e um escore total ≥ 37 .^{25,26}

O MINI²⁷ é uma entrevista diagnóstica estruturada desenvolvida com a intenção de ser mais simples e breve do que os instrumentos tipicamente destinados à pesquisa e mais abrangente do que os de triagem comumente empregados em atendimento primário. Permite o diagnóstico de transtornos mentais de acordo com o DSM-IV e foi empregado para estimar a frequência de depressão atual nas gestantes com depressão suspeita.²⁸

Avaliação estatística

Neste trabalho, foram utilizados o programa Excel para a tabulação dos dados e o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20, para Windows para a compilação e a análise estatística descritiva deles.

Para identificar se existe associação entre as variáveis depressão (positividade para depressão atual no MINI), suspeita de depressão (rastreamento positivo na Escala de Edimburgo) e variáveis qualitativas, foram realizados testes de Fisher, com nível de significância de 95%, com as seguintes hipóteses:

- Hipótese nula: as variáveis não têm associação;
- Hipótese alternativa: as variáveis são associadas.

Com $p < 0,05$, rejeita-se a hipótese nula.

Para as variáveis quantitativas, foram realizados os testes de Wilcoxon, no qual $p < 0,05$ indicou que as medianas encontradas entre os grupos são estatisticamente diferentes.

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as recomendações de pesquisa envolvendo seres humanos adotadas pela Resolução n. 196/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, em 4 de julho de 2023, sob o número CAAE: 69767623.8.0000.8027, parecer n. 6.161.303.

Este foi um estudo que apenas apresentou riscos associados ao questionamento de informações íntimas às pacientes, o que pôde ter ocasionado algum desconforto a estas. No entanto, o grupo de pesquisa pôde garantir a confidencialidade das informações e oferecer apoio terapêutico, encaminhando à rede de atendimento local, quando necessário.

RESULTADOS

Caracterização das gestantes participantes da pesquisa

Cinquenta e uma gestantes foram incluídas no estudo. A média de idade das mulheres foi de 28,51 anos, com desvio padrão de 6,38 anos e variação entre 19 e 44 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Medidas resumo das variáveis “idade” e “semanas de gestação”

Medidas	Idade	Semanas de gestação
Mínimo	19,00	6,00
1º Quartil	23,00	13,00
Mediana	29,00	21,00
Média	28,51	20,88
Variância	40,73	96,47
Desvio padrão	6,38	9,82
3º Quartil	32,50	29,00
Máximo	44,00	40,00

Fonte: elaboração própria.

Dezoito (35,3%) mulheres estavam com até 14 semanas de gestação; 18 (35,3%), entre 15 e 27 semanas; e 15 (29,4%), com 28 semanas ou mais, gerando uma média de 20,9 semanas, com desvio padrão de 9,8 (Tabela 1). Do total, 36 (70,6%) mulheres não planejaram a gestação, 46 (90,2%) declararam que a desejavam e cinco (9,8%) que não a desejavam (Tabela 2); 42 (82,4%) gestantes afirmaram ter alguém com quem contar em caso de ajuda e nove (17,6%) disseram que não; três (5,9%) gestantes relataram episódio de violência durante a gestação, todos do tipo psicológico. Quanto ao rastreamento para DP realizado via EPDS, 37 (72,55%) mulheres não positivaram (Tabela 2) e 14 (27,45%) tiveram resultado positivo — neste grupo, 35,7% afirmaram não ter alguém em caso de ajuda e 14,3% relataram episódio de violência no ciclo gravídico (Tabela 2).

Tabela 2. Informações sociodemográficas das gestantes participantes, das pacientes com suspeita de depressão ou EPDS ≥ 13 e das pacientes diagnosticadas com depressão atual pelo MINI.

Variáveis	Gestantes n (%)	EPDS ≥ 13 n (%)	Depressão atual n (%)
Estado civil			
Casada/união estável	25 (49,01)	3 (21,43)	1 (12,50)
Solteira	24 (47,06)	9 (64,28)	5 (62,50)
Divorciada	2 (3,92)	2 (14,29)	2 (25,00)
Etnia			
Parda	-	7 (50,00)	4 (50,00)
Negra	-	2 (14,29)	1 (12,50)
Branca	-	5 (35,71)	3 (37,50)
Religião			
Sim	-	8 (57,14)	4 (50,00)
Não	-	5 (35,71)	4 (50,00)
Não declarada	-	1 (7,14)	0 (0)
Escolaridade			
Fundamental completo	8 (15,68)	2 (14,29)	1 (12,50)
Médio completo	34 (66,67)	11 (78,57)	6 (75,00)
Superior	9 (17,65)	1 (7,14)	1 (12,50)
Renda familiar			
Menor que R\$ 1.000,00	5 (9,81)	2 (14,29)	1 (12,50)
Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.999,00	13 (25,49)	5 (35,71)	3 (37,50)
Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.999,00	9 (17,65)	4 (28,57)	2 (25,00)
Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 3.999,00	6 (11,76)	1 (7,14)	1 (12,50)
Acima de R\$ 4.000,00	12 (23,53)	2 (14,29)	1 (12,50)
Não informada	6 (11,76)	0 (0)	0 (0)
Empregada atualmente			
Sim	27 (52,94)	7 (50,00)	4 (50,00)
Não	24 (47,06)	7 (50,00)	4 (50,00)
Gestação planejada			
Sim	15 (29,41)	4 (28,57)	2 (25,00)
Não	36 (70,59)	10 (71,43)	6 (75,00)
Gestação desejada			
Sim	46 (90,20)	11 (78,57)	5 (62,50)
Não	5 (9,80)	3 (21,43)	3 (37,50)
Vítima de violência			
Sim	-	10 (71,43)	8 (100,00)
Não	-	4 (28,57)	0 (0)
Violência na gestação			
Sim	3 (5,88)	2 (14,29)	1 (12,50)
Não	48 (94,12)	12 (85,71)	7 (87,50)
Alguém com quem contar			
Sim	42 (82,35)	9 (64,29)	4 (50,00)
Não	9 (17,65)	5 (35,71)	4 (50,00)
Total	51 (100,00)	14 (100,00)	8 (100,00)

Fonte: elaboração própria.

A variável “problema de saúde” foi avaliada quanto à existência de doença não psiquiátrica. Entre as participantes, 40 (78,4%) relataram não ter problema de saúde e 11 (21,6%) afirmaram ter alguma doença. Entre as últimas, foram mencionadas as seguintes doenças clínicas: asma (1), rinite alérgica (1), hipertensão do “jaleco branco” (1), psoríase (1), gastrite autoimune (1), fibromialgia (1), anemia (2), obesidade (2), hipertensão crônica (1), hepatite B (1), tireoidite de Hashimoto (1), hipotireoidismo (3), enxaqueca (1) e sífilis (1). Vale ressaltar que, entre as que têm doença, duas (3,9%) têm comorbidades. Sobre a existência de enfermidade psiquiátrica, quatro (7,8%) disseram ter diagnóstico e 47 (92,2%) afirmaram que não têm (Tabela 3).

Tabela 3. Análises associativas das variáveis de estudo – suspeita de depressão.

Variável	Depressão suspeita (gestantes com EPDS \geq 13)	Sem depressão suspeita (gestantes com EPDS <13)	Valor p
Idade (anos)			
18 a 25	7	13	
26 a 35	4	20	0,2691
Acima de 35	3	4	
Semanas de gestação			
Até 14	3	15	
15 a 27	4	14	0,1872
28 ou mais	7	8	
Estado civil			
Casada/união estável	3	22	
Solteira	9	15	0,0089
Divorciada	2	0	
Problema de saúde referido			
Não	11	29	
Sim	3	8	1,0000
Problema de saúde mental referido			
Não	12	35	
Sim	2	2	0,3004
Nº de filhos			
Mínimo/Máximo	0/4,0	0/2,0	
Mediana [Intervalo interquartil]	1,0 [0,2;1,8]	1,0 [0;1,0]	0,1713
Média (desvio padrão)	1,3 (1,3)	0,7 (0,7)	
Gestação planejada			
Sim	4	11	
Não	10	26	1,000
Gestação desejada			
Sim	11	35	
Não	3	2	0,1198
Nº de gestações anteriores			
Mínimo/Máximo	0/5,0	0/3,0	
Mediana [Intervalo interquartil]	1,0 [0;1,8]	1,0 [0;1,0]	0,6861
Média (desvio padrão)	1,3 (1,5)	0,9 (0,9)	

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Variável	Depressão suspeita (gestantes com EPDS ≥ 13)	Sem depressão suspeita (gestantes com EPDS < 13)	Valor p
Nº abortos prévios			
0	12	28	0,7854
1	2	8	
2	0	1	
Empregada atualmente			
Sim	7	20	0,7957
Não	7	17	
Grau de instrução			
Fundamental	2	6	0,5225
Médio	11	23	
Superior	1	8	
Renda familiar			
Faixa 1	2	3	0,3364
Faixa 2	5	8	
Faixa 3	4	5	
Faixa 4	1	5	
Faixa 5	2	10	
Não declarada	0	6	
Violência na gestação			
Sim	2	1	0,1792
Não	12	36	
Alguém com quem contar			
Sim	9	33	0,0928
Não	5	4	
Gestação de risco – referida			
Sim	3	4	0,5528
Não	11	32	
Não declarada	0	1	

Fonte: Elaboração própria.

Ao se considerar outros aspectos clínicos, 18 (35,3%) mulheres eram primigestas, 11 (21,6%) referiram abortamento prévio e sete (13,7%) relataram que apresentavam gestação de risco.

A respeito de outros parâmetros sociais, questionaram-se o número de filhos, o emprego atual, o grau de instrução e a renda familiar. A média de filhos das mulheres foi de 0,9, com desvio padrão de 0,9 e variação entre 0 e 4 filhos. No momento da pesquisa, 27 (52,9%) participantes estavam empregadas e 24 (47,1%) não estavam. Em relação ao grau de instrução, foram consideradas três faixas de escolaridade: “fundamental”, contemplando todos os níveis de ensino até o fundamental completo; “médio”, para até o ensino médio completo; e “superior”, para o superior completo ou acima disso. Na distribuição geral, a faixa “médio” é predominante, com 34 (66,7%) mulheres, seguida de “superior” (17,6%) e “fundamental” (15,7%) — ordem esta que não é mantida quando se associa a variável ao rastreamento positivo para suspeita de depressão, com maior positividade para depressão suspeita na faixa “médio”, seguida

por “fundamental” e “superior”. A renda familiar também foi categorizada em faixas, sendo: 1 (menos que R\$ 1.000,00), 2 (entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.999,00), 3 (entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.999,00), 4 (entre R\$ 3.000,00 e R\$ 3.999,00), 5 (mais que R\$ 4.000,00) e não declarada (N.D.). Na distribuição, a faixa 2 foi a principal, com 13 (25,49%) mulheres, seguida pelas faixas 5 (23,53%), 3 (17,65%), 4 e ND (11,76% cada) e 1 (9,80%). Além disso, quando associadas com a suspeita de depressão, as faixas de renda familiar que têm maior frequência para positividade são as faixas 2 (35,71%) e 3 (28,57%) (Tabela 2).

Acerca do estado civil, 25 (49,01%) participantes se declararam casadas ou em união estável; 24 (47,06%), solteiras; e duas (3,92%), divorciadas. Em relação à depressão, o maior percentual de rastreamento positivo para depressão suspeita foi no grupo das solteiras (64,29%), seguido pelo das casadas/união estável (21,43%) e divorciadas (14,29%) (Tabela 2).

Caracterização das pacientes com rastreamento positivo na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Perfil sociodemográfico

Quatorze gestantes apresentaram depressão suspeita pela EPDS. A média de idade das mulheres foi de 28 anos, com desvio padrão de 6,8 anos e variação entre 21 e 42 anos. Cerca de dois terços (64,3%) das participantes eram solteiras; 21,4%, casadas; e 14,3%, divorciadas. Quanto à etnia, a maioria (50%) se declarou parda, enquanto 37,7% das mulheres se autodeclararam brancas; e 14,3%, negras. Oito (57,1%) gestantes afirmaram ter uma religião. Em relação à escolaridade, duas (14,3%) mulheres tinham o ensino fundamental; 11 (78,6%), o ensino médio; e uma (7,1%) tinha o ensino superior. Quanto à renda familiar, duas (14,3%) mulheres tinham renda inferior a R\$ 1.000,00; cinco (35,7%), entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.999,00; quatro (28,6%), entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.999,00; uma (7,1%), entre R\$ 3.000,00 e R\$ 3.999,00; e duas (14,3%), maior ou igual a R\$ 4.000,00. Sete (50%) gestantes estavam empregadas e sete (50%) desempregadas. Em relação à idade gestacional, uma (7,1%) estava com até 14 semanas de gestação; seis (42,9%) estavam entre 15 e 27 semanas; e sete (50,0%), com 28 semanas ou mais, gerando uma média de 26,6 semanas, com desvio padrão de 7,7. A média de filhos das mulheres foi de 1,3, com desvio padrão de 1,3 e variação entre 0 e 4 filhos. Dez pacientes (71,4%) afirmaram que a gestação não havia sido planejada, e apenas três (21,4%) disseram que ela não era desejada. Dez (71,4%) mulheres declararam já terem sido vítimas de algum tipo de violência, das quais duas (14,3%) disseram que o episódio de violência ocorreu durante a gestação. Nove (64,3%) gestantes afirmaram ter alguém com quem contar em caso de ajuda e cinco (35,7%) disseram que não. Entre as gestantes diagnosticadas com depressão atual pelo MINI, essa proporção mudou: 50% afirmaram não ter alguém com quem contar em caso de ajuda (Tabela 2).

Aspectos clínicos e psicopatológicos

Ao se considerar os aspectos clínicos e psicopatológicos, quatro (28,6%) mulheres eram primigestas, duas (14,1%) referiram abortamento prévio e três (21,4%) disseram que apresentavam gestação de risco. Além disso, três (21,4%) pacientes afirmaram ter doença na gestação em curso, 12 (85,7%) relataram fazer uso de alguma medicação e todas negaram o uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas na gestação atual. Foram mencionadas as seguintes doenças clínicas: obesidade (1), asma (1) e hipotireoidismo (1).

Duas (14,3%) mulheres relataram ter recebido o diagnóstico psiquiátrico na gestação atual; duas (14,3%) disseram fazer tratamento farmacológico psiquiátrico; e uma (7,1%) afirmou que faz psicoterapia. Duas (14,3%) mulheres disseram ter recebido diagnóstico psiquiátrico prévio à gestação atual, sendo uma (7,1%) de depressão e uma (7,1%) de transtorno misto de depressão e ansiedade.

Quanto ao MINI, foi possível verificar que oito (57,1%) pacientes apresentaram episódio depressivo maior atual, e três (21,4%), episódio depressivo maior no passado — 37,5% das mulheres que tinham episódio atual apresentaram algum episódio depressivo no passado. Três (21,4%) pacientes apresentaram risco de suicídio: duas (14,3%) com risco baixo e uma (7,1%) com risco alto, todas com episódio depressivo maior atual. Ainda em relação às pacientes que receberam diagnóstico de depressão atual, foi verificado que duas (25%) fazem tratamento psiquiátrico farmacológico e uma (12,5%) faz psicoterapia.

Trauma na infância

A aplicação do QUESI resultou nos seguintes dados: 12 (85,7%) gestantes referiram a vivência de abuso emocional na infância em grau moderado a grave; 11 (78,6%), negligência emocional; nove (64,3%), negligência física; seis (42,9%), abuso físico; cinco (35,7%), abuso sexual; e, com base no escore total, todas (100%) relataram algum trauma na infância em grau moderado a grave.

Ao se avaliar a prevalência de trauma somente entre as mulheres com diagnóstico de DP pelo MINI (n=8), encontrou-se relato de vivência de abuso emocional na infância em grau moderado a grave em 100%; de negligência emocional em 87,5%; de negligência física em 75%; de abuso físico em 62,5%; de abuso sexual em 50%; e de algum trauma na infância em 100%.

Apego materno-fetal

A aplicação da Escala de Apego Materno-Fetal resultou nos seguintes dados: 11 (78,6%) gestantes apresentaram apego máximo; duas (14,3%), apego médio; e uma (7,1%) mostrou apego mínimo. Entre as mulheres com diagnóstico de DP pelo MINI (n=8), encontrou-se apego máximo em 75%; apego médio em 12,5%; e apego mínimo em 12,5%.

Análises associativas entre as variáveis do estudo

Nas análises associativas entre as variáveis (Tabelas 3 e 4), foi possível identificar associação estatisticamente significativa entre desejo de gravidez e depressão ($p=0,0228$), estado civil e depressão ($p=0,0059$), número de filhos e depressão ($p=0,0069$), suporte social (alguém com quem contar) e

Tabela 4. Análises associativas das variáveis de estudo – depressão.

Variável	Depressão atual (MINI)	Sem depressão atual (MINI)	Valor p
Idade (anos)			
18 a 25	3	17	
26 a 35	2	22	0,1113
Acima de 35	3	4	

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variável	Depressão atual (MINI)	Sem depressão atual (MINI)	Valor p
Semanas de gestação			
Até 14	2	16	0,8902
15 a 27	3	15	
28 ou mais	3	12	
Estado civil			
Casada/união estável	1	24	0,0059
Solteira	5	19	
Divorciada	2	0	
Problema de saúde referido			
Não	7	33	0,6685
Sim	1	10	
Problema de saúde mental referido			
Não	6	41	0,1111
Sim	2	2	
Nº de filhos			
Mínimo/Máximo	1,0/4,0	0/2,0	0,0069
Mediana [Intervalo interquartil]	1,0 [1,0;2,5]	1,0 [0;1,0]	
Média (desvio padrão)	1,9 (1,4)	0,7 (0,7)	
Gestação planejada			
Sim	2	13	1,000
Não	6	30	
Gestação desejada			
Sim	5	41	0,0228
Não	3	2	
Nº gestações anteriores			
Mínimo/Máximo	0/5,0	0/3,0	0,0756
Mediana [Intervalo interquartil]	1,0 [1,0;3,0]	1,0 [0;1,0]	
Média (desvio padrão)	1,9 (1,6)	0,9 (0,9)	
Nº abortos prévios			
0	6	34	0,7072
1	2	8	
2	0	1	
Empregada atualmente			
Sim	4	23	1,0000
Não	4	20	
Grau de instrução			
Fundamental	1	7	1,0000
Médio	6	28	
Superior	1	8	
Renda familiar			
Faixa 1	1	4	0,8310

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variável	Depressão atual (MINI)	Sem depressão atual (MINI)	Valor p
Faixa 2	3	10	
Faixa 3	2	7	
Faixa 4	1	5	0,8310
Faixa 5	1	11	
Não declarada	0	6	
Violência na gestação			
Sim	1	2	
Não	7	41	0,4074
Alguém com quem contar			
Sim	4	38	
Não	4	5	0,0245
Gestação de risco – referida			
Sim	2	5	
Não	6	37	0,4180
Não declarada	0	1	

Fonte: Elaboração própria.

depressão ($p=0,0245$) e estado civil e suspeita de depressão ($p=0,0089$). Todas as demais variáveis avaliadas não demonstraram essa correlação ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

A amostra estudada incluiu 51 gestantes com perfil sociodemográfico heterogêneo, mas predominantemente com nível médio de escolaridade, baixa renda familiar e gestação não planejada. Nesta análise, a média de idade da população é de 28,51 anos, mais alta, com desvio padrão baixo, o que indica uma correlação com os dados atuais de aumento da faixa etária em que as mulheres decidem ter filhos.²⁹ O número de gestantes em cada trimestre gestacional foi semelhante, o que é esperado em um estudo longitudinal, ao contrário de um estudo transversal, no qual se esperaria maior frequência de pacientes no segundo e terceiro trimestres de gestação.³⁰

A prevalência da DP rastreada pela EPDS (27,45%) foi ligeiramente superior à evidenciada na literatura (19 a 25%),⁶ enquanto a prevalência de diagnóstico de depressão atual pelo MINI foi ligeiramente inferior (15,68%), o que corrobora com o constatado por Cantilino et al.,³¹ que a prevalência varia de acordo com o instrumento utilizado, sendo mais baixa em estudos que utilizam o MINI para rastreio de DP.

A maior parte das gestantes (78,4%) declarou não ter problema de saúde, o que é esperado no pré-natal de baixo risco, que compõe a condição mais comum das gestantes atendidas na atenção básica, conforme o preconizado nas redes de atenção à saúde. No entanto, pode refletir desconhecimento da própria condição de saúde (relacionado à baixa escolaridade ou à ineficiência da educação em saúde), já que o questionário era autoaplicável.

A renda familiar apresentou predomínio de depressão atual e depressão suspeita nas três primeiras faixas, de menor renda, o que sugestionou uma associação entre classe social mais desfavorecida e depressão. No entanto, essa associação não teve relevância estatística. Há evidências divergentes na

literatura, que apresentam forte³² ou fraca³³ associação entre essas variáveis, semelhante à variável “desemprego”,³³ que, neste estudo, também não apresentou significância. Essa divergência pode estar relacionada a diferenças nas populações estudadas e/ou a limitações próprias da pesquisa (respostas insatisfatórias aos questionários ou mesmo vieses do método).

A escolaridade mais prevalente foi o ensino médio, seguida por ensino superior, mas a associação com a variável “depressão” não se mostrou significativa. Estudos mostram que gestantes com maior escolaridade tendem a desenvolver mais DP, principalmente no pós-parto, devido a aspectos próprios da personalidade, ao maior acesso à educação em saúde e à maior preocupação em relação à saúde mental.³²

Em relação ao estado civil, 24 (47%) participantes se declararam solteiras, sendo o grupo com maior percentual de rastreamento positivo pela EPDS e pelo MINI, seguido pelo das divorciadas. Nas duas situações, depressão suspeita e depressão estavam associadas ao estado civil de forma significativa ($p < 0,05$), o que é verificado em literatura. Alguns estudos apontam que menor satisfação matrimonial aumenta a possibilidade de sofrer de DP, por implicar menos suporte da parceria.³² Isso explicaria o aumento da proporção de positividade de depressão pela EPDS e pelo MINI entre as solteiras e as divorciadas, constatada também na associação significativa entre deprimidas e fraco suporte social, ao referirem não terem alguém com quem contar em caso de ajuda.

Outras associações com depressão atual e que mostraram significância estatística, como gestação indesejada e prole aumentada, encontram correspondência na literatura.^{6,7,10}

Na população com depressão atual, conforme o MINI, as prevalências de todas as cinco formas de trauma avaliadas pelo QUESI aumentaram em relação às prevalências constatadas na população apenas com suspeita de depressão (rastreamento positivo pela EPDS). Em um estudo de coorte realizado com 53 mulheres com DP na Austrália, foi observado que 58,3% relataram episódios traumáticos na infância em grau moderado a grave, enquanto no grupo controle, composto de 193 mulheres sem diagnóstico de DP, o percentual caiu significativamente para 21,2%.²⁶ Enquanto no presente estudo houve maior prevalência de relato de abuso emocional (100%) e negligência emocional (87,5%) pelas pacientes deprimidas, na amostra com mulheres australianas com transtorno depressivo perinatal, houve uma inversão: os traumas mais frequentemente relatados foram negligência emocional (50%) e abuso emocional (44,4%). Além disso, no estudo australiano, com exceção da negligência física, relatos dos outros tipos de trauma em grau moderado a grave durante a infância foram individualmente associados a um risco significativo mais elevado de ocorrência de diagnóstico de depressão no início da gravidez.²⁶ Em amostra populacional de grávidas peruanas, os abusos sexual e físico na infância foram associados ao pior estado de saúde geral e a sintomas depressivos no início da gravidez. As grávidas que sofreram abuso sexual ou físico tiveram 2,1 vezes mais chances de ter depressão antes do parto do que as que não sofreram nenhum dos dois traumas na infância, o que corrobora com evidências de que o abuso infantil impacta negativamente em processos do neurodesenvolvimento, resultando em problemas na vida adulta, sejam de ordem física, comportamental ou mental.³⁴

Apesar de a maior parte das gestantes com suspeita de depressão (78,6%) apresentar apego máximo ao serem rastreadas pela Escala de Apego Materno-Fetal, dois terços das gestantes com apego médio ou mínimo foram consideradas deprimidas pela aplicação do MINI, o que está em consonância com o encontrado na literatura, em que há menor grau de apego materno-fetal nas gestantes deprimidas.³⁵

CONCLUSÃO

Com os resultados alcançados no estudo, conclui-se que o percentual de gestantes com rastreamento positivo para depressão atendidas pela Equipe 19 da UBS 12 de Samambaia, de 27,45%, foi próximo ao encontrado na literatura (19-25%),⁶ assim como fatores significativamente associados à depressão: gestação indesejada, ser solteira ou divorciada, maior prole e fraco suporte social. Além disso, relatos de traumas na infância, baixa renda familiar e escolaridade média foram prevalentes em mulheres com DP na população de gestantes com depressão suspeita. Outros fatores de risco evocados na literatura como predisponentes ao desenvolvimento de DP e não evidenciados de forma significativa neste estudo poderão ser melhor avaliados à medida que forem obtidas amostras populacionais maiores.

Quanto às limitações do presente estudo, pode-se citar o reduzido número de sujeitos incluídos em relação ao estimado pelo plano de trabalho (100 gestantes). Em parte, isso se deve ao absenteísmo às consultas de algumas gestantes, o que dificultou o preenchimento do protocolo da pesquisa. Além disso, quatro pacientes que foram convidadas para o estudo apresentaram baixa motivação para participar da pesquisa, relatando cansaço devido à gestação e à demora que o procedimento gerava (até 60 minutos quando o rastreamento com a EPDS era positivo). O próprio humor deprimido possivelmente foi mais um fator que contribuiu para a recusa em participar ou continuar na pesquisa. Outra paciente mudou de endereço, passando a realizar o pré-natal em outra UBS.

Outra limitação ocorreu no preenchimento dos questionários. Por terem sido utilizados questionários autoaplicáveis e, conseqüentemente, de preenchimento voluntário, várias participantes optaram por não responder certas questões ou o faziam de forma insatisfatória para os fins da pesquisa, havendo necessidade de mais sessões para o esclarecimento de respostas.

É interessante assinalar que o rastreamento de sintomas depressivos e a avaliação sistematizada das situações traumáticas na infância permitiram agregar dados que, por vezes, não haviam sido abordados ou recordados pelas pacientes em suas consultas clínicas anteriores. Casos de depressão grave atual foram diagnosticados e encaminhados à atenção especializada na rede de saúde, com melhoria na qualidade de vida da gestante e na evolução da gestação. As três mulheres com relato de violência psicológica na gestação também foram adequadamente acompanhadas e orientadas.

Além disso, a pesquisa possibilitou o levantamento de dados para elaborar uma intervenção mais assertiva no acompanhamento das gestantes, de acordo com suas demandas, além de implementar o rastreio da depressão perinatal durante o pré-natal.

Dessa forma, mesmo com as limitações do processo, as informações confirmam a necessidade de protocolos específicos para abordar a saúde mental na gestação e a realocação de recursos para um cuidado mais integral da gestante, com preferência a escalas mais práticas na aplicação, como a de Edimburgo, pela maior brevidade das consultas na atenção primária. Devido à importância desses achados e conforme a recomendação de diversas entidades (The International Marcé Society for Perinatal Mental Health,¹¹ US Preventive Services Task Force¹² e National Institute for Health and Care Excellence¹³), propõe-se manter e aprimorar o rastreio de DP, conforme realizado nesta pesquisa, incorporando o uso dessas ferramentas ao plano de cuidado ofertado durante as consultas de pré-natal, mantendo-se uma rotina de rastreio de depressão nas gestantes dessa unidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Nascimento MIC, et al. translators. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates; 2017.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Atenção domiciliar. Caderno de atenção domiciliar número 1; 2012.
4. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
5. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, 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* 2012;90(2):139-49H. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
6. 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 Psychiatry* 2016;3(10):973-82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
7. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2005. 46 p.
8. Robertson-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR, Matthieu M, Hunn JE, Putnam KT, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J Clin Psychiatry* 2013;74(10):e942-8. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08364>
9. Wosu AC, Gelaye B, Williams MA. History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(5):659-71. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0533-0>
10. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
11. Austin MP; Marcé Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):179-87. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.016>
12. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2016;315(4):380-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
13. Stephen Pilling Facilitator, Adams H, Barlow J, Bavetta M, Clarke SJ, Day A, et al. CG45 Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance; 2014.
14. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012-24. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
15. Howard LM, Kirkwood G, Latinovic R. Sudden infant death syndrome and maternal depression. *J Clin Psychiatry* 2007;68(8):1279-83. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0816>
16. Carvalhaes MABL, Benicio MHD. Mother's ability of childcare and children malnutrition. *Rev Saude Publica* 2002;36(2):188-97. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000200011>
17. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(4):263-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>
18. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006;91(2-3):97-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>
19. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord* 2009;113(3):236-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.018>
20. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 2013;70(12):1312-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2163>
21. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(5):350-64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>
22. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* 2007;23(11):2577-88. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>
23. Feijó MCC. Brazilian validation of the maternal-fetal attachment scale. *Arq Bras Psicol* 1999;51(4):52-62.
24. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica* 2006;40(2):249-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>

25. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1998.
26. Galbally M, Watson SJ, Boyce P, Lewis AJ. The role of trauma and partner support in perinatal depression and parenting stress: An Australian pregnancy cohort study. *Int J Soc Psychiatry* 2019;65(3):225-34. <https://doi.org/10.1177/0020764019838307>
27. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33. PMID: 9881538
28. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
31. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr. J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* 2010;37(6):288-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
32. Chen J, Cross WM, Plummer V, Lam L, Sun M, Qin C, et al. The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2019;28(19-20):3599-609. <https://doi.org/10.1111/jocn.14955>
33. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1):5-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
34. Barrios YV, Gelaye B, Zhong Q, Nicolaidis C, Rondon MB, Garcia PJ, et al. Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLoS One* 2015;10(1):e0116609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116609>
35. Testouri F, Hamza M, Amor AB, Barhoumi M, Fakhfakh R, Triki A, et al. Anxiety and Depression Symptoms in At-Risk Pregnancy: Influence on Maternal-Fetal Attachment in Tunisia. *Matern Child Health J* 2023;27(11):2008-16. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03736-y>