



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PRISCILA LOPES ARAÚJO

**RASTREIO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
MULHERES GRÁVIDAS DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

CAMPINA GRANDE
2013

PRISCILA LOPES ARAÚJO

**RASTREIO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
MULHERES GRÁVIDAS DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A658r

Araújo, Priscila Lopes.

Rastreo da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco [manuscrito]: / Priscila Lopes Araújo. – 2013.

26 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira, Departamento de Enfermagem”.

1. Depressão. 2. Gravidez. 4. Pré-natal. I. Título.

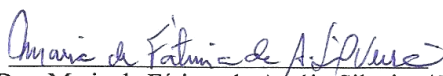
21. ed. CDD 618.3

PRISCILA LOPES ARAÚJO

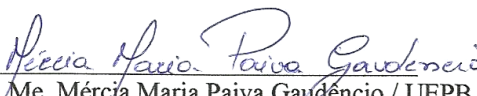
**RASTREIO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
MULHERES GRÁVIDAS DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

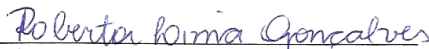
Aprovado em: 2 de julho de 2013.



Prof.^a Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira / UEPB
Orientadora



Prof.^a Me. Mércia Maria Paiva Gaudêncio / UEPB
Examinadora



Prof.^a Me. Roberta Lima Gonçalves / UFCG
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Sou muito grata a Deus pela vida.

À professora Dr.^a Maria de Fátima de Araújo Silveira pelos ensinamentos e cuidados ao longo da caminhada.

À minha família pelo amor e incentivo aos estudos.

Às amigas da graduação e iniciação científica, Raísa Barbosa e Yris Luana, pelo companheirismo, aprendizagem e boas risadas.

Às mulheres participantes do estudo que se dispuseram a compartilhar conosco um pouco das suas experiências sobre a maternidade.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO06

**2 ARTIGO: Rastreio da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do
pré-natal de alto risco.....07**

APÊNDICES

ANEXOS

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi oriundo de um recorte do banco de dados construído a partir da realização do projeto “Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado na gestação de alto risco”. A discente desenvolveu o Plano de Trabalho “A percepção das mulheres sobre a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh no pré-natal de alto risco”, no âmbito da Iniciação Científica, tendo sido bolsista do CNPq/UEPB na cota 2012/2013. Este trabalho redigido na modalidade de artigo em conformidade com a resolução da UEPB/CONSEPE/032/2009.

2 ARTIGO

Rastreo da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco

RESUMO: A gravidez é uma fase da vida da mulher de vulnerabilidade à manifestação de transtornos psíquicos, com especial atenção a depressão. Este estudo objetivou detectar a presença de sintomatologia depressiva na mulher assistida no pré-natal de alto risco e compreender sua experiência ao responder a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS). Consiste em uma pesquisa quati-qualitativa, exploratória-descritiva e transversal. Realizada no mês de dezembro de 2012 no serviço de alto risco da cidade de Campina Grande (PB). Foram entrevistadas 16 mulheres grávidas, com utilização de roteiro semiestruturado, ficha para descrição do perfil e EPDS. Os resultados revelam a falta de atenção dos profissionais de saúde quanto aos aspectos emocionais das mulheres durante as consultas de pré-natal no alto risco. Sintomas depressivos foram identificados por meio do relato de choro, sentimento de tristeza e acúmulo de tarefas em seu dia-a-dia. O quesito de maior relevância do instrumento para as mulheres foi o qual abordava a temática de ideação suicida. Constatou-se que as mulheres consideraram a utilização da EPDS importante na rotina das consultas de pré-natal por possibilitar um momento de diálogo com o profissional acerca de seus sentimentos. Portanto, é visível a necessidade de mais pesquisas sobre os transtornos psíquicos durante a gravidez e inclusão da saúde mental na assistência pré-natal às mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Gravidez. Cuidado Pré-Natal. Escalas de Graduação Psiquiátrica Breve.

INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal é caracterizado por várias mudanças orgânicas e psíquicas e também por alteração do papel sócio-familiar das mulheres. Neste período da vida, elas estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de algum transtorno de humor, merecendo especial atenção à depressão (FALCONE et al., 2005). Quando acomete a puérpera, recebe a denominação de depressão puerperal (WHO, 2007). No entanto, não há um termo específico para nomear a doença no período gestacional sendo designada, de modo geral, como depressão em gestantes (LIMA; TSUNECHIRO, 2008).

Pereira e Lovisi (2008), em revisão da literatura, apontam prevalência de depressão em gestantes de países desenvolvidos em torno de 10% e 15%; nos países em desenvolvimento os valores estão por volta de 20%. Todavia, muitas mulheres não são diagnosticadas, podendo esses dados ser ainda mais elevados e graves.

A atenção dispensada à mulher durante o pré-natal tem como objetivo acolhê-la precocemente, assegurando à criança nascimento saudável, garantindo assim, o bem estar materno e neonatal. O Manual de Pré-Natal e Puerpério (2005), do Ministério da Saúde, apresenta de maneira breve e sucinta os aspectos emocionais na gravidez e no puerpério, contudo, não aborda como o profissional de saúde deve se posicionar e quais decisões tomar diante do quadro de distúrbios emocionais nesta fase da vida da mulher. Em adição a isso, no Sistema de Informação do Pré-Natal, o SIS-PRÉNATAL, não há espaço para que o

profissional da assistência informe sobre a identificação de transtornos mentais no período gravídico-puerperal.

Essa problemática pode ganhar repercussões ainda maiores quando envolve uma gestação de alto risco. As gestantes de risco representam 15% do total de mulheres grávidas (BRASIL, 2001). Para algumas mulheres, devido a características particulares, há chance de a gravidez ter desenvolvimento desfavorável, podendo afetar tanto a saúde da mãe quanto a da criança, caracterizando-as como gestantes do alto risco (BRASIL, 2010).

Em documento - *Gestação de Alto Risco* - o Ministério da Saúde ressalta que ao prestar assistência na gravidez de alto risco, a equipe de saúde deve levar em consideração entre outros aspectos, os emocionais e psicossociais da gestante, pois as dificuldades de adaptação são maiores pelo próprio termo utilizado para designar este grupo “de alto risco” (BRASIL, 2010). Entretanto, esse manual está direcionado para normas técnicas diante de patologias clínicas que venham a ocasionar alguma complicação à saúde materna e/ou fetal. Seria necessário, portanto, que ele contemplasse a promoção da saúde mental durante a gravidez e pós-parto, fornecesse informações de como o profissional de saúde identificaria as situações de risco e os fatores protetores, além das possibilidades de intervenção precoce.

A depressão no período gestacional consiste em temática ainda pouco explorada nas pesquisas. Deve ser compreendida como uma problemática de saúde pública no país, por constituir fator de risco para a depressão pós-parto (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Conforme Beretta et al. (2008), as mulheres que frequentam um serviço de pré-natal de alto risco direcionado para cuidados de uma gravidez patológica, teriam maior probabilidade de desenvolverem transtornos emocionais e requerem, portanto, uma assistência integral que contemple também sua dimensão psicoemocional. Face ao exposto, surgiu a curiosidade de investigar essa proposição, pois a presença de transtorno psíquico representa desordem adicional na saúde materna.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivos detectar a presença de sintomatologia depressiva na mulher assistida no pré-natal de alto risco e compreender sua experiência ao responder a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS).

REFERENCIAL TEÓRICO

A gravidez e puerpério são momentos da vida da mulher em que é necessário cuidado adicional, pois é caracterizado por alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção

social, podendo vir a refletir na saúde mental das mesmas (CAMACHO et al., 2006). Uma tensão pode emergir devido às expectativas em relação às mudanças que estão acontecendo e as que virão ocorrer (CAMACHO et al., 2010).

A gestação, por ser um fenômeno orgânico, evolui sem intercorrências na maioria dos casos. Conquanto, há uma parcela de mulheres que por possuírem alguma patologia ou desenvolverem algum problema durante o período gravídico, apresentam maiores chances de progresso desfavorável para criança e/ou mãe. Estas são caracterizadas como “gestantes do alto risco”, por necessitarem de procedimentos mais complexos presentes nos níveis secundário ou terciário da atenção à saúde e de profissionais adequados, objetivando impedir o desenvolvimento desfavorável (BRASIL, 2010).

A classificação de risco gestacional é realizada na primeira consulta de pré-natal da mulher, e o profissional deve sempre reavaliar nas consultas subsequentes (BRASIL, 2005). Fatores que impõem risco a uma gravidez, às vezes pré-existentes, devem ser detectados durante a anamnese, exame físico geral, gineco-obstétrico e ainda nas visitas domiciliares (BRASIL, 2010).

Algumas condições patológicas fazem com que a mulher precise de maior frequência nas consultas de pré-natal, hospitalizações e que sofra procedimentos invasivos, como: trabalho de parto prematuro; placenta prévia; deslocamento prematuro da placenta; amniorrexe prematura; diabetes gestacional e doença hipertensiva específica da gravidez (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005). A hipertensão arterial sistêmica, é uma das doenças de maior incidência entre as mulheres grávidas, cerca de 10%, apresentando risco para morbimortalidade materna e perinatal (BUCHABQUI; CAPP; FERREIRA, 2006).

A equipe de saúde que presta assistência no alto risco à mulher grávida deve avaliar constantemente as condições clínicas e obstétricas, repercussões das condições clínicas na gravidez, a melhor via e momento para o parto e aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2010).

Um requisito muito importante para o acolhimento da gestante consiste na disponibilidade para ouvi-la, por parte dos profissionais de saúde, assim, será possível detectar variações no humor, pensamento e comportamento que sejam indicativos de eventual transtorno psíquico (FALCONE et al., 2005).

Para melhorar a qualidade dessa assistência é importante a construção de manuais nacionais que orientem os profissionais. Um exemplo é o documento Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (2005), produzido pelo Ministério da Saúde de Portugal, que está direcionado aos profissionais de saúde como um instrumento de

informação para o auxílio nas consultas de pré e pós-natal. Consiste em um avanço ao proporcionar maior conhecimento ao profissional sobre a saúde mental e os métodos de rastreamento para uma depressão nesse período gravídico-puerperal.

A presença de condição patológica na gravidez pode ser apreendida de diferentes formas para as mulheres, desde sentimento de vitória diante da doença ou mesmo culpa, raiva e incompetência, podendo dificultar a vinculação da mãe com o filho. Por isso, a equipe de saúde que assiste essa mulher necessita ter conhecimento e sensibilidade para detectar e compreender a situação emocional que envolve a condição de alto risco (BRASIL, 2010).

A maternidade era compreendida como uma fase que representava efeito protetor na saúde mental da mulher, no entanto, o período gravídico-puerperal não as protege dos transtornos de humor (CAMACHO et al., 2006).

Como existem poucas informações sobre os transtornos psíquicos na gravidez, as pesquisas publicadas abordam apenas a depressão como única patologia que pode afetar a saúde mental da mulher nesse período da vida.

No entanto, as desordens mentais puerperais são frequentemente referenciadas na literatura, como a disforia (puerperal blues), que é manifestada, principalmente, entre o quarto e quinto dia de pós-parto, com duração máxima de duas semanas e possui remissão espontânea. A sintomatologia depressiva atinge o pico, geralmente, no sexto mês após o nascimento da criança e pode se manifestar até o primeiro ano. Ela causa significativas repercussões para a qualidade de vida materna, familiar e do filho. A psicose é um transtorno raro, mas de alta gravidade, e os sintomas se instalam por volta da segunda semana puerperal e consiste em situação de risco para a ocorrência de infanticídio (CAMACHO et al., 2006; CANTILINO et al., 2010).

A depressão está associada, frequentemente, a reações esperadas diante de certos sofrimentos e sentimentos de perda. Quando caracterizada como síndrome ou patologia, ocorrem alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). A sintomatologia é diversificada entre os indivíduos e às vezes difícil de reconhecer, algumas manifestações são: lentificação do pensamento e dos movimentos, esquecimento, dificuldade de concentração, padrões anormais de sono e agitação. Diversas linhas de estudo acreditam que a síndrome de depressão maior tenha base genética (SCHIFFER, 2009).

A depressão durante a gestação é um acontecimento psicopatológico, que mesmo em condições subclínicas, pode afetar a evolução da gravidez, em relação à mãe ou à criança.

Muitos profissionais de saúde ainda subestimam a severidade das consequências de uma depressão na saúde e bem-estar materno (LIMA; TSUNECHIRO, 2008).

Uma concepção bastante presente na literatura e no senso comum considera a maternidade inerente ao ciclo vital feminino, a qual a mulher é capaz de realizar enormes sacrifícios, como ser tranquila, compreensiva, equilibrada e amável, durante todos os momentos da gravidez, além de desenvolver amor automático pelos filhos. Essa afirmação consiste em uma representação romanceada construída e fortalecida ao longo do tempo, segundo a qual não se admite a existência de sentimentos de ambivalência vivenciados pela mulher, como o amor e ódio, e que por serem reprimidos, resultam em sentimento de culpa e geram sofrimento psíquico. Essa visão tem influenciado algumas mulheres no surgimento da depressão na fase gravídica e puerperal, por seus sentimentos não corresponderem a essas expectativas desejadas (AZEVEDO; ARRAIS, 2005).

São vários os fatores que podem contribuir para a ocorrência de depressão no período gravídico: antecedentes pessoais de depressão, gravidez indesejada, dificuldades na relação com o companheiro, baixo apoio emocional, vivência de situações negativas durante essa fase, menoridade, solidão, falta de companheiro, menor tempo de estudo e nível socioeconômico, histórico de aborto induzido (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005).

O diagnóstico da depressão na gravidez não é fácil por ocorrer uma sobreposição de sintomas entre a gravidez sem intercorrências e a depressão, conquanto, é realizado com maior frequência no 1º e 3º trimestre gestacional. Como no 2º trimestre tem-se o início da percepção dos movimentos fetais, ele é vivenciado, geralmente, de maneira mais positiva, sendo também momento adequado para identificar sintomatologia depressiva, como: tristeza, desespero, crises de choro e ideação suicida (PORTUGAL, 2005).

Devido às dificuldades de identificação da depressão gestacional, por sua etiologia multifatorial, vários pesquisadores realizaram estudos que apontassem para metodologias tanto de diagnose como de rastreio. A importância de instrumentos de rastreio para a sintomatologia depressiva encontra-se no fato de que quanto mais cedo for indicada sua presença, maiores possibilidades de intervenção poderão ser implementadas.

Durante as buscas de instrumentos de triagem para auxiliar na detecção dos quadros de depressão no pós-parto, surgiu a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (FIGUEIRA et al., 2009). Elaborada por Cox e colaboradores, foi depois validada em vários países no mundo, inclusive no Brasil por Santos (1995), em sua dissertação de mestrado.

A escala é autoaplicada e constituída por 10 questões que são cotadas de 0, 1, 2, 3, pontos de acordo com a gradação crescente da sintomatologia. Ao final de seu preenchimento,

cada item é somado e uma pontuação de 12 ou mais indica probabilidade de depressão (PORTUGAL, 2005).

No Brasil, pesquisadores utilizam diferentes pontos de corte para a identificação da depressão pós-parto (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Um estudo em Belo Horizonte (MG), entre 2005 e 2006, com 245 mulheres, utilizou ponte de corte 10. Em outra pesquisa realizada em Serra (ES) com 292 mulheres, adotaram 12 como ponto de corte. Em Fortaleza (CE), no ano de 2008, com 95 participantes, optaram por escore 13 (RUSCHI et al, 2007; FIGUEIRA et al., 2009; GOMES et al., 2010).

Não há instrumentos específicos para rastreio da depressão na gravidez, mas devido à praticidade, baixo custo e especificidade, a EPDS tem sido utilizada em vários países do mundo em mulheres no período gravídico com resultados favoráveis para detecção de sintomatologia depressiva neste período (CAMACHO et al., 2006; LUZ, 2013).

Quanto às formas de tratamento para os transtornos psiquiátricos na gravidez, podem ser psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia para os eventos mais graves. A escolha por tratamento biológico deve envolver a participação da gestante, família, médico obstetra e psiquiatra. Os riscos e benefícios, para além da eficácia do medicamento, são levados em consideração, pois possuem efeitos de toxicidade fetal, com consequente morte intrauterina, malformações anatômicas, retardo do crescimento, teratogenicidade comportamental e toxicidade neonatal (CAMACHO et al., 2006).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Estudo com abordagem quanti-qualitativa e tipologia exploratório-descritiva e transversal. A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador compreender a forma como os participantes do estudo encaram o fenômeno enfocado (MINAYO, 1999), adequando-se aos objetivos da investigação. E a razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir o número de pessoas de determinada população que compartilham uma característica ou um grupo de características (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Local e período da coleta

Foi realizado no mês de dezembro de 2012 no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado na cidade de Campina Grande, interior do estado da Paraíba, que é uma instituição referência para o município e cidades circunvizinhas.

População e Amostra

A população foi composta pelas mulheres cadastradas no pré-natal de alto risco do ISEA. A amostra foi constituída por 16 mulheres, que foram selecionadas segundo os critérios de inclusão: ser atendida no serviço de pré-natal de alto risco da maternidade em estudo e aceitar responder a EPDS. Os critérios de exclusão constituíram: ser menor de idade, estar no momento da entrevista sob o uso de drogas lícitas ou ilícitas que comprometessem as respostas, e ser portadora de algum transtorno mental devidamente diagnosticado em surto ou tratamento. Para definição do número da amostra foi adotado o critério de saturação das informações, ou seja, quando os dados coletados começarem a se repetir (MORSE, 1995).

Métodos e procedimentos

As informações foram coletadas através da observação participante, entrevista semiestruturada, fichas que descrevem os perfis das mulheres e EPDS. A entrevista consistiu no meio principal de coleta de dados, sendo a observação participante utilizada como recurso complementar para analisar a vivência dos pesquisadores no ambiente de estudo. O roteiro para entrevista girou em torno de uma questão central: “Como foi a sua experiência ao responder a EPDS?”. Por meio da escala avaliaram-se os aspectos emocionais da mulher nos últimos sete dias.

A ficha que visou o registro de informações sobre o perfil da participante da pesquisa é composta por variáveis socioeconômicas: idade, ocupação, estado civil, escolaridade, renda familiar e variáveis clínico-obstétricas: idade gestacional; número de gestações, partos e abortos; ocorrência de planejamento da gravidez e histórico de depressão pessoal ou familiar.

As participantes foram inicialmente informadas sobre a finalidade do projeto, a importância da participação e a não obrigatoriedade e o direito de interromper a contribuição com o estudo. Os dias e horários das entrevistas ficaram definidos a critério da rotina do

serviço de pré-natal e disponibilidade das mulheres. As entrevistas foram realizadas em locais reservados e de acordo com a disponibilidade de salas da instituição.

Análise dos dados

Os dados quantitativos, relativos ao perfil das puérperas, foram tratados através da estatística descritiva e apresentados em tabelas e gráfico, contendo frequência e percentuais. Para o tratamento dos dados qualitativos, procedeu à análise de conteúdo, do tipo temática, proposto por Bardin (2006). O conteúdo final foi agrupado por similaridade temática, e definidas categorias. Os resultados foram discutidos, a partir de inferências de outros autores do estudo, incluindo a interpretação, do tipo hermenêutica, como fase de conclusão da análise de conteúdo. A discussão foi balizada pela literatura pertinente à temática. As categorias analíticas foram ilustradas com recortes das falas das participantes.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com ortografia mantida na íntegra, para serem submetidas à leitura e análise de conteúdo, sendo suprimidos os vícios de linguagem de forma cautelosa para não prejudicar o discurso dos sujeitos. As participantes foram identificadas com a letra “M”, seguido de algarismo arábico, que determina a ordem em que as mulheres foram entrevistadas e garante sigilo em relação aos seus nomes.

A partir da análise dos discursos foram identificadas duas categorias: O que não é percebido, porque é naturalizado: “*é coisa de grávida mesmo*” e Identificação da mulher com a EPDS: “*tudo que tá escrito aí é do meu dia-a-dia*”.

Para o somatório das questões da EPDS, utilizou como ponto de corte o valor 12, apoiada em pesquisas realizadas na Região Nordeste, cujo perfil demográfico de mulheres atendidas na rede pública de saúde é bastante semelhante (LUZ, 2013).

Aspectos Éticos

Neste estudo foram preservados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde. A coleta dos dados só ocorreu após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, sobre número 0532.0.133.000-11 e autorização institucional do ISEA. As informações da pesquisa foram repassadas as participantes, em seguida, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que as mesmas atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa. Foi

assegurando as participantes o anonimato quando da publicação dos resultados e o sigilo de dados confidenciais.

DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Após a análise dos resultados dos perfis socioeconômico e clínico-obstétrico, foram obtidos os dados que estão expostos nas tabelas a seguir:

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica das mulheres grávidas acompanhadas no pré-natal de alto risco (Campina Grande, 2013)

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Idade		Escolaridade	
19-26	8 (50)	Fundamental Incompleto	2 (12,6)
27-34	7 (44)	Fundamental Completo	2 (12,6)
35-43	1 (6)	Médio Incompleto	3 (18,7)
Total	16 (100)	Médio Completo	7 (43,7)
		Superior Incompleto	1 (6,2)
Estado civil		Superior Completo	1 (6,2)
Com companheiro	15 (94)	Total	16 (100)
Sem companheiro	1 (6)		
Total	16 (100)	Renda Familiar (Salários-Mínimos)	
		Até 1	9 (56,2)
Ocupação		De 1 a 2	6 (37,5)
Sem remuneração	7 (44)	Mais de 2	1 (6,3)
Com remuneração	9 (56)	Total	16 (100)
Total	16 (100)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Na população de 16 mulheres, a faixa etária das entrevistadas variou entre 19 e 43 anos; a idade de maior prevalência foi de 19 a 26 anos, que representa fase de maior atividade reprodutiva da mulher. Resultados semelhantes foram encontrados por Marreiro et al. (2009), ao estudarem o perfil de 549 mulheres atendidas no ambulatório de alto risco do Pará, na qual a faixa etária de maior incidência de gravidez de alto risco foi entre os 21 e 30 anos.

Diferente das demais participantes, apenas uma não possuía companheiro, pois se tornou viúva durante a gravidez atual, fato que chama atenção pela possibilidade de maior sofrimento psíquico em virtude de a mulher vivenciar tal perda durante a gravidez. Sete mulheres não exerciam qualquer atividade econômica remunerada e se consideraram como do lar. Das entrevistadas, 7 mulheres relataram ter concluído o ensino médio e 9 tinham renda familiar de até um salário mínimo.

Essas características mostram que apesar da renda familiar das entrevistadas se concentrarem em até dois salários-mínimos, as mulheres tiveram mais anos de estudo,

possibilitando maior oportunidade de empregos, o que é relatado pela literatura como um fator de proteção para a depressão (PATEL; RODRIGUES; DESOUZA, 2002).

Tabela 2 - Caracterização clínico-obstétrica das mulheres grávidas acompanhadas no pré-natal de alto risco (Campina Grande, 2013)

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Nº de Gestações		Planejamento da gestação	
Primigestas	8 (50)	Planejada	10 (62)
Secundigestas	4 (25)	Não planejada	6 (38)
Multigestas	4 (25)	Total	16 (100)
Total	16 (100)		
		História de Aborto	
Idade Gestacional		Sim	5 (31)
1º trimestre	1 (6)	Não	11 (69)
2º trimestre	9 (56)	Total	16 (100)
3º trimestre	6 (38)		
Total	16 (100)	Histórico de Depressão	
		Pessoal	7 (44)
Nº de Partos		Familiar	4 (25)
Nulíparas	10 (62,5)	Não	5 (31)
Primíparas	3 (18,75)	Total	16 (100)
Múltiparas	3 (18,75)		
Total	16 (100)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Metade das mulheres se encontrava na primeira gestação e 10 delas eram nulíparas. Esse achado pode estar relacionado com maior informação e utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres na atualidade, refletindo declínio de gestação e paridade (MARREIRO et al., 2009).

Cinco do total das participantes possuíam histórico de aborto, sendo que 3 mulheres sofreram apenas 1 aborto e 2 estavam na sétima gestação com histórico de 2 abortos. Em revisão sistemática, Thiengo et al. (2011), apontam que a precedência de aborto representa componente de risco para a depressão na gravidez.

Seis participantes afirmaram que a gestação atual não havia sido planejada. Esse tipo de situação é recorrente em mulheres, independente da faixa etária ou nível de escolaridade a qual pertençam. Entretanto, a ausência de programação não denota que o filho não será desejado (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Os motivos do encaminhamento para serviço de alto risco, relatado pelas próprias mulheres, foram diversos: pressão arterial elevada, diabetes mellitus, dores pélvicas, perda de líquido, cisto ovariano, resultado de exame para toxoplasmose indeterminado, problemas respiratórios e cardíacos, além da falta de médico na unidade de saúde da família onde moram.

Embora a gestação possa trazer condições clínicas desfavoráveis para a saúde da mulher e a Estratégia de Saúde da Família esteja habilitada para dispensar atendimento qualificado e humanizado de pré-natal habitual, identificou-se que há uma demanda para o pré-natal de alto risco, o que não está de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Na amostra estudada, verificou-se que isso ocorreu em várias gestantes, que, à princípio, não tinham indicação de estarem sendo acompanhadas nesse nível de complexidade.

Vasconcelos e Zanoboni (2011) apontam como motivo para tais fatos que ainda há um déficit de profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por várias razões: o enfoque hospitalocêntrico das faculdades de medicina, falta de vivência em Medicina de Família, desinteresse do acadêmico ainda durante a graduação, jornada de trabalho integral, grande demanda assistencial e desvalorização profissional pelos próprios colegas. Por esses motivos, ocorre, muitas vezes, uma demanda excessiva nos serviços especializados para gestantes de alto risco.

Referente ao histórico de depressão, 7 das entrevistadas afirmaram ter antecedente pessoal e outras citaram ter antecedentes familiares, o qual juntos representam um total de 11 mulheres com histórico dessa desordem. A presença de transtorno psiquiátrico prévio constitui fator de risco para a depressão na gravidez (CAMACHO et al., 2006). Em pesquisa com mulheres na gravidez e puerpério, na qual foi aplicada a EPDS, observou-se que as mulheres que apresentavam sintomatologia depressiva durante a gestação, permaneceram com as mesmas características no pós-parto (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005).

O estudo realizado por Luz (2013), sobre a prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de baixo e alto risco, constatou níveis consideráveis de sintomatologia depressiva em mulheres grávidas, representando situação inquietante diante dessa problemática ainda pouco visualizada pela sociedade.

Por meio da avaliação dos discursos das participantes, foram identificadas duas categorias que refletem como está sendo abordada a saúde mental materna no contexto do pré-natal de alto risco.

O que não é percebido, porque é naturalizado: *“é coisa de grávida mesmo”*

A maternidade, representada como um momento sublime pela sociedade, é acompanhada por diversas alterações de ordem fisiológica e psicológica na mulher. Mudanças intrapsíquicas podem gerar estados de desequilíbrio, tornando a mulher mais vulnerável ao

desenvolvimento de conflitos que são produzidos devido ao papel social esperado e o real vivenciado (AZEVEDO; ARRAIS, 2005).

A partir disso, pode-se compreender que os sentimentos e as angústias da mulher passam despercebidos, na maioria dos casos, pelos profissionais de saúde e até mesmo por aqueles que mais convivem e compartilham esse momento com ela. Tal afirmativa pode ser evidenciada nas falas a seguir:

“é difícil alguém chegar e perguntar, às vezes nem entende porque a gente tá assim”. (M1)

“lá onde eu tinha o pré-natal, ele (o médico) não perguntava tantas coisas que a gente precisa dizer”. (M3)

“A gente sente que muda mesmo e ninguém perguntou nada sobre isso, a gente se sente um pouco incapaz”. (M4)

A ausência de uma atenção voltada para os anseios da mulher durante a gestação provoca estado de incapacidade, dúvida e insegurança perante esse novo papel. Este deve ser compreendido como um processo que é iniciado a partir da confirmação da gestação e construído ao longo da vida.

Identifica-se, desta forma, que a assistência pré-natal dispensada à mulher durante as consultas são direcionadas para o âmbito clínico e cumprimento de protocolos por parte dos profissionais de saúde. Em adição a isso, há ainda grande demanda por atendimento em curto espaço de tempo, tornando a abordagem da saúde mental dessa mulher precária ou mesmo inexistente, como exemplifica o depoimento a seguir:

“pra fazer o pré-natal, eles têm que saber o que tá se passando na mente da gente... pensa que a gente tá com cabeça pra ouvir o que eles tão dizendo, mas a gente não tá nem ligando”. (M9)

O depoimento confirma o que Oliveira (2008) já discutia sobre o fato de enfermeiros e médicos darem maior ênfase aos aspectos fisiológicos da mulher grávida, como avaliação do peso, medição da altura uterina, verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos cardíacos, não explanando interesse nos aspectos sentimentais.

A manifestação do choro foi um evento frequentemente relatado por algumas mulheres do estudo, sendo este encarado por parte dos profissionais e familiares, como algo “inerente” à própria gestação, período que a mulher encontra-se mais “sensível”. Nesse

contexto, as mulheres acabam apreendendo essa justificativa imposta e não dão a devida importância a esse fenômeno. Como exposto nos relatos:

“de vez em quando dá vontade de dá uma choradinha mesmo, mas é coisa de grávida mesmo, é só porque a grávida tá mais sensível”. (M11)

“às vezes dá vontade de chorar por qualquer besteirinha [...] Mãe disse: ‘Não, isso é normal, isso é porque é o começo da gravidez’”. (M15)

Embora o senso comum, e muitas vezes até os profissionais, encarem tais situações como “normais”, além das modificações fisiológicas, na carga emocional da mulher grávida estão presentes fatores psíquicos pré-existentes e atuais. Em uma gestação de alto risco, as dificuldades no ajustamento emocional são ainda maiores, por essa mulher ser rotulada como “alto risco”, portanto, diferente de outras mulheres grávidas (BRASIL, 2010). Pode ser compreendida também como uma condição muito grave à mulher, até mesmo com risco de morte.

É necessário que o profissional tenha conhecimento e habilidades para identificar a sintomatologia depressiva no pré-natal, por meio de cuidado integral à saúde da mulher, com avaliação de sua autoestima, rede de suporte emocional e perspectivas para o futuro (SILVA et al., 2010).

Identificação da mulher com a EPDS: *“tudo que tá escrito aí é do meu dia-a-dia”*

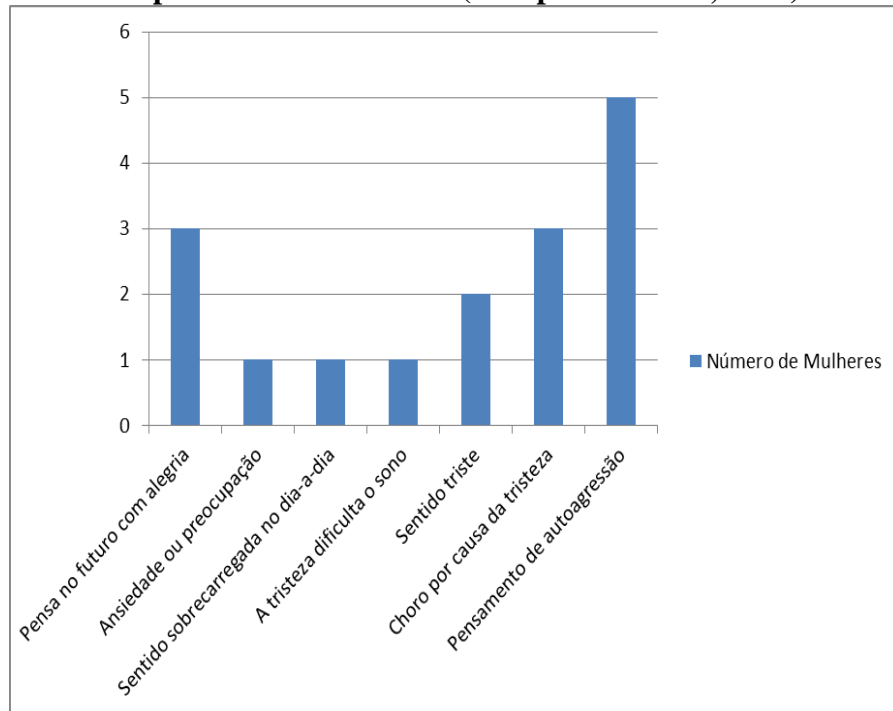
A EPDS aborda questões referentes às condições emocionais da mulher, englobando as seguintes temáticas: capacidade de rir, incapacidade de sentir prazer quando pensa no futuro, sentimento de culpa sem razão, ansiedade ou preocupação sem razão plausível, medo ou pânico sem motivos consideráveis, sentimentos de estar sobrecarregada pelas tarefas do dia-a-dia, dificuldade de dormir por causa da tristeza, sentimento de tristeza, choro por causa da tristeza e pensamentos de autoagressão/ideação suicida (LUZ, 2013).

Esse instrumento já foi validado no Brasil, porém é importante avaliar se representa uma ferramenta viável para que as mulheres a utilizem nos serviços de saúde, assim como, qual a relevância que as mulheres atribuem a EPDS. Portanto, foi indagada às participantes sobre a questão da escala que elas consideravam mais importante e por qual razão.

O Gráfico 1 apresenta a frequência com que as questões da EPDS foram citadas pelas mulheres como quesito mais relevante. Essa abordagem é interessante por proporcionar conhecimento sobre condição emocional negativa vivenciada pela mulher mesmo que a soma

total do escore seja inferior ao ponto de corte. Uma vez que a escala, por ser de rastreio, e a depender do momento gestacional, pode ainda não evidenciar níveis de sintomatologia depressiva.

Gráfico 1 - Questão mais relevante da EPDS para as mulheres grávidas acompanhadas no pré-natal de alto risco (Campina Grande, 2013)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Ao serem abordadas sobre o quesito que consideraram mais importante, algumas entrevistadas relataram uma identificação com questões da escala, por se tratarem de situações que estão sendo vivenciadas no período da atual gestação, envolvendo os conflitos do seu cotidiano:

“Porque tudo que tá escrito aí é do meu dia-a-dia”. (M8)

“Eu me sinto assim, bem dizer todo dia eu já acordo triste, com aquele desgosto”. (M9)

“Eu me sinto sobrecarregada com tudo que acontece dentro da minha casa”. (M6)

Para muitas mulheres, a gravidez é considerada um momento especial em suas vidas, conquanto, outras experimentam sentimentos negativos diante dessa fase, sendo necessário compreender que existem inter-relações entre as mudanças durante a gravidez, autoimagem e autoestima (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

A presença de sentimentos negativos diante da gestação atual parece ser vivenciada por algumas participantes do estudo. A referência recorrente a sentimentos de tristeza e vontade de chorar, por exemplo, estiveram presentes nos discursos, na qual, às vezes, relataram a ausência de motivo concreto para se sentirem dessa maneira.

Como quesito mais relevante, 5 das entrevistadas afirmaram ser a questão 10, na qual se aborda a ideia suicida. Duas dessas mulheres relataram tentativas de suicídio em algum momento de sua vida, não referindo relação com o contexto da gestação:

“Porque eu mesma já tentei”. (M4)

“Porque eu já tentei fazer uma coisa comigo”. (M8)

Uma tentativa de suicídio diz respeito a atos potencialmente letais que não resultam em morte, mas que exigem importante atenção. Cerca de 15 a 20% das pessoas que tentaram suicídio em algum momento da vida repetirão essa gesto novamente (AMARAL, 2007). Diante da repercussão que uma condição depressiva pode evoluir, a utilização de instrumento para rastreio de transtorno psíquico consiste em auxílio na assistência e possibilita tratamento precoce. Esse achado, por si só, constitui sinal de alerta para os profissionais que acompanham essas mulheres.

As outras 3 mulheres reconheceram a importância da questão 10, apontando a existência de pensamento suicida por algumas mulheres grávidas, no entanto não se incluíram nessa categoria:

“Porque tem mulher que não pensa na própria vida”. (M1)

“Eu achei muito importante, porque tem pessoas que pensam (em suicídio), então se essa pergunta fosse feita a alguém que pensasse nisso talvez poderia ser trabalhado e evitava até essas coisas”. (M14)

É importante compreender que a livre expressão dos sentimentos pela mulher pode se tratar de uma conduta terapêutica, pois possibilita maior controle sobre os sentimentos básicos em relação à maternidade, como a insegurança, desajustamento e inferioridade (OLIVEIRA, 2008). Assim, deve-se entender que a EPDS não é a única maneira para abordagem da sintomatologia depressiva, o profissional deve criar um espaço de diálogo por meio de conversa franca e aberta com a mulher, a fim de identificar questões importantes para melhor conduta de sua assistência.

A EPDS foi lida e respondida pelas participantes, e apenas 3 mulheres pediram ajuda às pesquisadoras, pela falta de compreensão das opções de algumas respostas.

Tabela 3 - Escore de Sintomatologia depressiva em mulheres grávidas acompanhadas no pré-natal de alto risco - EPDS (Campina Grande, 2013)

	< 12	≥ 12	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
ALTO RISCO	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A aplicação da EPDS neste estudo registrou escores de 2 a 23 pontos, com ponto de corte 12. A prevalência de depressão foi de 37,5 % (Tabela 3). Valor aproximado foi encontrado por Luz (2013), com prevalência de 30,4%, em pesquisa com 56 mulheres do pré-natal de alto risco em Recife (PE), com o mesmo escore. Esses números estão acima da média encontrada por Pereira e Lovisi (2008), que em estudo de revisão, constataram uma prevalência de 20% de depressão na gestação. Diante disso, essa pesquisa vem expor que as mulheres grávidas do pré-natal de alto risco estão exibindo escores elevados para sintomatologia depressiva quando rastreadas com a EPDS, bem como a utilização de outros instrumentos de rastreio e diagnóstico.

Os resultados apresentados pelo estudo reforçam a necessidade de adequada assistência ao pré-natal às mulheres grávidas, seja na atenção primária ou instituição especializada, pois a ocorrência de depressão na gravidez é um evento não desejável, devendo o profissional de saúde atuar para melhoria das condições psicossociais da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de estar grávida é vivenciada pelas mulheres de diversas maneiras, pois condicionantes sociais, demográficos, obstétricos, psíquicos e hormonais, interagem na construção da maternidade.

O presente estudo identificou a presença de sintomatologia depressiva nas mulheres do pré-natal de alto risco, manifestada por meio da vontade de chorar, sentimentos de tristeza, incapacidade e cansaço pelo acúmulo de tarefas. Tais emoções podem resultar no desejo de interromper a própria vida, o qual possui forte associação com histórico de depressão pessoal.

A EPDS é apresentada como ferramenta que auxilia os profissionais dos serviços de saúde na assistência à mulher grávida e que possibilita coerência para atendimento integral.

Sua utilização no cotidiano foi vista pelas participantes como algo importante, pois favorece que o profissional crie um momento de diálogo com a gestante, na qual essa compartilha sua experiência, que é singular para cada mulher, e as tornam participantes no processo saúde.

Os serviços de pré-natal de alto risco do Brasil, ainda estão direcionados à assistência para desordem de natureza física da gestante e/ou conceito e não para as condições psicológicas e psiquiátricas das mulheres. É necessária a ampliação dessa abordagem, que na teoria preza pela integralidade do sujeito, mas é vencido por um modelo de assistência ainda bastante presente no país, o biomédico.

A maior parte dos artigos publicados no Brasil sobre a depressão no período gravídico apresentam estudos de natureza apenas quantitativa, na qual se utilizam amostras de tamanhos variados e calculam a prevalência de depressão de acordo com escalas de rastreio, principalmente a EPDS. Essa abordagem garante pouca discussão e informação para o profissional de saúde que deseja utilizar-se desse instrumento na sua rotina, pois pouco avalia a importância e intensidade das sintomatologias pontuadas pelas mulheres, o qual possibilitaria maior orientação e qualidade na assistência à saúde materna.

Diante disso, espera-se que o conteúdo dessa pesquisa possa auxiliar os profissionais de saúde na detecção na depressão gestacional durante o pré-natal e para criação de ações preventivas. Pois, como foi inferido ao longo estudo, a utilização de instrumento de rastreio para a depressão possibilitou conhecimento significativo sobre os aspectos emocionais da mulher.

Portanto, é visível a necessidade de mais estudos sobre os transtornos psíquicos durante a gravidez e da incorporação da saúde mental no contexto do pré-natal por parte dos profissionais que prestam assistência a essas mulheres.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, G. F. do. Suicídio. In: PORTO, C. C. **Valdemecum de clínica médica**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 2 v.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2005.
- BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Rev. Interação em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 155-163, jan./jun. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. de A. Rego & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BERETTA, M. I. R. et al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 966-978, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Emergências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/Emergencias.htm> >. Acesso em: 25 abr. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 162 p.
- BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; FERREIRA, J. Adequação dos encaminhamentos de gestação de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006.
- CAMACHO K. G.; VARGENS O. M. C.; PROGIANTI J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 32-37, 2010.
- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- CANTILINO, et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 37, n. 6, p. 278-84, 2010.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.
- FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 79-84, 2009.

GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, v. 11, p. 117-123, 2010.

LIMA, M. O. P., TSUNECIRO, M. A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. **Rev. O mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 530-536, 2008.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Matern. Infant.**, v. 11, n. 4, out./dez. 2011.

LUZ, G. O. A. **Prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres grávidas portadoras de diabetes e em mulheres grávidas não portadoras de diabetes**. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco / Universidade Estadual da Paraíba, Recife, 2013.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARREIRO, C. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da fundação santa casa de misericórdia do Pará. **Rev. para med.**, v. 23, n. 3, jul./set. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MORSE, J. M. The significance of saturation. **Qualitative Health Research**, v. 5, n. 2, p. 147-149, 1995.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PATEL V., RODRIGUES M.; DESOUZA N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa. **Am J Psychiatry**, v. 159, n. 1, p. 43-47, 2002.

PEREIRA, P. K. ; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de Saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. 45 p.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SCHIFFER, R. B. Os distúrbios psiquiátricos na prática médica. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil medicina**. Tradução Adriana Pittella Sudré et al., 23. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, p. 3038-3051, 2009. 2 v.

SILVA, F. C. S. et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 411- 416, 2010.

SILVA, L.; SANTOS R. C., PARADA C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 899-904, 2004.

SANTOS, M. F. S. **Depressão pós-parto**: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

THIENGO, D. L. et al. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 129-138, 2011.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1494-1504, 2011.

World Health Organization (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10th Revision Version for 2007 Chapter V - Mental and behavioural disorders. Disponível em: < <http://www.who.int/classifications/icd/en/> >. Acesso em: 26 abr. 2013.

APÊNDICE A - Perfil da mulher grávida

Nome: _____

Idade: _____ Raça: _____ Ocupação: _____

Renda mensal familiar: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Nº de gestação: _____ Nº de parto: _____ Nº de aborto: _____

Motivo do encaminhamento ao alto risco: _____

Gestação foi planejada: _____

Possui histórico pessoal ou familiar de depressão: _____

Período da gestação atual: _____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com as mulheres

Questões Norteadoras:

1. Onde você começou a realizar o pré-natal?
2. Conte-me como ocorreu o seu encaminhamento para esse serviço?
3. Em algum momento das consultas de pré-natal o enfermeiro e/ou o médico perguntou sobre sua situação emocional?
4. O que você acha de se perguntar sobre esses assuntos que estão na escala nas consultas de pré-natal?
5. Você teve dificuldade de entender alguma parte da escala? Se sim, mostre-me qual foi à dificuldade e o por quê?
6. Na sua opinião, qual a pergunta da escala que você considerou mais importante?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

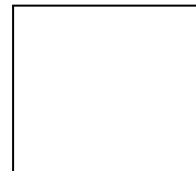
Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa intitulada “**Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado na gestação de alto risco**”, que tem como objetivo: conhecer a assistência prestada as gestantes do alto risco, e como ocorre o rastreamento e encaminhamento dos casos de depressão gestacional. Afirmo que recebi todas as informações e orientações sobre esse estudo e aceito participar por minha própria vontade, da forma como os pesquisadores explicam a seguir:

- Para isso, vamos realizar um encontro, no próprio serviço ambulatorial de gestação de alto risco, no qual serão realizadas algumas perguntas sobre a gestação e será respondida uma escala.
- Algumas dessas conversas vão ser gravadas, é o que vamos chamar de entrevista. Sempre que eu for gravar, vou lhe pedir antes e só gravarei se você deixar. Você só responde às perguntas se quiser e pode parar a qualquer hora. Essa gravação será escrita em folhas de papel, por mim. As únicas pessoas que vão escutar a gravação ou ler o que está escrito nas folhas serão: eu, você ou alguém de sua confiança.
- Só irei utilizar nessa pesquisa o que você permitir. O restante será guardado como um segredo. A permissão para utilizar as entrevistas e as partes que você não quer que sejam utilizadas, ficará garantida por sua e pela minha assinatura neste documento.
- Caso eu venha a utilizar as partes da entrevista que você permitiu o uso, em congressos de profissionais de saúde ou em revista, nunca vai aparecer seu nome ou qualquer outra coisa que facilite outra pessoa lhe encontrar.
- Garanto que sua participação nessa pesquisa não vai lhe fazer nenhum mal.
- Por isso, convido você para participar desse estudo. Se não quiser participar, não tem nenhum problema e, mesmo se você já estiver participando, pode sair quando sentir vontade.
- Se quiser saber mais alguma coisa ou tiver qualquer dúvida, no início, durante ou depois da pesquisa, pode ligar em qualquer dia da semana para o telefone (83) 3315-3312 e pedir para me chamar.

Campina Grande, ____ de _____ de ____.

Assinatura da colaboradora da pesquisa

(Pesquisador)



Contatos dos Pesquisadores:

Raísa Barbosa de Andrade: e-mail: raisabarbosa1@hotmail.com

Priscila Lopes Araújo: e-mail: priscila_lopes30@hotmail.com

Yris Luana Rodrigues da Silva: e-mail: yris_luluzinha@hotmail.com

Dra. Maria de Fátima: fatimasilveir@uol.com.br

Dr^{do} Hudson Pires O. Santos Junior. e-mail: hudsonjr@usp.br

ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE: 0532.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado

PESQUISADOR: Maria de Fátima de Araújo Silveira

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Encontra-se em sua segunda apreciação ética tendo atendido as solicitações anteriores. Diante do exposto, o parecer é projeto APROVADO, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 31/10/ 2011

Relator: 15

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

Andamento do projeto - CAAE - 0532.0.133.000-11



Título do Projeto de Pesquisa
 Saúde mental da mulher: a depressão pós-parto e os dispositivos de cuidado

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	16/09/2011 10:18:26	31/10/2011 13:58:33		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	29/08/2011 15:54:42	Folha de Rosto	FR458410	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	16/09/2011 10:18:26	Folha de Rosto	0532.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	31/10/2011 13:58:33	Folha de Rosto	0532.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Termo de autorização institucional



PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA
CNPJ: 24.513.574/0003 - 93

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Francimar Maria José Ramos Victor**, diretora do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo as alunas do curso de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB: **Priscila Lopes Araújo, Raísa Barbosa de Andrade e Yris Luana Rodrigues da Silva**, a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa apresentado para ao processo de seleção do PIBIC/UEPB/CNPq intitulado: “*Saúde Mental da Mulher: A depressão Pós-Parto e os Dispositivos de Cuidado na Gestação de Alto Risco*”, o mesmo orientado pela professora Maria de Fátima de Araújo Silveira.

Campina Grande, 07 de dezembro de 2012.

Dra. Francimar Maria José Ramos Victor
Diretora - ISEA

Rua Vila Nova da Rainha, 147 - Centro - 58400-220 - Campina Grande - PB - ☎ (083)3310-6356 FAX 3310-6388.



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA ☺

ANEXO C - VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH¹

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito freqüentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

¹Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., 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, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.