



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS



aelbra
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016

AEELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Bruna Carolayne Carvalho de Andrade Cesar

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ:
REVISÃO SISTEMÁTICA

Palmas – TO

2020

Bruna Carolayne Carvalho de Andrade Cesar

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ:
REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
II elaborado e apresentado como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Enfermagem pelo Centro
Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof^a. Me Ruth Bernardes de
Lima Pereira

Palmas – TO

2020

Bruna Carolayne Carvalho de Andrade Cesar

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ:

REVISÃO SISTEMÁTICA

Pesquisa apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I do curso de bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof^ª. Me Ruth Bernardes de Lima Pereira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me Ruth Bernardes de Lima Pereira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. Me Margareth Santos de Amorim

Nome da Avaliadora Interna

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. Dra Rafaela Peres Boaventura

Nome da Avaliadora Interna

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia primeiramente a Deus, minha família, orientadora, além daqueles que de forma direta ou indireta contribuíram, a todos esses dedico por ter me dado todo apoio necessário para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por guiar meus passos em toda graduação e por estar comigo em todos os momentos inclusive em cada letra escrita desse trabalho.

Agradeço a minha mãe Maria Adilse Carvalho de Oliveira por sua garra, determinação em educar a mim e a meu irmão e pelo apoio e incentivo nessa caminhada. E ao meu pai José Balduino Andrade Lopes pelo carinho e incentivo.

Agradeço ao meu esposo Lucas Cesar Leite que não tem medido esforços, sempre ao meu lado me incentivando na conclusão desse sonho.

Agradeço aos meus avós maternos Josefa Lima Carvalho de Oliveira e José Lourenço de Oliveira, e paternos José Dias de Andrade Lopes (*in memoriam*) e Maria José Pereira dos Santos (*in memoriam*) pelo amor, carinho e orações.

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu: há tempo de nascer, e tempo de morrer: tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou:[...]”.

(Eclesiastes 3:1-2)

RESUMO

CESAR, Bruna Carolayne Carvalho de Andrade. **Fatores de risco associados a depressão na gravidez: Revisão sistemática.** 2020. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Enfermagem, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

A gravidez é um período de intensas mudanças na vida da mulher, sendo estas físicas, hormonais, sociais e psicológicas. Essas mudanças costumam modificar toda uma filosofia de vida da gestante podendo ser de boa adaptação ou não. O não aceite ou adaptação, a depender do organismo e psicológico da mãe, alguns traumas, desconfortos e transtornos podem surgir e precisam ser visualizados e acompanhados por um profissional. Um dos transtornos que a gestante pode se deparar é com a depressão que apesar de acometer ambos os sexos, há um predomínio no sexo feminino, sendo muitas vezes justificada pela ocorrência de eventos marcantes durante a vida como a gestação, parto e puerpério. Este estudo teve por objetivo identificar fatores de risco associados a depressão na gravidez apresentados na literatura científica, nos anos de 2015 a 2020. Foram revisados sistematicamente estudos de ensaios clínicos randomizados/controlados nas seguintes bases de dados: BDENF, MEDLINE, LILACS; *SciELO* e Pubmed. Utilizando-se dos critérios estabelecidos pelo protocolo PRISMA®. Foram encontrados quatro estudos que avaliaram fatores de risco associados a depressão na gravidez, mostrando que são multifatoriais e que envolve fatores sociais, biológicos e psíquicos e três instrumentos para identificação da depressão. Os fatores de risco principais encontrados foram: baixa escolaridade, violência por parceiro íntimo(VPI), idade avançada, história prévia de depressão, status e estigma de HIV positivo e não aderência ao tratamento, e não envolvimento masculino/parceiro. Dessa forma torna-se necessário que profissionais observem os fatores de risco e apoderem-se dos instrumentos e promovam a promoção da saúde a esse grupo que tanto necessita do olhar cuidadoso e crítico, principalmente da enfermagem que está mais próximo das gestantes em cuidados pré-natais.

Descritores: Gravidez. Gestação. Depressão. Fatores de risco. Escalas de graduação psiquiátrica.

ABSTRACT

CESAR, Bruna Carolayne Carvalho de Andrade. **Risk factors associated with depression in pregnancy: Systematic review**. 2020. 53f. Course Conclusion Paper (Graduation) - Nursing Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas / TO, 2020.

Pregnancy is a period of intense changes in a woman's life, which are physical, hormonal, social and psychological. These changes usually modify a whole philosophy of life of the pregnant woman and may be of good adaptation or not. The non-acceptance or adaptation, depending on the mother's body and psychological, some traumas, discomforts and disorders may arise and need to be viewed and monitored by a professional. One of the disorders that the pregnant woman may face is depression, which despite affecting both sexes, there is a predominance in the female sex, being often justified by the occurrence of remarkable events during life such as pregnancy, childbirth and the puerperium. This study aimed to identify risk factors associated with depression in pregnancy presented in the scientific literature, in the years 2015 to 2020. Studies of randomized / controlled clinical trials in the following databases were systematically reviewed: BDNF, MEDLINE, LILACS; SciELO and Pubmed. Using the criteria established by the PRISMA® protocol. Four studies were found that evaluated risk factors associated with depression in pregnancy, showing that they are multifactorial and that it involves social, biological and psychological factors and three instruments for identifying depression. The main risk factors found were: low education, intimate partner violence (IPV), advanced age, previous history of depression, HIV positive status and stigma and non-adherence to treatment, and no male / partner involvement. Thus, it is necessary for professionals to observe the risk factors and take possession of the instruments and promote health promotion to this group that needs a careful and critical look, mainly from nursing that is closer to pregnant women in pre-care. Christmas.

Descriptors: Pregnancy. Gestation. Depression. Risk factors. Psychiatric graduation scales.

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1. Seleção dos artigos conforme fluxograma do método PRISMA@.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1 - Descrição dos componentes da pergunta de pesquisa, segundo o anagrama PICOS.....	26
Tabela 2 -Definição dos descritores no DeCS e MeSH de acordo com as palavras chaves.....	27
Tabela 3 - Artigos encontrados, revisados e incluídos, segundo a base de dados.....	30

LISTA DE QUADRO

Página

Quadro 1 - Sumarização dos estudos selecionados em ordem cronológica decrescente, entre os anos de 2015 a 2020, abordando os fatores de risco associados a depressão na gravidez.....	31
Quadro 2 Instrumentos para identificação da depressão na gravidez encontrado nos estudos selecionados entre os anos de 2015 a 2020.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDI	Inventário de depressão de Beck
EPDS	Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo
GMT	Tratamento Multicomponente
HADS	Escala Hospitalar Ansiedade e Depressão
HDRS	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISRSs	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
IPT	Psicoterapia Interpessoal
MINI	International Neuropsychiatric Interview
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMTCT	Prevenção de Transmissão Mãe para Filho
PYF	Protect Your Family
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
SES	Baixo Nível Socioeconômico
TAU	Tratamento Como de Costume
VD	Visita Domiciliar
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

LISTA DE SÍMBOLOS

p Probabilidade de Significância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	15
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA.....	16
1.3	OBJETIVOS	16
1.3.1	Objetivo Geral	16
1.3.2	Objetivos Específicos	16
1.4	JUSTIFICATIVA.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	PROBLEMAS DECORRENTES DA GRAVIDEZ.....	18
2.2	PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ.....	18
2.3	A GRAVIDEZ E DEPRESSÃO.....	20
2.4	TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ	21
2.4.1	Tratamento	21
2.4.2	Prevenção	21
2.5	BREVE HISTÓRICO DAS PRINCIPAIS ESCALAS PARA DEPRESSÃO	22
2.5.1	Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)	22
2.5.2	Escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D)	23
2.5.3	Inventário de depressão de Beck (BDI)	24
3	METODOLOGIA/ MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.1	DELINEAMENTO	26
3.2	FONTE DE DADOS	27
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	30
4	RESULTADOS	31
5	DISCUSSÃO	37
5.1	FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ.....	37
5.2	INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ.....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXOS	46
	ANEXO 1. <i>CHECK LIST PRISMA®</i>	47
	ANEXO 2 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)	50
	ANEXO 3 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)	51
	ANEXO 4 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A gravidez é um período de intensas mudanças na vida da mulher, sendo estas físicas, hormonais, sociais e psicológicas. Essas mudanças costumam modificar toda uma filosofia de vida da gestante podendo ser de boa adaptação ou não. O não aceite ou adaptação, a depender do organismo e psicológico da mãe, alguns traumas, desconfortos e transtornos podem surgir e precisam ser visualizados e acompanhados por um profissional (SILVA *et al.*, 2020).

Um dos transtornos que essa gestante pode se deparar é com a depressão que apesar de acometer ambos os sexos, há um predomínio no sexo feminino, sendo muitas vezes justificada pela ocorrência de eventos marcantes durante a vida como a gestação, parto e puerpério (LOYOLA *et al.*, 2019). A depressão é considerada um dos problemas psíquicos mais sérios nesses períodos, o qual na gestação pode se evoluir mais tarde para uma depressão puerperal e a psicose, se não percebida a tempo oportuno, além disso ter depressão na gravidez é fator predisponente para a depressão no pós-parto ocorrendo então uma evolução negativa. Estima-se que cerca de 20% das mulheres apresentem depressão em algum estágio de sua vida, sendo o período gravídico de maior risco (LOYOLA *et al.*, 2019).

Alguns estudos relatam que a depressão na gravidez influenciam não somente as grávidas acometidas, mas também todo o grupo familiar, tornando-se assim um problema ainda mais abrangente. Em um estudo transversal apresentou-se 31,9% de sugestão de adoecimento mental em gestantes, sendo associados a diversos fatores de risco envolvendo estado cívil, escolaridade e doenças crônicas, outro já relata também o envolvimento familiar e social, também, depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez, história de depressão na família, ser menor de idade e ser múltipara (GUIMARAES *et al.*, 2018; LOYOLA *et al.*, 2019).

Segundo os estudos a prevalência da depressão na gravidez tem se apresentado cerca de 20% em países em desenvolvimento e de 15% em países desenvolvidos (PEREIRA; LOVISI, 2008). Dessa forma entende-se a importância de identificar a depressão e seus fatores de risco nessa fase da vida da mulher e tratar de forma adequada, ou seja, com a ajuda e orientação de um profissional da equipe de saúde; esse suporte tem se mostrado em 23% como fator de proteção da depressão entre puérperas em um estudo e também pode ser entre

gestantes, além disso esses dados demonstram a importância de serviços de saúde voltados a atenção à gestantes a fim de que esse período de intensas mudanças seja menos laboroso (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

As mudanças físicas, hormonais, sociais e psicológicas estão presentes como já exposto e muitas vezes são inevitáveis, mas a forma como enfrentar e entender todo esse processo pode ter um diferencial quando essas mães são identificadas e são acompanhadas de forma adequada. Ao explicar cada passo da gestação e o que ocorre em cada período, permitindo a essas mães a oportunidade de se preparar para essas mudanças, muitos problemas podem ser evitados (DIAS *et al.*, 2018).

Acredita-se que a promoção da saúde no pré-natal com olhar minucioso para a parte emocional da gestante e a utilização de suporte de materiais e instrumentos conforme literatura, além da orientação ao planejamento familiar, pode mudar o cenário da depressão pré-parto e pós-parto no Brasil e onde mais for implantado esse zelo.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais fatores de risco são associados à depressão na gravidez descritos na literatura científica?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar fatores de risco associados a depressão na gravidez apresentados na literatura científica.

1.3.2 Objetivos Específicos

- I. Sumarizar, na literatura científica, os fatores de riscos associados à depressão na gravidez.
- II. Detectar, na literatura científica instrumentos para identificação da depressão na gravidez

1.4 JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre a depressão em gestantes têm instigado muitos autores, pelo fato que é uma fase de intensas mudanças corporais, hormonais e psíquicas e devido a isso mulheres podem desenvolver essa patologia nessa fase da vida. Acredita-se que seja por não saber lidar com essas mudanças, a qual atinge o trinômio mãe-bebê-família. Dessa forma torna-se um problema social que precisa de uma visualização cuidadosa e sensível. Além disso, precisa ser prevenida, para que não desencadeie outros problemas futuros e crônicos como a depressão puerperal, psicose e outros.

A depressão na gestante é um problema silencioso com sugestão de adoecimento em torno de 31,9% (GUIMARAES *et al.*, 2018). Possui uma prevalência de 15% e 20% nos países desenvolvidos e em desenvolvimento respectivamente (PEREIRA; LOVISI, 2008). O interesse pelo tema Também surgiu devido ter poucas pesquisas no Brasil e na área da enfermagem sobre o assunto e assim poderia contribuir com a temática de grande relevância para a saúde da mulher e considerando que a enfermagem tem sua atuação nas diferentes etapas da gestação.

Dessa forma esse estudo torna-se relevante aos acadêmicos e pesquisadores, principalmente da área da saúde, para ser objeto de abordagem e discussão em assuntos que retratam a promoção e prevenção da saúde mental em gestantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROBLEMAS DECORRENTES DA GRAVIDEZ

A gravidez é um evento fisiológico que resulta na geração de um novo ser, é um momento de intensas transformações para a mulher, seu (sua) parceiro (a) e toda família. Por ser um evento natural sua evolução, normalmente, ocorre sem intercorrências, porém não é assim para todas as mulheres, algumas são mais sensíveis a mudanças hormonais além de outros fatores prévios ou adquiridos na gravidez que podem tornar-se uma gestação de alto risco, necessitando de cuidado e acompanhamento especializado (BRASIL, 2020).

Alguns dos problemas de saúde prévios e adquiridos que podem tornar a gravidez de alto risco: os prévios pode-se destacar a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. E os adquiridos são hipertensão na gravidez (pré-eclâmpsia), hemorragias, diabetes gestacional, alterações do líquido amniótico, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), macrossomia fetal entre outros conforme Zugaib (2016), os quais mudam toda rotina da grávida, precisando se dedicar ao cuidado e tratamento dessas patologias além da gravidez em si.

Além dos fatores de saúde podem também fatores sociais de risco como a idade abaixo de 17 e acima de 35 anos; profissão (algumas atividades laborais colocam em risco o feto e a gestação); hábitos como o uso de medicamentos, ser etilista e/ou tabagista; situação social em relação a ter companheiro ou não, passado obstétrico e história familiar (CABRAL, 2017).

2.2 PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ

“A literatura demonstra que os transtornos psiquiátricos durante a gravidez, por mais comum que sejam, são subdiagnosticados e subtratados na prática clínica” (ZUGAIB, 2016, p. 1026). Além disso, os transtorno na gestação pode representar risco de transtornos também no pós parto e prejuízos na relação mãe-filho e no desenvolvimento da criança (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Apresenta-se abaixo os transtornos comuns na gestação e no puerpério relacionados a maternidade, e os quatro primeiros transtornos são conceituados conforme quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2014):

- 1. Depressão Maior:** Define Transtorno depressivo maior quando cinco ou mais dos seguintes sintomas estejam presentes e se pendurar por pelo menos duas semanas: humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer, perda de peso, insônia ou hipersônia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas. A prevalência desse transtorno é de 7% nos Estados Unidos.
- 2. Transtorno Afetivo Bipolar:** Pode ser tipo I ou II, sendo que o tipo I apresenta episódios maníacos, hipomaníaco e depressivo maior, enquanto o tipo II apresenta apenas episódios hipomaníaco e depressivo maior com prevalência de 0,6 e 0,8% nos Estados unidos.
- 3. Transtorno de Ansiedade/ Pânico:** Este transtorno é definido quando ocorre quatro ou mais dos seguintes sintomas: Palpitações/taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, sensação de asfixia, dor torácica, náusea, vertigem, calafrios, parestesias, desrealização, medo de perder o controle, medo de morrer. A prevalência em países latinos americanos é de 0,1 a 0,8% sendo mais frequente em mulheres e de 2 a 3% em países europeus.
- 4. Transtornos psicóticos:** Este transtorno é definido pela presença de um ou mais dos sintomas: delírios, alucinações, desorganização do pensamento (discurso), comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal(incluindo catatonia que é uma redução acentuada na reatividade ao ambiente) e sintomas negativos. Se considerado transtorno psicótico breve tem prevalência de 9% nos Estados Unidos dos casos de primeiro surto psicótico. É mais comum no sexo feminino.
- 5. Blues Puerperal:** ou tristeza puerperal, baby blues ou maternity Blues,é um quadro transitório, caracterizado por choro, irritabilidade, rápidas mudanças de humor, humor melancólico e dependência. Geralmente aparece até 10º dia pós-parto e acomete cerca de 50 a 85% das mães podendo evoluir para transtorno mais severo sendo fator de risco para a depressão pós-parto (CAMPOS; RODRIGUES, 2015; SILVA *et al.*, 2017).
- 6. Depressão Pós-Parto:** é caracterizada por irritabilidade, ansiedade, falta de energia e de motivação, agitação psicomotora, tristeza, choro, culpa, baixa auto-estima, alterações de apetite e sono e pensamentos suicida. Esta psicopatologia é tema de abrangência nacional e internacional atingindo de 10 a 15% em países desenvolvidos e até 40% em países em desenvolvimento contribuindo para morbimortalidade materna (BARATIERI; NATAL, 2019; MELO *et al.*, 2018).

- 7. Psicose Puerperal:** Considerado um quadro mais grave e menos frequente, ocorre nas primeiras duas semanas após o parto e caracteriza-se por ansiedade severa, alucinações e delírios exigindo intensa terapia, devido a consequências graves como o risco de suicídio; acomete de uma a cada 1.000 mães (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

2.3 A GRAVIDEZ E DEPRESSÃO

A gestação traz consigo mudanças físicas, hormonais, sociais e psicológicas na vida da mulher. Esta última mudança, a psicológica, não costuma ser alvo de observação nas consultas de pré-natal pelos profissionais, dessa forma muitos transtornos que podem ocorrer no período gestacional devido a essas mudanças podem passar despercebidos, como podemos citar a depressão, seja ela pré- natal ou mais tarde a pós-parto (SILVA *et al.*, 2020)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016-2017), a depressão é caracterizada por tristeza persistente, perda de interesse pelas atividades antes prazerosas, além de incapacidade de realizar atividades diárias durante pelo menos duas semanas. Essa doença apresenta diversos sintomas, que entre eles pode-se destacar a perda de energia, dificuldades para dormir, ansiedade, culpa ou desesperança até mesmo pensamentos suicidas.

Segundo a OPAS (2018) destaca a depressão como principal causa de incapacidades no mundo onde as mulheres são mais afetadas que os homens. Diante disso percebe-se a importância do cuidado a esse tema, não mais importante, porém essencial com gestantes que são mulheres e que precisarão ter capacidade de lidar com a maternidade em um futuro próximo, sendo outro ciclo da vida cheio de intensas adaptações (CALOU *et al.*, 2018).

Em um estudo longitudinal no Brasil o autor afirmou que 10 a 15% das gestantes vivenciam sintomas de depressão e ansiedade leves a moderada na gravidez, com sintomas semelhantes aos apresentados em qualquer outro período da vida da mulher. Além disso esses sintomas podem ser confundidos com sintomas comum da gestação e passar despercebidos, dessa forma precisa de atenção especial, estratégica e precoce, daqueles que acompanham essas mulheres para detectar os sintomas depressivos e tratá-los em tempo oportuno (LIMA *et al.*, 2017).

2.4 TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

2.4.1 Tratamento

O tratamento da depressão na gravidez atualmente tem sido realizado com antidepressivos, sendo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) os medicamentos de primeira linha devido a menores reações adversas, entre eles pode-se mencionar a fluoxetina, paroxetina e citalopram. A psicoterapia tem sido um tipo de tratamento também recomendado, tendo como exemplo a Psicoterapia Interpessoal (IPT) abordando todo um contexto de vida da mulher atuais e futuros (ANDERSON; LIESER, 2015).

Em um estudo randomizado foram utilizadas técnicas de relaxamento como intervenção de enfermagem sobre os níveis de depressão em gestantes de alto risco, a qual se mostrou eficaz com a diminuição de sintomas depressivos (ARAÚJO *et al.*, 2016). Portanto os tratamentos existem, mesmo necessitando de mais estudos sobre os mesmo, e o segredo para o melhor tratamento necessita sempre de uma minuciosa discussão entre a paciente e o profissional a fim de haver a escolha adequada à gestante de forma individualizada.

2.4.2 Prevenção

A prevenção sempre será a melhor escolha para qualquer problema, e para a depressão na gravidez é essencial, pois envolve não só a mulher, mas um trinômio mãe-bebê-família. Na literatura existem diversos estudos de como prevenir a depressão gestacional sendo a mais comum a detecção precoce por meio de escalas de rastreamento/diagnóstico de sintomatologia depressiva, por exemplo, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), sendo encontrada uma média de 24,7% de presença de depressão na gestação (LIMA *et al.*, 2017). Também o Inventário de Depressão de Beck com 17% de depressão na gestação e a Escala Hospitalar Ansiedade e Depressão (HADS) encontrado presença de 14,8%, entre outros (MOURA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

Dessa forma percebe que há diversos instrumentos para detectar a depressão na gestação de forma a preveni-la, porém nada substitui atenção minuciosa e sensível do profissional, em especial o (a) enfermeiro (a), nas consulta de pré-natal, e os instrumentos são

apenas suporte para rastreamento e/ou diagnóstico. A promoção da saúde com o esclarecimento de dúvidas, orientação e atenção dada nesse período cheio de surpresas, é necessário e reconhecido como essencial pelas gestantes para o desenvolvimento saudável da gestação (DIAS *et al.*, 2018).

2.5 BREVE HISTÓRICO DAS PRINCIPAIS ESCALAS PARA DEPRESSÃO

2.5.1 Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)

A Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) é uma escala de auto-referido de 10 itens, simples, que não precisa, necessariamente, de um profissional de psiquiatria para ser aplicado, podendo ser concluído em cinco minutos, mede a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. A escala foi desenvolvida e validada por Cox; Holden e Sagovsky (1987) com uma amostra de 84 mães em Edimburgo e livingstone e se mostrou eficaz para detectar a depressão pós parto em mães consideradas de risco.

Mais tarde a EPDS foi traduzida e validada no Brasil por Santos *et al* (2004) (ANEXO 2) com uma amostra de 378 mães em Pelotas RS; em relação aos pontos de corte para seu uso, o melhor ponto de corte para rastrear depressão pós-parto foi ≥ 10 ; para o rastreamento de casos moderados e graves, o melhor ponto de corte foi ≥ 11 ; para o diagnóstico, a EPDS foi válida apenas para prevalência de depressão pós-parto na faixa de 20-25%, com ponto de corte ≥ 13 apenas em populações de alto risco. O total de pontos varia de 0 a 30, considerando que quanto maior, mais risco.

A escala [...] “foi traduzido para mais de sessenta idiomas, validados na maioria das regiões do mundo e é recomendado como um complemento útil no Reino Unido para avaliação de mulheres perinatais”(COX, 2017, p. 1). Além disso tem sido mais comumente usada na depressão pós-parto, mas segundo Cox (2017) ela foi pilotada e validada para detecção de depressão pós- natal e pré-natal em clínicas comunitárias. O mesmo autor ainda afirma que a escala foi desenvolvida a mais de trinta anos e pode ser útil por várias décadas.

2.5.2 Escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D)

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), criada por Max Hamilton (1960) (ANEXO 3), é composta de 17 variáveis (considerada a versão mais utilizada), e requer avaliadores treinados e competentes para sua aplicação, que é sugerida em forma de entrevista. A escala original é composta por 21 itens, mas o próprio autor sugeriu, que os quatro últimos itens (variação diurna, desrealização, sintomas paranóides, sintomas obsessivos) fossem retirados porque eram menos frequentes e contribuíam para definir o tipo de depressão, e não sua intensidade (FREIRE *et al.*, 2014; HAMILTON, 1960).

Em uma revisão dos 40 anos de sua utilização considera a escala de Hamilton a primeira escala de heteroavaliação para depressão, ou seja, aplicada por um observador, sendo considerada a mais utilizada mundialmente e provavelmente a mais importante para esse fim, sendo considerada como “padrão-ouro” de referência para estudos de validação de outras escalas (GALLUCI; JUNIOR; HUBNER, 2001).

O autor da escala não estabeleceu ponto de corte para diferenciar normalidade de morbidade, e não há consenso nos escores; na prática atual aceita-se que escores acima de 25 pontos caracteriza pacientes gravemente deprimidos. Além disso sugere ser utilizada apenas em paciente previamente diagnosticados com depressão, e sua aplicação pode levar cerca de 30 minutos (GALLUCI; JUNIOR; HUBNER, 2001).

Mais tarde, um estudo por Freire et al (2014) no sul do Brasil com 231 sujeitos objetivou investigar as características psicométricas de uma versão traduzida da escala, propondo uma versão revisada que atenda aos critérios de adaptação transcultural para o contexto brasileiro. Esse estudo identificou-se o ponto de corte (9 pontos) para discriminar a presença ou não de sintomas de depressão. Dos 17 itens originais da escala, apenas o item que avalia a “consciência do transtorno” não apresentou carga fatorial satisfatória para avaliar depressão geral e foi eliminado; os 16 itens restantes agruparam-se em cinco dimensões (Humor deprimido, Anorexia, Insônia, Somatização e Ansiedade), o estudo determina um ponto de corte diferente do original e evidencia características psicométricas favoráveis para a utilização da escala no Brasil (FREIRE *et al.*, 2014).

A escala de Hamilton investiga como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação. Ela é composta por 17 itens, os quais podem ser pontuados numa

escala Likert que varia entre 0 a 2 ou 0 a 4, conforme a intensidade dos sintomas e o total de pontos varia entre 0 e 52 pontos (FREIRE *et al.*, 2014).

2.5.3 Inventário de depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck – BDI foi desenvolvido originariamente por Beck *et al* (1961), é uma escala de auto-avaliação utilizada tanto em pesquisa quanto na clínica, consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, com pontuação total que variam de 0 a 63. Segundo Beck, Steer e Carbin (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo; para amostras de pacientes com transtorno afetivo recomenda-se os seguintes pontos de corte: < 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

Um estudo no Brasil buscou avaliar as propriedades psicométricas da versão em português do inventário de depressão de Beck em três estudos: o primeiro foi com estudantes universitários brasileiros; o segundo com estudantes universitários, pacientes com pânico e pacientes com depressão; e o terceiro em uma amostra não clínica de universitários (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). Esse estudo encontrou em todas as suas análises que as participantes mulheres tinham escores mais altos do que dos homens para depressão e além disso evidenciaram a validade de construto da versão do BDI em língua portuguesa (ANEXO 4), corroborando também para sua utilidade em amostras clínicas e populações não-clínicas.

Segundo Wang e Gorenstein (2013) em uma revisão abrangente o BDI passou por uma revisão em 1996 para se enquadrar no DSM-IV passando então a retratar-se por Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) utilizando manifestações psicológicas e somáticas de episódios depressivos maiores de 2 semanas, compondo dois construtos: cognitivo-afetivo e somático-vegetativo. Também apesar de originalmente ter sido projetado para avaliar a gravidade da depressão as evidências mostram que o BDI-II pode ser recomendado para a triagem de casos prováveis de depressão maior.

No Brasil um estudo de adultos de uma comunidade com ampla variação de idades e níveis educacionais, evidenciou BDI-II fidedigno e válido para mensurar sintomatologia depressiva na população brasileira não clínica falante do português (GOMES-OLIVEIRA *et al.*, 2012). Encontrou também que homens pontuam escores mais baixos que mulheres e mostrou que os pontos de corte 10/11 tinha melhor limiar para detectar depressão, (BDI >10) e mostrou garantir aplicabilidade em amostras não clínicas para prever provável depressão.

O BDI-II conforme Wang e Gorenstein (2013), é protegido por direitos autorais e deve ser obtido do editor, esse fator torna-se um obstáculo contra a recomendação de seu uso como uma ferramenta padrão de autorrelato de segunda geração em todo o mundo de maneira generalizada, porém considera o BDI-II um questionário de baixo custo para medir a gravidade da depressão, com ampla aplicabilidade para pesquisa e prática clínica no mundo todo (WANG; GORENSTEIN, 2013).

Nessa mesma revisão abrangente os autores relatam que Beck e seus companheiros propôs as seguintes regras básicas para a interpretação do escore com diferentes especificadores de gravidade do BDI-II: 0-13 para indicar depressão mínima ou nenhuma depressão; 14-19, depressão leve; 20-28, depressão moderada; e 29-63, depressão severa (WANG; GORENSTEIN, 2013). Essa classificação é diferente do BDI original citada anteriormente diferenciando o BDI do atual BDI-II.

3 METODOLOGIA/ MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma revisão sistemática a qual é uma revisão de literatura que visa reduzir o viés através do uso de métodos explícitos com base em uma pergunta de pesquisa, que usa métodos sistemáticos reproduzível para a busca, seleção e avaliação crítica de estudos, resultando em uma sumarização (ANDRADE; OTTA, 2014; DONATO; DONATO, 2019). A natureza da pesquisa é quantitativa que se caracteriza pelo uso da quantificação por meio de técnicas estatísticas, [...] “que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las” (BUSATO, 2016, p. 101). Sendo procedimento metodológico descritivo o qual é traduzido também por Busato (2016), como aqueles que são descritas as características dos aspectos analisados procurando a associação da doença ou agravo e suas peculiaridades.

Para delimitação do problema de pesquisa foi utilizada a abordagem estratégica do anagrama PICOS que utiliza os acrônimos *Patient* (população), *intervention* (intervenção ou exposição), *comparison* (comparação), *outcomes*(desfecho) e *study type* (tipo de estudo) (GALVÃO; PEREIRA, 2014), conforme apresentado na Tabela 1

Considerando que, segundo Donato e Donato (2019) dependendo do método de revisão, não se torna necessário empregar todos os componentes do anagrama, dessa forma a questão de pesquisa foi formulada a partir das definições dos acrônimos dos elementos “população”, “intervenção”, “desfecho” e “tipo de estudo”, sendo o elemento “comparação” não utilizado.

Dessa forma a questão de pesquisa delimitada foi: quais fatores de risco são associados à depressão na gravidez descritos na literatura científica?

Tabela 1 Descrição dos componentes da pergunta de pesquisa, segundo o anagrama PICOS.

Acrônimo	Definição	Descrição	Componentes
P	<i>Patient</i>	Pode ser um paciente, um grupo de pacientes com condição particular, um problema de saúde ou cenário clínico de interesse	Grávidas com depressão

I	<i>Intervention</i>	Representa a intervenção ou aspecto de interesse do atendimento de saúde, pode ser: terapêutica; preventiva; diagnóstica; prognóstica e organizacional; pode ser indicador	Avaliação dos fatores de risco associados a depressão na gravidez
C	<i>Comparison</i>	Intervenção-padrão, a mais utilizada; nenhuma intervenção ou controle	Nenhuma intervenção ou controle
O	<i>Outcomes</i>	Resultados esperados (Desfecho ou resultado)	Fatores de risco associados a depressão na gravidez
S	<i>Study type</i>	Tipo de estudo	Experimentais

Fonte: próprio autor

Posteriormente a formulação do problema de pesquisa e o tipo de revisão foi realizada uma busca na plataforma base de registros de protocolos de revisões sistemáticas o “PROSPERO”, com o objetivo de evitar a duplicidade involuntária da publicação de revisões sistemáticas que avaliem a mesma questão de pesquisa. Na busca não foi encontrada nenhuma pesquisa que apresentasse a mesma questão clínica e dessa forma deu-se andamento a essa revisão.

3.2 FONTE DE DADOS

Após a definição da questão de pesquisa em busca de atender aos requisitos da revisão sistemática, foram identificados descritores usando as ferramentas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), combinando os descritores e seus sinônimos (palavras-chaves) apropriados em português e inglês, utilizando operadores booleanos “AND” e “OR” para as pesquisas avançadas em cada uma das bases de dados em busca do objetivo proposto. Para isso foram utilizados os seguintes descritores: “Gravidez”, “Depressão”, “Fatores de risco” e “ Escalas de Graduação Psiquiátrica”, a combinação dos descritores é apresentada pela (Tabela 2) .

Tabela 2. Definição dos descritores no DeCS e MeSH de acordo com as palavras chaves.

Palavra-chave/ Descritor	DeCS	MeSH
Gravidez	Gravidez	Gestation
Depressão	Depressão	Depression

Fatores de risco	Fatores de Risco	Risck Factors
Escalas de graduação psiquiátrica	Escala de graduação psiquiátrica	Psychiatric Status Rating Scales
Combinação	((gravidez) AND (depressão)) AND ((fatores de risco) OR escala de graduação psiquiátrica)) AND (fulltext:"1") AND mj:"Depressão" OR "Gestantes" OR "Transtorno Depressivo") AND type_of_study:("clinical_trials" OR "risk_factors_studies" OR "etiology_studies" OR "prognostic_studies") AND type:"article") AND year_cluster:[2015 TO 2020])	((gestation) AND (depression)) AND (("risck factors") OR (psycchiatric status rating scales))

Fonte: próprio autor

A busca dos artigos foi realizada nos seguintes indexadores de bases de dados digitais: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), e PubMed. As bases de dados específicas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS; *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Pubmed. Com o intuito de reduzir vieses e dar maior credibilidade a pesquisa a busca foi realizada por três pessoas a fim de corrigir algum erro eventual.

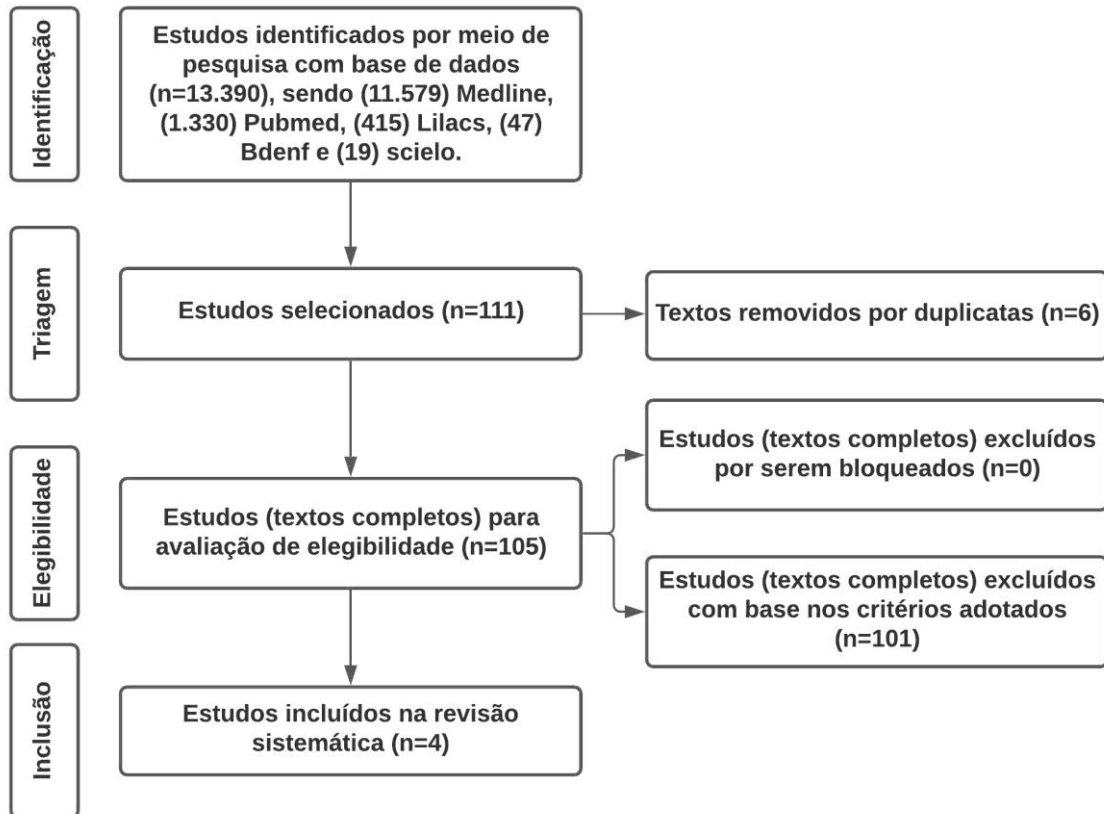
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A busca do estudo foi realizada selecionando o material da amostra com leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações identificadas nas bases de dados selecionadas. A fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão e exclusão e objetivando o refinamento da amostra utilizou-se o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA®* (Figura 1). A recomendação PRISMA® é composta por um *checklist* contendo 27 itens (ANEXO 1) e um fluxograma de quatro etapas. Esta recomendação tem como objetivo ajudar os pesquisadores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análise (MOHER *et al.*, 2015).

Foram realizadas filtragens em etapas para realizar o desfecho das buscas. Na primeira etapa (identificação) foram identificados 13.390 artigos sendo que 13.279 não se incluíam nos

critérios de elegibilidade para produção da amostra. Na etapa seguinte (triagem), dos 111 artigos selecionados, 6 foram eliminados por duplicatas. Na terceira etapa (elegibilidade), após a leitura dos 105 artigos, 0 estavam indisponíveis/bloqueados, e 101 foram excluídos com base nos critérios adotados. Sendo assim, 4 artigos compuseram a amostra.

Figura 1. Seleção dos artigos conforme fluxograma do método PRISMA®.



BDEFN: Base de Dados em Enfermagem; LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; Scielo: *Scientific Electronic Library Online*; PubMed. Fonte: próprio autor.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos de estudos primários, completos, publicados na íntegra, sem delimitação de idioma, publicados em periódicos nacionais e internacionais no período janeiro de 2015 a novembro de 2020, sendo estudos de causa e efeito que se referiram sobre os fatores de riscos associados a depressão na gravidez. O período de estudo de somente cinco anos se deve ao curto tempo que houve para realização da pesquisa e entrega dos resultados para aprovação na graduação (45 dias).

Foram excluídos estudos que contemplavam mulheres não grávidas e no pós-parto (Tabela 3).

Tabela 3 . Artigos encontrados, revisados e incluídos, segundo a base de dados.

Descritores controlados	Bases de dados	Encontrados	Revisados	Incluídos
(Gravidez) AND (Depressão) AND (“Fatores de risco”) OR (Escala de graduação Psiquiátrica)	MEDLINE	11.579	81	4
	PUBMED	1.330	25	1
	BDENF	47	1	0
	LILACS	415	4	0
	SCIELO	19	0	0
	Total	13.390	111	5

BDENF: Base de Dados em Enfermagem; LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; Scielo: *Scientific Electronic Library Online*; PubMed. Fonte: próprio autor.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi constituída na leitura dos estudos em meios eletrônicos e posteriormente na elaboração da tabela com os dados sumarizados, com informações de cada estudo como ano, autor, base de dados, tipo de estudo, fatores de risco para depressão e instrumento utilizado para identificar fatores de risco associados a depressão na gravidez, resultados e/ou conclusões.

Os dados foram discutidos com base nos fatores de risco e instrumentos utilizados para identificação da depressão na gravidez.

Para uma melhor análise dos artigos incluídos na revisão sistemática, o instrumento de coleta de dados Ursi e Gavão (2006), foi utilizado para contemplar itens como a identificação do artigo original, instituição da sede do estudo, tipo de pesquisa, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico.

Para organizar a discussão, foram criadas as seguintes categorias temáticas:

- Fatores de risco associados à depressão na gravidez
- Instrumentos para identificação da depressão na gravidez

4 RESULTADOS

No período estudado, dos 111 estudos selecionados, 4 compuseram a amostra conforme os critérios pré-estabelecidos. Os estudos foram ensaios clínicos randomizado (ECR), ou ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR) ou ECCR duplo-cego; buscavam de alguma forma avaliar um tipo de intervenção. A intervenção não é o foco desse estudo.

Os países de origem do estudo foram: dois da África do Sul, um da Holanda e um do Brasil. Em todos os estudos foram abordados assuntos relacionados a problemas psicológicos na gravidez e/ou no pós parto, porém as informações resgatadas foram somente relacionadas a depressão no período de gravidez que se enquadra no objetivo desta pesquisa.

Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o Quadro 1 a partir o instrumento de Ursi e Gavão (2006) modificado, contemplando nome do artigo, autores acrescentou-se (base de dados indexada, país e tipo de estudo), intervenção estudada, resultados e recomendações/ conclusões.

Quadro 1 . Sumarização dos estudos selecionados em ordem cronológica decrescente, entre os anos de 2015 a 2020, abordando os fatores de risco associados à depressão na gravidez

Nome do artigo	Autores, ano, base de dados, país e tipo de estudo	Intervenção estudada	Resultados	Recomendações/ conclusões
Estudo 1 O efeito do envolvimento masculino e uma intervenção de prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT) sobre os sintomas depressivos em mulheres sul-africanas	K. Peltzer, J. Abbamonte, L. Mandell <i>et al.</i> (2020) PUBMED África do Sul Ensaio Clínico Randomizado	-Prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT): PYF-“Protect your family”	Amostra: (n = 1370) - 45,4% das mulheres apresentavam sintomas depressivos -Fatores de risco: educação entre 10 e 11 anos de estudo	-As intervenções que visam a redução da depressão entre mulheres perinatais infectadas com HIV devem explorar modalidades para o envolvimento masculino significativo e

<p>perinatais infectadas com HIV</p>			<p>(p <. 0,01), Não aderência ao tratamento (p <. 0,01), estigma de HIV (p =. 0,09), Não envolvimento masculino (p <. 0,01), e violência psicológica por parceiro íntimo (p <. 0,01)</p>	<p>estratégias para diminuir o estigma do HIV e a violência do parceiro íntimo.</p>
<p>Estudo 2</p> <p>Tratamento multicomponente baseado em grupo para reduzir os sintomas depressivos em mulheres com problemas psiquiátricos e psicossociais comórbidos durante a gravidez: um ensaio clínico randomizado</p>	<p>L.Van Ravesteyn, A. Kamperman, T. Schneider <i>et al.</i>(2018)</p> <p>MEDLINE</p> <p>Holanda</p> <p>Ensaio Clínico Controlado Randomizado</p>	<p>-Tratamento multicomponente baseado em grupo (GMT) vs. Aconselhamento individual (tratamento como de costume, TAU)</p>	<p>Amostra: (n=158)</p> <p>- 46,2% de todos os participantes foi diagnosticado com um transtorno depressivo maior</p> <p>-1/3 derivado de um transtorno de ansiedade</p> <p>Fator de Risco: Transtorno de Ansiedade/ depressão anterior (p =0,31) porém, não significativo</p>	<p>Recomendou que novas pesquisas sobre terapias pré-natais para tratar a depressão também se concentrem em problemas psiquiátricos e psicossociais comórbidos, como transtornos de personalidade, baixo SES, suporte social e estilo de vida.</p>
<p>Estudo 3</p> <p>Suplementação de ômega-3 da gravidez ao pós-parto para prevenir os sintomas depressivos: um</p>	<p>J. Vaz, D. Farias, A. Adegboye <i>et al.</i>(2017)</p> <p>MEDLINE</p> <p>Brasil</p>	<p>-A eficácia de uma dose diária de suplementação de n-3 PUFA's (óleo de peixe) começando no segundo</p>	<p>-Amostra: (n=60)</p> <p>- 43,8% prevalência de sintomas depressivos</p> <p>Mulheres no</p>	<p>-O possível benefício em mulheres com histórico de depressão deve ser investigado mais detalhadamente,</p>

<p>ensaio randomizado controlado por placebo</p>	<p>Estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo</p>	<p>trimestre de gravidez e com duração de 16 semanas na prevenção da depressão pós-parto (PPD)</p>	<p>grupo de óleo de peixe (n=32) com história prévia de depressão apresentaram uma redução maior no escore EPDS do 2° para o 3° trimestre no óleo de peixe em comparação com o grupo de controle(n=28)</p> <p>-Fator de Risco: história prévia de depressão (P = 0,038)</p>	<p>já que poucos estudos enfocaram particularmente mulheres de alto risco e os resultados ainda são conflitantes.</p>
<p>Estudo 4</p> <p>Uso de álcool, violência entre parceiros e depressão - Um ensaio clínico controlado randomizado por grupo entre áreas urbanas</p> <p>Mães sul-africanas com mais de 3 anos</p>	<p>M. Rotheram-Borus, M. Tomlinson, I. Roux <i>et al.</i>(2015)</p> <p>MEDLINE</p> <p>África do Sul</p> <p>Ensaio clínico Randomizado Controlado</p>	<p>-Visita domiciliar(VD) por ACS</p>	<p>Amostra (n=904)</p> <p>-0.85(fator de carga) depressão na linha de base(grávidas)</p> <p>-A depressão não era foco no início do estudo.</p> <p>Fatores de Risco: Violência por parceiro íntimo(VPI), Status de HIV positivo, Idade mais avançada(18-42 anos). (P< 0,001) para todos</p>	<p>Intervenções futuras devem treinar os ACS sobre como lidar com VPI e depressão e, talvez, haveria melhorias na VPI.</p>

ACS: Agente Comunitário de Saúde; GMT: Tratamento Multicomponente; PMTCT: Prevenção de Transmissão Mãe Para Filho; PYF: Protect Your Family; SES: Baixo Nível Socioeconômico; VD: Visita Domiciliar; VPI: Violência po Parceiro Íntimo. Fonte: próprio autor

Os estudos mostraram que os fatores de risco associados à depressão na gravidez é multifatorial e que muitos deles são comórbidos, ou seja, uma mesma gestante tem vários fatores de risco que estão relacionados no desencadeamento dos sintomas depressivos. Entre os quatro estudos, três deles apresentaram mais de um fator para depressão (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015; VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018).

A história prévia de transtornos mentais esteve associado a sua ocorrência também na gravidez como: história prévia de depressão ($p=0,038$), depressão e ansiedade anterior ($p=0,31$) este sendo pouco significativo, mostrando comorbidade de transtornos nesse período (VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2017).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) também teve sua associação com a depressão na gravidez apresentando como fator de risco: estigma de HIV ($p=0,09$), status de HIV ($p<0,001$) e a não aderência ao tratamento ($p<0,01$), demonstrando que além de transtornos mentais outras doenças não mentais também podem desencadear a depressão em mulheres grávidas (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015).

A violência Por Parceiro Íntimo (VPI) foi apresentada em dois estudos, um deles especificou a violência psicológica por parceiro íntimo ($p<0,01$) e outro somente a violência por parceiro ($p<0,001$) como fator desencadeante a depressão no período perinatal (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015).

Outros fatores de risco associados à depressão na gravidez foram a baixa escolaridade, sendo educação entre 10 e 11 anos de estudo ($p<0,01$), a idade avançada sendo avaliada entre 18 a 42 anos ($p<0,001$) e também o não envolvimento masculino, ou seja do parceiro nessa fase gravídica ($p<0,01$) (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015).

Em todos os estudos a depressão esteve com índices importantes, demonstrando que essa patologia é prevalente e de relevância clínica, os valores esteve em 45,4%; 46,2% , 43,8% e 0.85 (fator de carga) entre os anos respectivamente (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015; VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2017).

Dos estudos, cada um deles apresentou uma intervenção para a depressão que apesar de não ser o foco dessa pesquisa, é apenas apresentada devido ao tipo de estudo dos

resultados, e o instrumento de análise dos dados utilizado. São as intervenções: Prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT): PYF-“Protect your family”; Tratamento multicomponente baseado em grupo (GMT); a eficácia de uma dose diária de suplementação de n-3 PUFA (óleo de peixe) de 16 semanas e a Visita domiciliar (VD) por ACS (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015; VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2017).

Os instrumentos utilizado nos estudos para identificar a depressão na gravidez também foram avaliados, a fim de apresentá-los nesse trabalho. Esses instrumentos estão em ordem cronológica decrescente apresentando: autores, o instrumento e seus resultados, conforme mostra no Quadro 2.

Quadro 2 Instrumentos para identificação da depressão na gravidez encontrado nos estudos selecionados entre os anos de 2015 a 2020

Autores	Instrumento	Resultados
K. Peltzer, J. Abbamonte, L. Mandell et al.(2020)	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS)	-45,4% das mulheres estavam acima do ponto de corte EPDS de 12 pontos
L.Van Ravesteyn, A. Kamperman, T. Schneider et al.(2018)	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS)	- 46,2% de todos os participantes foram diagnosticado com um transtorno depressivo maior - Não relataram ponto de corte usado -EPDS (faixa de pontuação: 0 – 30) -HDRS (intervalo de pontuação: 0 - 52)
J. Vaz, D. Farias, A. Adegboye et al.(2017)	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) e Entrevista estruturada para avaliar o diagnóstico de episódios depressivos maiores Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)	- EPDS Foi usada com ponto de corte ≥ 11 - 43,8% prevalência de sintomas

M. Rotheram-Borus, M. Tomlinson, I. Roux <i>et al.</i>(2015)	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS)	<p>- Não relatou ponto de corte usado</p> <p>-0.85(fator de carga) depressão na linha de base (grávidas) da amostra total de 904 participantes.</p> <p>-EPDS (faixa de pontuação: 0 – 30 quanto maior mais risco)</p>
---	---	---

EPDS: Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo; HDRS: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS); MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview. Fonte: próprio autor.

Todos os estudos utilizaram instrumentos para identificar a depressão na gravidez de forma a rastrear ou diagnosticar. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) foi utilizada em todos os estudos (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015; VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2017). Dois estudos utilizaram mais de um instrumento (VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018; VAZ *et al.*, 2017).

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS) foi utilizada para diagnosticar a depressão em conjunto com EPDS (utilizada apenas para identificar a depressão) em um estudo, não foi relatado ponto de corte, a depressão esteve presente em maiores escores, 46,2% de todos os participantes foi diagnosticado com um transtorno depressivo maior (VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018). O Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): entrevista estruturada para avaliar o diagnóstico de episódios depressivos maiores também foi utilizado em conjunto com EPDS (ponto de corte ≥ 11) encontrando 43,8% prevalência de sintomas depressivos (VAZ *et al.*, 2017).

Dois estudos utilizaram somente a EPDS: um identificou que 45,4% das mulheres estavam acima do ponto de corte (PELTZER *et al.*, 2020). O outro encontrou 0.85 (fator de carga), não relatou ponte corte, o risco de depressão estava presente em maiores pontuações em uma faixa de 0-30 (ROTHRAM-BORUS *et al.*, 2015).

5 DISCUSSÃO

Conforme os achados desta revisão sistemática, a depressão na gravidez se mostrou prevalente e suas causas possuem multifatores, apesar disso os estudos de ECR ou ECCR ainda são poucos em relação a temática. Acredita-se que isso demonstre que essa patologia ainda seja subdiagnosticada e subtratada na prática clínica (ZUGAIB, 2016).

Foi evidenciado que há instrumentos para detectar a depressão na gravidez na literatura científica. O de mais registro nas pesquisas nesse período foi a EPDS, sendo usada em todos os estudos com pontos de corte diferentes e alguns não apresentaram ponto de corte e referiu maiores escores como maior risco de depressão, sendo usada para rastrear e/ou diagnosticar (LIMA et al., 2017).

5.1 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

Separando por categorias nosso estudo encontrou fatores de risco sociais, biológicos e psíquicos, sendo os sociais: baixa escolaridade, não envolvimento masculino/parceiro, violência por parceiro íntimo(VPI) e idade mais avançada. Guimaraes *et al.* (2018) e Loyola *et al.* (2019) também evidenciaram a baixa escolaridade, a VPI, o não envolvimento familiar e social que se refere ao não envolvimento masculino, porém Guimaraes *et al.* (2018) contradiz em relação a idade, pois relata que ser menor de idade (adolescente) seja o fator de risco ao invés da idade avançada.

Os fatores psíquicos foram: história prévia de depressão, transtorno de ansiedade e depressão anterior. Uma revisão integrativa recente também demonstrou esses fatores psíquicos como de risco, além de outros fatores como os obstétricos e socioeconômicos que não foram encontrados nessa revisão (SILVA *et al.*, 2020).

Os fatores biológicos foram: status e estigma de HIV, status como sendo a condição de ter o HIV e estigma como a marca deixada pela doença no indivíduo. Estes fatores também estiveram presente em um estudo de desenho transversal que também retratou a baixa adesão ao tratamento como consequência da presença de depressão (NYAMUKOHO *et al.*, 2019).

Assim como nessa revisão sistemática, esses estudos citados anteriormente continuam a mostrar o quanto os fatores de risco associados a depressão na gravidez são comórbidos,

sendo em uma mesma amostra evidenciarem vários fatores de risco (GUIMARAES *et al.*, 2018; LOYOLA *et al.*, 2019; NYAMUKOHO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020). Devido a isso evidenciam a necessidade da detecção e o cuidado dessas mulheres o quanto antes nas unidades de cuidados pré-natais. Além disso somente um dos quatro estudos desta revisão foi realizado no Brasil (VAZ *et al.*, 2017). Os demais foram internacionais mostrando a escassez de estudos nacionais com a temática (PELTZER *et al.*, 2020; ROTHERAM-BORUS *et al.*, 2015; VAN RAVESTEYN *et al.*, 2018).

5.2 INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

A escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo EPDS foi utilizadas em todo os estudos incluídos nessa revisão, é um auto-relato, composto por dez perguntas que avaliam o humor da semana anterior (depressão e também a ansiedade), e a décima pergunta é sobre a frequência de pensamentos suicidas. Os respondentes podem escolher entre quatro respostas às questões, a sua avaliação pode ficar entre 0 e 3 pontos e pontuação total varia de 0 a 30 (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). A escala tem sido mais comumente usada na depressão pós-parto, mas segundo Cox (2017) ela foi pilotada e validada para detecção de depressão pós-natal e pré-natal em clínicas comunitárias.

Estudo realizado com 1708 mulheres grávidas e no pós parto na Hungria realizou uma triagem para identificar a prevalência da depressão e utilizou-se como instrumento a EPDS para triagem e encontrou-se como resultado 15,31% que pontuaram acima do ponto de corte na escala EPDS no primeiro trimestre, 14,29% no segundo trimestre, 11,87% no terceiro trimestre e 12,68% após o parto (HOMPOTH *et al.*, 2020). Esses achados foram inferiores aos dos estudos randomizados em todos os trimestres.

Um estudo com 384 grávidas utilizou o The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 6.0 que é uma breve entrevista diagnóstica para medir depressão atual e diagnóstico de depressão ao longo da vida encontrando acima de 40% e 31,8%, respectivamente; este instrumento exige um profissional treinado para sua aplicação, havia também o módulo suicídio que não foi discutido aqui. (GARMAN; SCHNEIDER; LUND, 2019). Os dados estiveram aproximados desta revisão que teve como resultado 43,8% de prevalência dos sintomas depressivos (VAZ *et al.*, 2017).

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS) apresenta 17 itens com pontuações variando de 0 a 54 também foi utilizada, para medir trajetórias latentes dos sintomas depressivos de moderados a graves, na gravidez foram encontradas em 91,4%, uma pontuação mais alta sugeriu maior gravidade dos sintomas depressivo, essa escala utilizou um ponto de corte de 17 pontos (GARMAN; SCHNEIDER; LUND, 2019).

Todos esse instrumentos mostraram-se eficazes para detectar a depressão na gravidez e os valores encontrados foram altos. Demonstrando a importância em utilizá-los na clínica a partir das menores suspeitas para detectar, rastrear ou diagnosticar os sintomas depressivos, permitindo que essas gestantes sejam identificadas e tratadas em tempo oportuno.

Limitações do Estudo

Algumas limitações do presente estudo foram que: o período de estudo foi de apenas cinco anos, não abordou todo período gravídico-puerperal e identificou-se pequeno número de publicações nos últimos anos. Mesmo sendo consenso que a depressão vem sendo bastante prevalente na sociedade, há baixo interesse dos pesquisadores em estudar saúde mental das gestantes com foco na depressão e seus fatores de risco em estudos de desenho clínicos randomizados que são importantes devido ao rigor científico e metodológico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática evidencia que os fatores de risco na gravidez é multifatorial, além disso os estudos com desenhos de ensaios clínicos são poucos que abordam esses fatores, mesmo que abordem a gravidez e os sintomas depressivos, os fatores de riscos não são avaliados apesar de serem comórbidos entre si.

Diversos instrumentos identificam ou possibilitam diagnosticar a depressão na gravidez, não há um somente específico para o período gravídico, o mais citado nos estudo foi a EPDS que é validada para o período perinatal (gravidez e pós-parto). Os demais instrumentos identificam a depressão e outros problemas psiquicos que também são avaliados por esses instrumentos.

Dessa forma torna-se necessário que profissionais observem os fatores de risco e apoderem-se dos instrumentos e promovam a promoção da saúde a esse grupo que tanto necessita do olhar cuidadoso e crítico, principalmente da enfermagem que estar mais próximo das gestantes em cuidados pré-natais.

Sugere-se que novos estudos que retratam os fatores de risco para depressão na gravidez sejam realizados com maior tempo de estudo em futuras revisões sistemáticas, outras também que possam retratar sobre as terapias que auxiliam no tratamento da depressão. Mais evidências em ensaios clínicos também são necessárias para respaldar práticas baseadas em evidência a fim de sua replicação em centros de cuidados perinatais.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Cheryl A.; LIESER, Carol. Prenatal depression: Early intervention. **The Nurse Practitioner**, [S. l.], p. 9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/DOI-10.1097/01.NPR.0000453645.36533.73>
- ANDRADE, Gabriela; OTTA, Emma. Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais em Psicologia Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies in Psychology. [S. l.], v. 33, n. January, p. 137–153, 2014.
- ARAÚJO, Wanda Scherrer de *et al.* Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Vitória ES, p. 8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/DOI: 10.1590/1518-8345.1249.2806>
- BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis SC, p. 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/DOI: 10.1590/1413-812320182411.28112017>
- BECK, A. T. *et al.* An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 561, 1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- BECK, Aaron T.; STEER, Robert A.; CARBIN, Margery G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 77–100, 1988. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- BUSATO, Ivana Maria Saes. **Epidemiologia e processo saúde doença**. 1ª edição ed. Curitiba: Intersaberes, 2016. *E-book*.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção**. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>. Acesso em: 22 maio. 2020.
- CABRAL, Antônio Carlos Vieira. **Guia de Bolso de Obstetrícia**. 2ª edição ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. *E-book*.
- CALOU, Cinthia Gondim Pereira *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. **Health and Quality of Life Outcomes**, Fortaleza, CE, p. 11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12955-018-0917-8>

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Pepsic**, Porto Alegre RS, p. 10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Luís MA, p. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/DOI:10.1590/1413-81232017225.21722015>

COX, J. ...; HOLDEN, J. ...; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, [S. l.], p. 782–786, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

COX, Jonh. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point ‘survival analysis’. **springer**, [S. l.], p. 789–790, 2017. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00737-017-0789-7>

DIAS, Ernandes Gonçalves *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, p. 11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>

DONATO, Helena; DONATO, Mariana. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Médica Portuguesa**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 227, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5^o edição ed. Porto Alegre RS: Artmed, 2014. *E-book*.

FREIRE, Manoela Ávila *et al.* Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 63, n. 4, p. 281–289, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000036>

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 183–184, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>

GALLUCI, J.; JUNIOR, Msc; HUBNER, Ck. **Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): Revisão dos 40 anos de sua utilização**. [S. l.: s. n.]

GARMAN, Emily C.; SCHNEIDER, Marguerite; LUND, Crick. Perinatal depressive symptoms among low-income South African women at risk of depression : trajectories and predictors. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-019-2355-y>

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 389–394, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Inventário de depressão de Beck : propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. psiquiatr. clín.**, [S. l.], n. January, 1998.

GUIMARAES, Fernanda Jorge *et al.* Preferencias Enfermedad mental en mujeres embarazadas. **Enfermería Global**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 499–534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

HAMILTON, M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 56–62, 1960. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 9, p. e00094016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>

HOMPOTH, EA *et al.* Depressziószűrés a várandósgondozásban. **ORVOSI HETILAP**, [S. l.], v. 161, p. 374–381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1556 / 650.2020.31659>

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, p. 8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700007>

LOYOLA, Carolina Fachetti *et al.* Perfil psicológico da gestante no pré e pós-parto. **Revista Educação e Saúde**, [S. l.], p. 327–336, 2019.

MELO, Synara Barbosa de *et al.* Depressive symptoms in postpartum women at Family Health Units. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife PE, p. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/1. http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100008>

MOHER, D. *et al.* Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

MOURA, Valéria Feitosa de Sousa *et al.* A depressão em gestantes no final da gestação. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, SP, p. 9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i4p225-233>

NYAMUKOHO, Eugenia *et al.* Depression among HIV positive pregnant women in Zimbabwe : a primary health care based cross-sectional study. [S. l.], p. 1–7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186 / s12884-019-2193-y>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde (org.). **Depressão: o que você precisa saber**. [s. l.], 2016-2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822. Acesso em: 22 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde (org.). **Folha informativa - Depressão**. [s. l.], 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 22 maio 2020.

PELTZER, Karl *et al.* The effect of male involvement and a prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) intervention on depressive symptoms in perinatal HIV-infected rural South African women. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 101–111, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00955-7>

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 144–153, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>

ROTHERAM-BORUS, Mary Jane *et al.* Alcohol Use, Partner Violence, and Depression. **American Journal of Preventive Medicine**, [S. l.], v. 49, n. 5, p. 715–725, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016 / j.amepre.2015.05.004>

SANTOS, Iná S. *et al.* **Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study**. Pelotas, 2004. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>. Acesso em: 21 maio. 2020.

SILVA, Marcela de Andrade Pereira *et al.* Tristeza Materna em Puérperas e Fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Maringá PR, p. 6, 2017. Disponível em: <https://doi.org/doi: 10.19131/rpesm.0186>

SILVA, Monica Maria de Jesus *et al.* Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. **Investigación y Educación en Enfermería**, Alfenas SP, p. 9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/DOI: 10.17533/udea.iee.v34n2a14>

SILVA, Mônica Maria de Jesus *et al.* Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 124–131, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100017>

VAN RAVESTEYN, Leontien M. *et al.* Group-based multicomponent treatment to reduce depressive symptoms in women with co-morbid psychiatric and psychosocial problems during pregnancy: A randomized controlled trial. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 226, n. July 2017, p. 36–44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.019>

VAZ, Juliana dos Santos *et al.* Omega-3 supplementation from pregnancy to postpartum to prevent depressive symptoms: A randomized placebo-controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1365-x>

WANG, Yuan-pang; GORENSTEIN, Clarice. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 416–431, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 3ª edição ed. Barueri SP: Manole, 2016. *E-book*.

ANEXOS

ANEXO 1. *Check list* PRISMA®

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise ou ambos.	1
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	7
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	15
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	16
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	Não há
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do segmento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	29
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para	27 e 28

		identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	30
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	28 e 29
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	29
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.	26 e 27
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	Não se aplica
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I^2) para cada meta-análise.	Não se aplica
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, meta regressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	Não há
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	28 e 29

Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	31 a 36
Risco de viés em cada estudo	19	Apresenta dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	Não há
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	Não há
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	Não há
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	Não há
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, meta regressão [ver item 16]).	Não há
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	37 a 39
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).	39
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	40
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	Não há

ANEXO 2 - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Table 1

Original version and Portuguese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Original version	Portuguese version
Tick the answer that best reflects how you have been feeling over the last seven days	Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias
1. I have laughed and been able to look on the bright side of life	1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
<input type="checkbox"/> Yes, as usual	<input type="checkbox"/> Como eu sempre fiz
<input type="checkbox"/> A little less now than before	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes
<input type="checkbox"/> Definitely less than before	<input type="checkbox"/> Sem dúvida, menos que antes
<input type="checkbox"/> No, not at all	<input type="checkbox"/> De jeito nenhum
2. I have looked forward to the future	2. Eu tenho pensado no futuro com alegria
<input type="checkbox"/> Yes, as usual	<input type="checkbox"/> Sim, como de costume
<input type="checkbox"/> A little less than usual	<input type="checkbox"/> Um pouco menos que de costume
<input type="checkbox"/> A lot less than usual	<input type="checkbox"/> Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/> Not at all	<input type="checkbox"/> Praticamente não
3. I have blamed myself unjustifiably when things have gone wrong	3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado
<input type="checkbox"/> No, not at all	<input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum
<input type="checkbox"/> Rarely	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Sim, às vezes
<input type="checkbox"/> Yes, very often	<input type="checkbox"/> Sim, muito freqüentemente
4. I have become anxious or worried for no good reason	4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
<input type="checkbox"/> Yes, very much so	<input type="checkbox"/> Sim, muito seguido
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes	<input type="checkbox"/> Sim, às vezes
<input type="checkbox"/> No, not often	<input type="checkbox"/> De vez em quando
<input type="checkbox"/> No, not at all	<input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum
5. I have felt frightened or panicky for no good reason	5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
<input type="checkbox"/> Yes, very much so	<input type="checkbox"/> Sim, muito seguido
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes	<input type="checkbox"/> Sim, às vezes
<input type="checkbox"/> No, not often	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> No, not at all	<input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum
6. I have not been able to face up to problems	6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
<input type="checkbox"/> Yes, I have felt incapable of facing up to problems most of the time	<input type="checkbox"/> Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I have not faced up to my problems as I usually would	<input type="checkbox"/> Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
<input type="checkbox"/> No, in the majority of cases I have been able to face up to problems relatively well	<input type="checkbox"/> Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
<input type="checkbox"/> No, I have been able to face up to problems as I always have	<input type="checkbox"/> Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7. I have felt so bad that I have had difficulty in sleeping	7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time	<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes
<input type="checkbox"/> No, not often	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> No, not at all.	<input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez
8. I have felt sad or unwell	8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time	<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes
<input type="checkbox"/> Yes, often	<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes
<input type="checkbox"/> Not often	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Not at all	<input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum
9. I have felt so sad that I have cried	9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time	<input type="checkbox"/> Sim, a maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> Yes, often	<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes
<input type="checkbox"/> Once in a while	<input type="checkbox"/> Só de vez em quando
<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Não, nunca
Tick the answer that best reflects how you have been feeling over the last seven days	Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias
10. I have thought about injuring myself	10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.
<input type="checkbox"/> Yes, often	<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes
<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Às vezes
<input type="checkbox"/> Rarely	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Nunca

Fonte: Santos et al (2004)

ANEXO 3 - Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)

APPENDIX I

ASSESSMENT OF DEPRESSION

Item No.	Score Range	Symptom	Score
1	0-4	Depressed mood	
2	0-4	Guilt	
3	0-4	Suicide	
4	0-2	Insomnia, initial	
5	0-2	" middle	
6	0-2	" delayed	
7	0-4	Work and interests	
8	0-4	Retardation	
9	0-2	Agitation	
10	0-4	Anxiety, psychic	
11	0-4	" somatic	
12	0-2	Somatic symptoms, gastrointestinal	
13	0-2	" " general	
14	0-2	Genital symptoms	
15	0-4	Hypochondriasis	
16	0-2	Loss of insight	
17	0-2	" " weight	
18	0-2	Diurnal variation { M E	
19	0-4	Depersonalization, etc.	
20	0-4	Paranoid symptoms	
21	0-2	Obsessional symptoms	

Grading

0	Absent
1	Mild or trivial
2	} Moderate
3	
4	Severe
0	Absent
1	Slight or doubtful
2	Clearly present

ANEXO 4 - Inventário de depressão de Beck (BDI)

Anexo 1

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupado-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupado-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo

Gorenstein e Andrade (1998)