



“Transtornos Mentais em Gestantes: Análise da Prevalência de Ansiedade e Depressão em Gestantes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)- Unicamp”

Andrea Saori Hosoda Henriques; Orientador: Profª Drª Renata Cruz Soares de Azevedo

Vigência: julho de 2019 a julho 2020

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), como Ansiedade, Depressão e queixas somáticas estão presentes em até 20 a 30% das gestantes. ^(1,2,3,4) Além do sofrimento psíquico provocado, os TMC podem contribuir para desfechos obstétricos adversos, tais como aumento do risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e dificuldades no processo da amamentação, importante não apenas pelo benefício nutricional e imunológico à criança, mas também pela interação mãe - bebê. ^(5,6,7,8)

Vários fatores influenciam negativamente a saúde mental materna, com destaque para componentes sócio demográficos e clínicos. A gravidez representa uma boa oportunidade para detectar e abordar os TMC, visto que há maior proximidade com a equipe de saúde. ^(9,10)

OBJETIVOS

Identificar a prevalência e fatores associados à presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) - ansiedade e depressão - em gestantes atendidas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/ Unicamp.

MÉTODOS

Sujeitos: Gestantes que iniciaram como caso novo ou retorno inicial de caso novo no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) - CAISM/ Unicamp nos meses de abril, maio e junho de 2019.

Tamanho amostral: Definido por delimitação temporal (3 meses), estimando avaliar no mínimo 100 gestantes.

Local da Pesquisa: Ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do CAISM-Unicamp, que realizam aproximadamente 800 atendimentos para gestações de alto risco por ano no CAISM. ⁽¹¹⁾

Instrumentos utilizados:

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-A e HADS-D)
- *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo* (EPDS)
- *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)
- Ficha de dados sócio-demográficos e clínicos

Procedimentos: No primeiro contato com a gestante no ambulatório, foram explicados os objetivos do estudo e feito o convite para participar da pesquisa. Às gestantes que aceitaram foi lido o TCLE e aquelas que aceitaram participar do estudo consentiram por escrito assinando-o. Em seguida foram aplicados os instrumentos. Caso a gestante apresentasse rastreamento positivo para um ou mais instrumentos, a equipe médica foi informada a respeito dos prováveis diagnósticos e a equipe de pesquisa encaminhou a gestante ao serviço de saúde mental do CAISM.

Análise dos dados: Os dados foram inseridos em banco de dados do programa Limesurvey. Foram feitas análises descritivas, apresentadas na forma de tabelas e gráficos. Para avaliar a associação de variáveis sócio-demográficas e clínicas com os instrumentos que medem TMC foram obtidas frequências (absolutas e percentuais) e aplicados testes de qui-quadrado ou exato de Fisher com o apoio do serviço de Estatística da FCM/Unicamp. O nível de significância adotado foi de 5% e o programa utilizado foi o The SAS System for Windows, versão 9.4.

ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por meio da Plataforma Brasil. Número do CAAE: 06796818.8.0000.5404.

RESULTADOS

Dos 186 casos novos de gestantes do ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco no período estudado, 20 não puderam ser abordadas. Das 166 abordadas, 15 (9%) recusaram participar do estudo. Assim, 151 gestantes concordaram em participar e assinaram o TCLE, sendo que 145 pacientes responderam integralmente os instrumentos de avaliação.

Dados sócio demográficos: as faixas etárias predominantes foram 18-24 anos (24,1%%), seguida de 30-34 anos (22,8%). A maioria é branca ou parda, refere ter religião e escolaridade até Ensino Médio. 90% tem parceiro fixo e mora com ele (73,8%); 88,3% tem ocupação (33,1% trabalho regular, 27,6% “dona de casa”, 12,4% trabalho informal e 6,9% estudante) e 46,2% informou receber renda (trabalho, benefício governamental ou aposentadoria). Para 56,2% das entrevistadas a principal renda é do marido, 22,2% da própria gestante e para as demais proveniente de outros familiares. Mais da metade das gestantes não possui casa própria, não possui empregada mensalista, tem carro próprio e acesso a internet.

Dados obstétricos: a maioria das gestantes veio encaminhada por Unidade Básica de Saúde (UBS), não é primigesta e não tem histórico de aborto. Foram avaliadas no 2º trimestre da gestação e souberam da gravidez com menos de 12 semanas gestacionais. A maioria das gestações não foi planejada, porém foi desejada.

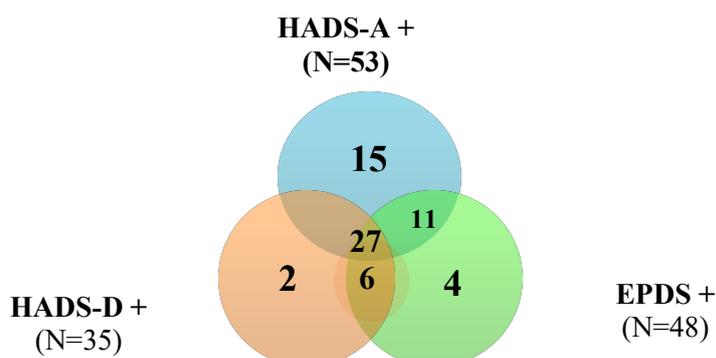
Entre as gestantes entrevistadas, 16,1% informaram ter algum **antecedente psiquiátrico pessoal**, destas, destacaram-se depressão (56,5%) e ansiedade ou síndrome do pânico (17,4%). Em relação ao **uso substâncias psicoativas (SPA)**, 22,8% das gestantes informaram ter usado alguma SPA ao menos uma vez nos últimos 3 meses.

Das gestantes avaliadas, **44,8% tiveram pelo menos uma triagem positiva para TMC e 26,2% tiveram triagem positiva para ansiedade e depressão concomitantemente.** Além disso, 69,6% das gestantes com antecedente psiquiátrico relatado tiveram triagem positiva para TMC na atual gestação.

Tabela 1- Triagem positiva nas escalas de Ansiedade e Depressão das gestantes avaliadas

Variável	Frequência (n=145)	Porcentagem (%)
HADS-A \geq 8	53	36,6
HADS-D \geq 9	35	24,1
EPDS \geq 10	48	33,1
Triagem positiva para 1 TMC	65	44,8
Triagem positiva para 2 TMC	38	26,8

Gráfico 1: Prevalência de Ansiedade, Depressão e sobreposição de Transtornos Mentais nas gestantes avaliadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco



Na análise estatística, a presença de TMC associou-se a gestação não planejada, gestação não desejada, gestação não planejada ou não desejada e antecedentes psiquiátricos pessoais nos três instrumentos utilizados. Ser mãe solteira ou não viver com companheiro associou-se a depressão pelo HADS-D e situação conjugal sem parceria pelo instrumento EPDS.

Não houve associações estatisticamente significativas com as demais variáveis sócio demográficas, obstétricas e relacionadas ao uso de SPA no último trimestre.

Tabela 2- Associação de variáveis com Ansiedade pelo HADS-A

Variável	HADS A \geq 8			P-Value
	Não (N=92)	Sim (N=53)	Total (N=145)	
Gestação Planejada				
N	45 (49.5%)	42 (80.8%)	87 (60.8%)	0.0002 ²
S	46 (50.5%)	10 (19.2%)	56 (39.2%)	
Gestação Desejada				
N	19 (21.1%)	19 (36.5%)	38 (26.8%)	0.0454 ²
S	71 (78.9%)	33 (63.5%)	104 (73.2%)	
Gestação Não Planejada ou não Desejada				
N	46 (50.5%)	10 (19.2%)	56 (39.2%)	0.0002 ²
S	45 (49.5%)	42 (80.8%)	87 (60.8%)	
Presença Antecedentes Psiquiátricos				
N	87 (94.6%)	33 (64.7%)	120 (83.9%)	<.0001 ²
S	5 (5.4%)	18 (35.3%)	23 (16.1%)	

² based on Chi-square test

Tabela 3- Associação de variáveis com Depressão pelo HADS-D

Variável	HADS D \geq 9			P-Value
	Não (N=110)	Sim (N=35)	Total (N=145)	
Mãe solteira ou não vive com companheiro				
N	89 (80.9%)	18 (51.4%)	107 (73.8%)	0.0006 ²
S	21 (19.1%)	17 (48.6%)	38 (26.2%)	
Gestação Planejada				
N	57 (52.3%)	30 (88.2%)	87 (60.8%)	0.0002 ²
S	52 (47.7%)	4 (11.8%)	56 (39.2%)	
Gestação Desejada				
N	23 (21.3%)	15 (44.1%)	38 (26.8%)	0.0088 ²
S	85 (78.7%)	19 (55.9%)	104 (73.2%)	
Gestação Não Planejada ou não Desejada				
N	52 (47.7%)	4 (11.8%)	56 (39.2%)	0.0002 ²
S	57 (52.3%)	30 (88.2%)	87 (60.8%)	
Presença Antecedentes Psiquiátricos				
N	99 (91.7%)	21 (60.0%)	120 (83.9%)	<.0001 ²
S	9 (8.3%)	14 (40.0%)	23 (16.1%)	

² based on Chi-square test ³ based on Fisher's exact test

Tabela 4- Associação de variáveis com Depressão pelo EPDS

Variável	EPDS ≥10			P-Value
	Não (N=97)	Sim (N=48)	Total (N=145)	
Situação Conjugal com Parceria				
N	7 (7.2%)	9 (18.8%)	16 (11.0%)	0.0370 ²
S	90 (92.8%)	39 (81.3%)	129 (89.0%)	
Mãe solteira ou não vive com companheiro				
N	79 (81.4%)	28 (58.3%)	107 (73.8%)	0.0029 ²
S	18 (18.6%)	20 (41.7%)	38 (26.2%)	
Gestação Planejada				
N	50 (52.1%)	37 (78.7%)	87 (60.8%)	0.0022 ²
S	46 (47.9%)	10 (21.3%)	56 (39.2%)	
Gestação Desejada				
N	18 (18.9%)	20 (42.6%)	38 (26.8%)	0.0028 ²
S	77 (81.1%)	27 (57.4%)	104 (73.2%)	
Gestação Não Planeja ou não Desejada				
N	46 (47.9%)	10 (21.3%)	56 (39.2%)	0.0022 ²
S	50 (52.1%)	37 (78.7%)	87 (60.8%)	
Presença Antecedentes Psiquiátricos				
N	88 (91.7%)	32 (68.1%)	120 (83.9%)	0.0003 ²
S	8 (8.3%)	15 (31.9%)	23 (16.1%)	

² based on Chi-square test

DISCUSSÃO

A prevalência de 44,8% de TMC na população analisada foi superior aos dados de literatura,^(12,13,14) provavelmente pelo perfil de gestantes que é encaminhada ao PNAR, composto por mulheres que já apresentam antecedente médico ou fator de risco que indica a realização do pré-natal em serviço de atendimento hospitalar terciário de alta complexidade como é o CAISM.

O rastreamento positivo para Transtorno de ansiedade foi de 36,6% nas gestantes avaliadas, dado superior à literatura.⁽¹⁵⁾ Foi encontrado rastreamento positivo para depressão em 24,1% das pacientes pela HAD-D e 33,1% pela EPDS. Consideramos que o EPDS, construído para uso no período gestacional e puerperal, se mostrou uma ferramenta mais sensível para detecção de depressão na gestação, em acordo com dados na literatura.⁽¹⁶⁾

A frequência de gestantes com antecedente psiquiátrico relatado e que tiveram triagem + para TMC foi de 69,6%, ressaltando a importância deste rastreio durante o pré-natal, principalmente naquelas que já tem histórico anterior de TM ou algum tipo de vulnerabilidade social.⁽¹⁴⁾

Em acordo com a literatura, houve associação de Ansiedade e/ou Depressão com variáveis sócio demográficas e clínicas: gestação não planejada, gestação não desejada, gestação não planejada ou não desejada, presença de antecedentes psiquiátricos, mãe solteira ou não vive com o companheiro e situação conjugal sem parceria.^(17,18,19,20,21,22,23) A robusta associação de TMC e gestação não planejada ou não desejada reforça a importância do acesso a métodos contraceptivos às mulheres.^(20,24,25)

Não foram evidenciadas associações estatisticamente significativas entre TMC e variáveis sócio-demográficas e clínicas apontadas na literatura (gestantes mais jovens, etnia negra, desempregada/sem ocupação, baixa escolaridade, primigesta, histórico de aborto e uso de SPA durante a gestação).⁽¹⁷⁾ Este dado provavelmente reflete o pequeno número de gestantes avaliadas, que pode ter limitado as associações.

Os dados apresentados apontam elevada prevalência de Depressão e Ansiedade em gestantes acompanhadas em ambulatório especializado para gestações de alto risco. Considerando que a maioria

das gestantes provém de UBS, o estudo corrobora a importância da inclusão de instrumentos de triagem de TMC de fácil aplicação no contexto da Atenção Primária e serviços de referência, visando o cuidado pré-natal ampliado, com potencial minimização de danos para o binômio mãe-bebê.

CONCLUSÃO

A prevalência de 44,8% de TMC na população analisada foi superior aos dados de literatura, caracterizando o perfil de gestantes seguidas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do CAISM.

A associação de TMC e gestação não planejada ou não desejada reforça a importância da facilitação do acesso a métodos contraceptivos às mulheres.

A relação entre TMC e antecedentes psiquiátricos realça a relevância de rastreio e abordagem de TMC durante o pré-natal de gestantes que já tem de histórico anterior de TM.

A associação de TMC com ser mãe solteira ou não viver com o companheiro e situação conjugal sem parceria destaca o valor e a necessidade de medidas de apoio social para gestantes com maior vulnerabilidade.

A EPDS demonstrou ser um instrumento de triagem de TMC mais sensível para uso na gestação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC da Unicamp – CNPq, ao Prof^o Dr. Rodolfo Pacagnella, à residente de psiquiatria Renata Duarte, que me auxiliaram desde o início e aumentaram ainda mais meu interesse na área de Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia.

BIBLIOGRAFIA

1. Fisher J, de Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139–49.
2. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: Prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil : Depression and Anxiety during Pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(5):335–43.
3. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384(9956):1775–88.
4. Van de Loo KFE, Vlenterie R, Nikkels SJ, Merkus PJFM, Roukema J, Verhaak CM, van Gelder MMHJ. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. 2018. *BirthBirth: Issues on Perinatal Care.* 1–5.
5. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen;* 67(10):1012–24.
6. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(8):826–37.
7. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord.* 2015;176:24–34.
8. Meltzer-Brody S, Stuebe AM. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;6(1):49–60.
9. Engle PL. Maternal mental health: program and policy implications. *Am J Agric Econ.* 2009;89(June):963–6.
10. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cien Saude Colet;* 19(1):215–26.
11. CAISM/UNICAMP- Divisão Obstetrícia, Campinas. 2018. <https://www.caism.unicamp.br/index.php/assistencia/obstetricia>.
12. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Tesfaye F, Lakew Z, Worku B et al. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: The P-MaMiE population based cohort study. *Trop Med Int Health.* 2009; 14 (2): 156-166.
13. Silva R, Ores L, Mondin TC, Rizzo RN, Moaes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(9): 1832-1838.
14. Marchesi C, Ampollini P, Paraggio C, Giaraconi G, Ossola P, De Panfilis C, et al. Risk factors for Panic Disorder in pregnancy: A cohort study. *J Affect Disord.* 2014;156:134–8.
15. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety Disorders During Pregnancy. *J Clin Psychiatry.* 2014;02129(October):e1153–84.
16. Corrêa PH, Malloy-Diniz L, Silva MAR. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system, *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):79-84.
17. Biaggi A, Conroy S, Awlby S, Pariante CM. 2016. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders,* 191, 62–77.
18. Bilszta JL, Tang M, Meyer D, Milgrom J, Ericksen J, Buist AE. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 42 2008, pp. 56-65.
19. JeongHG, LimJS, LeeMS, KimSH, JungIK, JoeSH. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen. Hosp. Psychiatry,* 35, 2013, pp. 354-358.
20. FellenzerJL, CibulaDA. Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. *Matern. Child Health J.,* 18, 2014, pp. 2426-2436.
21. Raisanen S, LehtoSM, NielsenHS, GisslerM, KramerMR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open* 2014; 4:e004883.
22. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai Ind. *Psychiatry J.,* 22, 2013, pp. 37-40.
23. Karmaliani N, Asad CM, Bann N, Moss EM, McClureO, PashaLL, Wright; Goldenberg RL. Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int. J. Soc. Psychiatry,* 55, 2009, pp. 414-424.
24. BayrampourH, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery,* 31, 2015, pp. 582-589.
25. LancasterCA, GoldKJ, FlynnHA, YooH, MarcusS. M, DavisMM. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 202(1), 5–14.