

Universidade Católica de Pelotas

ALESSANDRA PONTES DE ALMEIDA PERES

**SUPORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A RELAÇÃO EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES**

**PELOTAS, RS
2010**

ALESSANDRA PONTES DE ALMEIDA PERES

**SUPORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A RELAÇÃO EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

PELOTAS, RS

2010

**SUPORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A RELAÇÃO EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1º Examinador Prof. Dr. Jean Pierre Oses

2º Examinador Prof^a. Dr. Maria da Glória Santana

Pelotas, 26 de janeiro de 2010.

Agradecimentos

Às gestantes, presenças essenciais para o acontecimento deste estudo.

Ao meu orientador, pelo conhecimento e disponibilidade nos momentos de orientação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES.

Aos colegas do mestrado, principalmente à colega Karen Jansen.

A todos aqueles que de algum modo estiveram junto comigo nesta caminhada fornecendo o *apoio*
tão necessário.

Sumário:

Projeto de Pesquisa	7
I. Identificação	9
1.1 Título.....	9
1.2 Mestranda.....	9
1.3 Orientador.....	9
1.4 Instituição.....	9
1.5 Linha de pesquisa.....	9
1.6 Data.....	9
II. Introdução	10
III. Revisão e Literatura	13
3.1 Estratégias de Busca.....	13
3.2 Descritores e palavras utilizados.....	13
3.3 Artigos utilizados.....	13
3.4 Revisão de Literatura.....	14
3.5 Quadros de Revisão de Literatura.....	16
IV. Objetivos	25
V. Métodos	26
5.1 Delineamento.....	26
5.2 Amostra.....	26
5.2.1 Cálculo da amostra.....	26
5.3 Instrumentos.....	27
5.4 Definições das variáveis.....	28
5.5 Modelo Teórico.....	29
5.6 Pessoal envolvido.....	29
5.7 Estudo-piloto.....	29
5.8 Logística.....	29
5.9 Controle de Qualidade.....	30
5.10 Processamento e análise dos dados.....	30
5.11 Divulgação dos Resultados.....	31

5.12 Considerações éticas.....	31
5.13 Cronograma.....	31
5.14 Orçamento.....	32
VI. Referências.....	33
VII. Anexos.....	35
Normas para a revista Saúde Materno Infantil	42
Artigo	48
Resumo	49
Abstract	50
Introdução	51
Método.....	53
Resultados.....	56
Discussão.....	57
Referências	60
Tabelas.....	65

PROJETO DE PESQUISA

**SUORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A RELAÇÃO EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES DA ZONA URBANA DE PELOTAS.**

Alessandra Pontes de Almeida Peres

Orientador: Profº Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas, Novembro de 2008

PROJETO DE PESQUISA

**SUORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A RELAÇÃO EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES DA ZONA URBANA DE PELOTAS.**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas.

Alessandra Pontes de Almeida Peres

Orientador: Profº Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas, Novembro de 2008

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Suporte social e depressão gestacional: avaliando a relação em uma amostra de adolescentes da zona urbana de Pelotas.

1.2. Mestranda: Alessandra Pontes de Almeida Peres

1.3. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1.4. Instituição: Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Maternidade e paternidade na adolescência: papel dos parceiros, da rede social e familiar de apoio e repercussão na vida e saúde dos pais e crianças.

1.6. Data: Novembro de 2008.

II. INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada por um período de grandes modificações físicas e emocionais podendo afetar intrinsecamente os relacionamentos interpessoais das gestantes¹. Quando acontece na adolescência, soma-se a um período de transformações biopsicossociais, no qual vai desenvolvendo-se a maturidade até a chegada da vida adulta.

A notícia de uma gravidez, o modo como é enfrentada, pode ser condição para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos, caso ainda não tenham se manifestado. Mesmo na gravidez normal, mudanças físicas e emocionais podem alterar a capacidade das mulheres no desenvolvimento de seus papéis habituais².

Em estudo com gestantes, as adolescentes apresentaram mais sintomas depressivos quando comparadas com mulheres adultas. Isto sugere que as adolescentes têm maiores riscos de desenvolver depressão na gestação e no período pós-parto¹³.

Apesar de a maioria das mulheres passarem por uma gravidez saudável e feliz, este não é o caso de uma significativa proporção de gestantes. A bibliografia tem sugerido taxas de depressão gestacional variando de 4% a 20%. A prevalência de depressão varia de acordo com o desenho do estudo, métodos de recrutamento, tamanho de amostra e com a utilização de diferentes critérios diagnósticos³.

São poucos os estudos que utilizam entrevista clínica padronizada para o diagnóstico da depressão. Uma pesquisa que correlaciona taxas de depressão em gestantes no final da gravidez encontrou um percentual de 8,3% de depressão segundo o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - entrevista diagnóstica compatível com critérios do DSM-IV e CID 10. Este mesmo estudo aponta que a depressão é comum na fase final da gravidez, sendo influenciada por fatores sociais e familiares³.

Entre os fatores familiares, o estado civil associa-se significativamente com a depressão no período gestacional. Mulheres solteiras, divorciadas ou com casamentos poligâmicos apresentam mais depressão do que as mulheres casadas ou que vivem com companheiro³.

No contexto de fatores que influenciam a depressão gestacional, a situação de pobreza (indicada pela baixa escolaridade e dificuldade financeira) segundo Loivisi, também é risco para o desenvolvimento da depressão gestacional⁹. Em mulheres com baixo nível sócio-econômico foi encontrado um percentual de 39% de depressão no segundo trimestre gestacional. A baixa

escolaridade também se apresentou como fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos^{1,2}.

Outros aspectos como doença psiquiátrica, antecedentes de depressão, eventos estressantes de vida, modalidade de parto anterior, idade da gestante, também se associam à depressão gestacional³. Em estudo realizado por Figueiredo é apontado que quanto menor a idade, maior o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gravidez¹³.

O humor deprimido durante a gravidez coloca a mulher em risco para depressão pós-parto, além de causar sofrimento pessoal, pode influenciar no aparecimento de riscos comportamentais e psicossociais^{1,2}. Está associado ao desenvolvimento de comportamentos adversos na saúde envolvendo fumo e outras drogas; alterando assim, resultados obstétricos como baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia^{4,9}.

Outro aspecto a ser considerado e que faz parte do objetivo principal deste trabalho é o suporte social (SS). Quando presente de forma inadequada apresenta-se como fator de risco podendo ter efeitos profundos na saúde física e mental da mulher durante a gestação^{1,12}.

Suporte social é definido como uma ação bem intencionada, dirigida a uma pessoa em uma relação, produzindo então uma resposta positiva. Outra definição de SS fala do grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo e qualidade dessas funções^{5,6}.

Uma pesquisa que descreve um modelo bioecológico relacionado com o apoio recebido pelas gestantes, aponta que SS adequado tem influência positiva na saúde e prevenção de doenças durante os períodos da gestação e pós-parto. O oposto, ou seja, o SS inadequado pode afetar negativamente a gestante e o bebê^{5,11}.

Adewuya constata em seu trabalho que a percepção do SS pelas gestantes pode ser afetada por fatores como depressão pré-natal, estado civil, nível de intimidade com o marido e satisfação com o relacionamento conjugal³. Outra pesquisa apontou que as mães adolescentes superestimaram significativamente suas redes de apoio no pré-natal em comparação com a realidade vivida no pós-parto, aparecendo insatisfação em aspectos relativos a comunicação e apoio de atividades diárias⁴.

No período gestacional, a separação ou perda de um relacionamento íntimo são fatores que podem estar relacionados com o aumento de risco para a depressão. No momento seguinte, o

pós-parto, um estudo onde foi medida a prevalência de depressão e associações com suporte social de familiares, amigos e outros significativos, encontrou expressiva influência protetora do apoio sobre a depressão ^{9,10}.

Assim, a avaliação da qualidade das relações sociais da mulher, no que se refere ao suporte social, pode fornecer informações importantes para identificar gestantes que estejam em risco social ¹.

Baseada nesses dados, esta pesquisa tem como objetivo principal esclarecer a relação entre depressão e suporte social em adolescentes grávidas da cidade de Pelotas. Observar-se-á a correlação do SS com a depressão gestacional, a fim de se obter maiores informações que possam ser úteis para futuras intervenções voltadas à promoção de saúde das gestantes.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de busca:

Bases de dados pesquisadas:

- Bireme: Adolec
Medline
Lilacs
Cochrane
SciELO
- Psycinfo
- Pubmed

3.2 Descritores e palavras utilizados:

- Depressão
- Pré-natal
- Gravidez
- Adolescente
- Suporte social

3.3 Artigos usados:

- Resumos encontrados: 1442
- Resumos selecionados: 63
- Artigos selecionados até o momento: 13

3.4 Revisão de Literatura

Sendo o suporte social entendido como o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções, tendo ênfase na satisfação do indivíduo e qualidade dessas funções, quando presente de modo inadequado pode causar efeitos negativos durante a gravidez ⁶.

Em estudo realizado por Adewuya, foi encontrada associação entre depressão e percepção do nível de suporte social no final da gestação. Neste caso, a depressão mostrou-se significativamente maior entre mulheres divorciadas ou separadas e entre as mulheres com casamentos poligâmicos ^{1,3}.

Quanto à percepção do suporte recebido pelas gestantes, um estudo realizado com adolescentes em idade inferior a 18 anos, mostrou que as mães adolescentes superestimaram significativamente suas redes de apoio no pré-natal em comparação com a realidade vivida no pós-parto. Quando a sintomatologia depressiva estava presente, havia o indicativo de suporte e classe social empobrecidos ⁴.

Confirmando este dado no que se refere a classe social, um estudo transversal com 230 gestantes entre 18 e 43 anos também encontrou que a depressão está associada a privação sócio econômica. Fatores como baixos índices de ensino, história anterior de depressão e perda de um relacionamento íntimo também se associaram a depressão ⁹. Os sintomas depressivos associam-se ainda a maiores níveis de estresse, baixos níveis de auto-estima, religiosidade e suporte social ¹¹.

Durante período gestacional, outro fator de risco como a ideação suicida associa-se com apoio social pobre, depressão e ser solteira sem namorado. O sintoma de ansiedade nesta fase é um preditor significativo para a depressão pós-parto (DPP), enquanto que apoio social inadequado e ansiedade no período pós-parto foram identificados como preditores de DPP ^{12,8}. Ainda com referência a DPP, o apoio de familiares, amigos e outros significativos no período pós-natal, têm influência protetora sobre a depressão ¹⁰.

Alguns pesquisadores encontram pouca relação entre depressão ou sintomas depressivos e suporte social. Em estudo com 1047 gestantes, que pretendia estimar o quanto o suporte social e conflito social associavam-se aos sintomas depressivos, encontrou-se o conflito social como um preditor mais forte ^{1,6}.

Em pesquisa que observou o funcionamento físico e a percepção de bem-estar durante a gestação não foi encontrada associação com suporte social, sendo este fracamente associado com a saúde mental².

Os quadros abaixo mostram o resumo dos artigos relevantes relacionados a este estudo.

3.5 Quadros de revisão da literatura.

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Liabsuetrakul, T. et al. 2007. Tailândia.</p> <p>J. Obstet. Gynaecol</p>	<p>400 gestantes, com idade entre 15 e 43 anos que faziam acompanhamento pré-natal em um hospital universitário.</p>	<p>Questionário sobre ansiedade, apoio social, stress e auto-estima.</p> <p>Entrevista semi-estruturada – DSM-IV(p/ diagnóstico de depressão maior).</p> <p>PDRS (Postpartum Depression Risk Scale).</p>	<p>Estudo de Coorte prospectivo.</p> <p>As mulheres foram acompanhadas no pré-natal (36^a a 40^a semanas) e também no pós-parto (6^a-8^a semanas).</p> <p>Foi administrado (pré e pós-parto) o questionário colhendo dados sobre ansiedade, apoio social, stress e auto-estima relativos ao mês anterior.</p> <p>Após, as puérperas foram submetidas a uma entrevista semi-estruturada de acordo com o DSM-IV para o diagnóstico de depressão maior.</p>	<p>Média de idade 27,9 anos.</p> <p>88% casadas.</p> <p>Na gestação, somente a ansiedade foi um preditor significativo para a DPP.</p> <p>No pós-parto, ansiedade e apoio social foram identificados como os preditores de DPP.</p>	<p>- A amostra foi de mulheres assistidas em hospital universitário.</p> <p>- Gestantes estavam entre a 36^a e a 40^a semana; no período pós 6 a 8 semanas, para reduzir a taxa de perda de acompanhamento.</p> <p>13% perdas no acompanhamento.</p> <p>O tamanho da amostra foi pequeno para avaliar depressão maior no pós-parto.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Adewuya, A.O. et al. 2007. África.</p> <p>Depress Anxiety</p>	<p>180 mulheres no final da gestação (+/- 32 semanas) que faziam pré-natal em cinco centros de saúde da Nigéria com média de idade de 27,29 anos.</p>	<p>Questionário para medir: dados demográficos, gravidez, partos anteriores.</p> <p>Uma escala tipo Likert medindo satisfação com o casamento, nível de apoio social (marido/família), situação sócio econômica.</p> <p>EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).</p> <p>MINI (Mini - International Neuropsychiatric Interview).</p>	<p>Estudo de Prevalência para estimar o transtorno depressivo no final da gravidez. Após responderem aos instrumentos citados e de acordo com a pontuação no EPDS, as participantes foram divididas em dois grupos. No primeiro, com pontuação acima de seis, as mulheres responderam ao MINI, bem como 10% das mulheres do segundo grupo (escolha aleatória), para verificação de critérios para transtornos depressivos maiores e menores.</p>	<p>Depressão significativamente > entre as mulheres solteiras, divorciadas ou separadas, e entre as mulheres com casamentos poligâmicos. Houve associação significativa entre a depressão no final da gravidez e percepção do nível de apoio social. Este pode ser influenciado pelos fatores: depressão pré-natal, estado civil, nível de intimidade com o marido, e satisfação com o relacionamento conjugal.</p>	<p>Tamanho de amostra moderado; gravidez avançada. A avaliação dos sintomas foi para o período de duas semanas, não tendo a informação se a depressão surgiu antes ou depois da gravidez. Comorbidades como ansiedade ou distímia não foram avaliados. Doenças como HIV também não foram avaliadas, o que poderia afetar o bem estar psicológico no pré-natal.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Westdahl, C. et al. 2007 E.U.A</p> <p>Obstet Gynecol</p>	<p>1047 gestantes de 14 a 25 anos, com menos de 24 semanas de gestação. Amostra predominantemente composta de mulheres negras e latinas recrutadas em hospitais universitários.</p>	<p>Instrumento com Informações sócio-demográficas.</p> <p>Social Relationship Scale</p> <p>CES-D Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</p>	<p>Estudo prospectivo para estimar quanto o apoio e o conflito social associa-se aos sintomas depressivos no pré-natal.</p> <p>Para este estudo, as mulheres foram entrevistadas no segundo trimestre, com uma média de idade gestacional de 18 semanas.</p>	<p>Foram encontrados elevados níveis de sintomas depressivos em 33% da amostra. S.S e C.S. tiveram resultados independentes sobre os sintomas depressivos. C.S. foi um preditor mais forte.</p>	<p>Foram medidos auto-relatos de sintomas depressivos e não transtorno depressivo conforme o DSM. O grupo era predominantemente de mulheres jovens, nulíparas e de nível sócio econômico limitado. Os resultados são do 2º trimestre, dificultando a generalização para outros períodos gestacionais ou do pós-parto.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Husain, N. et al. 2005 Paquistão</p> <p>Arch Womens Ment Health</p>	<p>149 gestantes no 3º trimestre de gestação inscritas num programa governamental de cuidados preventivos para saúde. A média de idade da amostra foi de 27 anos.</p>	<p>SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire)</p> <p>MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)</p> <p>EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)</p> <p>PIQ (Personal Information Questionnaire)</p>	<p>Estudo de base populacional para medir a prevalência da DPP e associações com SS e outros fatores de risco.</p> <p>Seis semanas antes do parto → SRQ-20 para avaliação de angústias psicológicas na etapa do recrutamento.</p> <p>No pós-parto (média 12 semanas) → EPDS.</p> <p>No mesmo período, a escala MSPSS foi aplicada, para avaliação do SS (Família, amigos e outros significativos).</p> <p>Eventos de vida e variáveis sócio demográficas foram obtidas através dos instrumentos do PIQ.</p>	<p>53 mulheres pontuaram acima de 12 na EPDS dando uma prevalência de depressão estimada em 36%.</p> <p>A conclusão é de que o apoio de familiares, amigos e outros significativos, no período pós-natal, têm influência protetora sobre a DPP.</p>	<p>O estudo foi realizado em apenas uma parte do sub-distrito local.</p> <p>A escala EPDS não fornece um diagnóstico definitivo de depressão.</p> <p>Avaliação do SS foi feita com mulheres deprimidas, o que pode alterar a percepção do apoio recebido.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Jesse, D.E. et al. E.U.A, 2005</p> <p>Midwifery Womens Health</p>	<p>130 mulheres de baixa renda (brancas e negras) matriculadas em uma clínica urbana de pré-natal entre 16ª e 28ª semanas de gestação. 22% da amostra → entre 14 e 19 anos.</p>	<p>Entrevistas sociodemográficas,</p> <p>BDI (Inventário de Depressão Beck),</p> <p>PPP(Perfil pré-natal Psicossocial)</p> <p>Spiritual Perspective Scale.</p>	<p>Estudo Transversal. Descreve fatores de risco e protetores para sintomas depressivos na gravidez entre mulheres de baixa renda. As gestantes responderam aos instrumentos citados em entrevistas face-a-face.</p>	<p>27% das mulheres relataram sintomas depressivos. Não houve diferença quanto a raça. Maiores níveis de estresse, baixos níveis de auto-estima e apoio social, maior religiosidade, tiveram uma relação significativa sintomas depressivos.</p>	<p>Não foi avaliada a história de sintomas depressivos e tratamentos anteriores. Diagnóstico clínico de depressão não foi obtido. Resultados representam uma parcela de mulheres.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Quinlivan J. A. et al. Austrália, 2004</p> <p>J-Pediatr-Adolesc-Gynecol</p>	<p>124 Mães adolescentes com idade inferior a 18 anos, que viviam em área metropolitana, recrutadas em uma clínica de pré-natal para adolescentes.</p>	<p>MSSI (Materna Apoio Social)</p> <p>EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)</p> <p>Questionário com dados demográficos e sociais.</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo. O objetivo do estudo foi avaliar em que medida as mães adolescentes são capazes de prever no período pré-natal suas redes de apoio no pós-natal e em que medida o apoio e classe social correlacionam-se com a sintomatologia depressiva. Primeira visita no pré-natal, e novamente 6 meses pós-parto.</p>	<p>Quase um terço da coorte foi de adolescentes indígenas. As mães adolescentes superestimaram significativamente as suas redes de apoio no pré-natal em comparação com a realidade vivida no pós-parto. O nível de apoio aos 6 meses do pós-parto correlacionou significativamente com a depressão no pós-parto .</p>	<p>86% das mulheres foram consideradas de baixa renda ou miseráveis. Considerável proporção sofreu violência doméstica durante a gestação. Uma proporção das gestantes usou álcool e maconha durante a gestação.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>Lovisi, G.M. et al. Brasil, 2005.</p> <p>Psychological Medicine</p>	<p>230 gestantes com média de idade – 27,6 anos (18 a 43 anos), assistidas na maternidade de um hospital público do RJ no terceiro trimestre de gravidez.</p>	<p>CIDI (Composite International Diagnostic Interview).</p> <p>Krause–Markides Index - Para avaliar o Apoio Social.</p> <p>Questionário abrangendo: características sociodemográficas; história obstétrica; complicações durante a atual gravidez; doenças crônicas antes da gravidez, tais como hipertensão e diabetes; tabagismo, abuso de álcool / drogas; história de depressão prévia.</p>	<p>Estudo de transversal de prevalência e fatores de risco para a depressão durante a gravidez, associado a pobreza e violência. Foram realizadas entrevistas face-a-face para a aplicação dos instrumentos.</p>	<p>A depressão está associada com a privação socioeconômica, pobreza, menores índices de ensino, violência, perda de uma relação íntima (divórcio) e história anterior de depressão.</p>	<p>Não foram utilizadas ferramentas padronizadas para a avaliação dos eventos de vida estressantes e experiências de violência. Taxas de uso de álcool, fumo e drogas, foram muito baixas, em comparação com outros estudos. É possível que muitos participantes tenham se recusado a divulgar estes comportamentos para o entrevistador.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
Freitas, G.V. et al. Brasil, 2002.	120 adolescentes grávidas (40 de cada trimestre gestacional) com idade entre 14 e 18 anos, atendidas em serviço público de pré-natal.	<p>Questionário contendo as seguintes seções: dados sociodemográficos, história obstétrica, vida em família e rede de apoio social.</p> <p>Entrevista Clínica Estruturada edição revisada (CIS-R).</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).</p> <p>Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)</p>	<p>Inquérito do tipo transversal para determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas e verificar associações entre ideação suicida e variáveis psicossociais. As gestantes foram selecionadas aleatoriamente entre as 329 atendidas no local. A avaliação das adolescentes foi feita através de um protocolo com os instrumentos citados paralelamente a rotina de pré-natal.</p>	<p>A ideação suicida associou-se com depressão, ser solteira sem namorado e contar com pouco apoio social. Não houve diferença estatística nas prevalências de ansiedade, depressão e ideação suicida nos três trimestres gestacionais.</p>	<p>Foram três amostras transversais, o que restringe extrapolações em termos de um continuum. A ausência de um grupo-controle (impossibilita a comparação com não grávidas. A população estudada pertencia a um único estrato social.</p>

Autor/Ano/País	População Estudada	Instrumentos Utilizados	Metodologia	Resultados Encontrados	Limitações
<p>M. Diane Mckee, MD. et al. 2001. USA</p> <p>Obstet Gynecol</p>	<p>105 gestantes negras e hispânicas, maiores de 18 anos, com idade média de 24 anos que recebiam cuidados pré-natais em centros de saúde.</p>	<p>Entrevista com dados demográficos.</p> <p>SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36).</p> <p>BDI (Beck Depression Inventory)</p> <p>NSSQ (Norbeck Social Support Questionnaire).</p>	<p>Ensaio randomizado para descrever a percepção de bem-estar e estado funcional durante a gravidez. As mulheres foram entrevistadas com os instrumentos citados no final do 2º ou início do 3º trimestre gestacional.</p>	<p>A maioria das mulheres tinha 12 anos de escolaridade. Níveis elevados de sintomatologia depressiva estão fortemente relacionados com o rebaixamento funcional da saúde e percepção de bem estar.</p> <p>O apoio social não está associado com o funcionamento físico ou emocional e com aumento de bem-estar; sendo fracamente associado com a saúde mental, segundo o SF-36.</p>	<p>Não há consenso quanto ao ponto de corte do BDI para detecção da depressão na gravidez. A maioria das mulheres era de baixa renda. Foram entrevistadas em média na 28ª semana de gestação.</p>

IV. OBJETIVOS:

Geral:

- Verificar o impacto do suporte social na depressão gestacional.

Específicos:

- Analisar a influência da escolaridade e da situação sócio econômica na relação SS e depressão.
- Avaliar se o estado civil (viver ou não com o pai da criança) tem influência na relação SS e depressão.
- Analisar a influência da idade materna na relação SS e depressão.

4.1 Hipótese:

- A falta de suporte social adequado é fator para o desenvolvimento da depressão gestacional.

V. MÉTODOS

5.1. Delineamento:

Será realizado um estudo do tipo transversal aninhado a um ensaio clínico. Este projeto faz parte de uma pesquisa maior sob o título: Intervenção psicológica para a prevenção da depressão gestacional e do pós-parto em adolescentes: Ensaio randomizado.

5.2 Amostra:

A amostra deste estudo será composta por gestantes adolescentes, entre 10 e 19 anos estando entre a 20^a e a 22^a semana gestacional que estiverem freqüentando serviços de pré-natal na zona urbana da cidade de Pelotas. Serão captadas em 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três ambulatórios especializados e 60 clínicas de obstetrícia privada.

5.2.1 Cálculo da amostra

- Suporte Social x Depressão durante a gestação

Autor, ano	Razão de não expostos/expostos	Prevalência em não expostos ¹	Prevalência em Expostos ²	N da amostra	+ 30% perdas
Adewuya, 2007	82 : 32	3,8	23,1	153	199

¹ Foram considerados não exposto aquelas gestantes que tiveram suporte adequado.

² Foram consideradas expostas aquelas gestantes que não tiveram suporte adequado.

- Fatores de confusão

Autor, ano	Fator de confusão	Razão de não expostos/expostos	Prevalência de depressão em não expostos	Prevalência de depressão em expostos	N da amostra	+ 30%
Lovisi, 2005	Escolaridade materna	102 : 128	12,7	24,2	397	516
Lovisi, 2005	Status conjugal	173 : 57	16,2	45,6	109	142

Será necessário captar 516 gestantes para ter poder estatístico na análise de todas as variáveis que se pretende estudar, considerando um nível de significância de 95% e poder de 80%.

É importante salientar a manutenção do cálculo da amostra no que se refere a associação do suporte social e depressão. Após toda revisão bibliográfica para este projeto, não se encontrou artigos que apresentassem padrões necessários a este cálculo. Em alguns, a idade das gestantes não era analisada nas diferentes faixas etárias; em outros, os estudo não relacionavam o suporte social com a depressão e ainda, alguns estudos não tinham um instrumento que medisse o suporte social de modo amplo, reduzindo-o apenas a uma pessoa.

5.3 Instrumentos:

Os instrumentos utilizados serão: um **Questionário auto-aplicado e sigiloso, MOS** (Medical Outcomes Study), **Mini** (Mini International Neuropsychiatric Interview).

O questionário auto-aplicado e sigiloso inclui perguntas relativas a variáveis sócio-demográficas, uso de drogas, tabagismo, atividade física, consumo de álcool, uso de métodos anticoncepcionais além de outros comportamentos relacionados à saúde. Para avaliar o nível socioeconômico, será utilizada a escala ABEP.

O questionário do MOS ainda não foi validado, mas foi traduzido e adaptado para o Brasil, sendo submetido a procedimentos padronizados de tradução e versão.

Apresentou coeficiente Alpha de Cronbach superiores a 0,70 em todas as dimensões. Tais resultados sugerem que os aspectos serão mensurados adequadamente, permitindo associações relacionadas à saúde em grupo populacional no Brasil.

O MOS envolve itens sobre rede e apoio social, embora priorize os itens relativos a apoio social em comparação aos de rede. Agrupa-se em cinco diferentes dimensões: emocional, de informação, material, afetiva e de interação positiva. Especificamente neste estudo, utilizaremos o bloco referente ao apoio social (em anexo) ⁶.

Para cada dimensão, o instrumento oferece perguntas com opções de respostas que variam de “nunca a quase sempre” variando a pontuação de “1 a 5” respectivamente.

O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. É destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos independentes que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social, priorizando os transtornos atuais. A versão utilizada será do MINI 5.0 em português, que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e ensaios clínicos.

Nesta pesquisa utilizaremos somente a sub-escala sobre Transtorno Depressivo, que identifica se o episódio é atual ou passado ⁷.

5.4 Definições das variáveis:

Variável dependente:

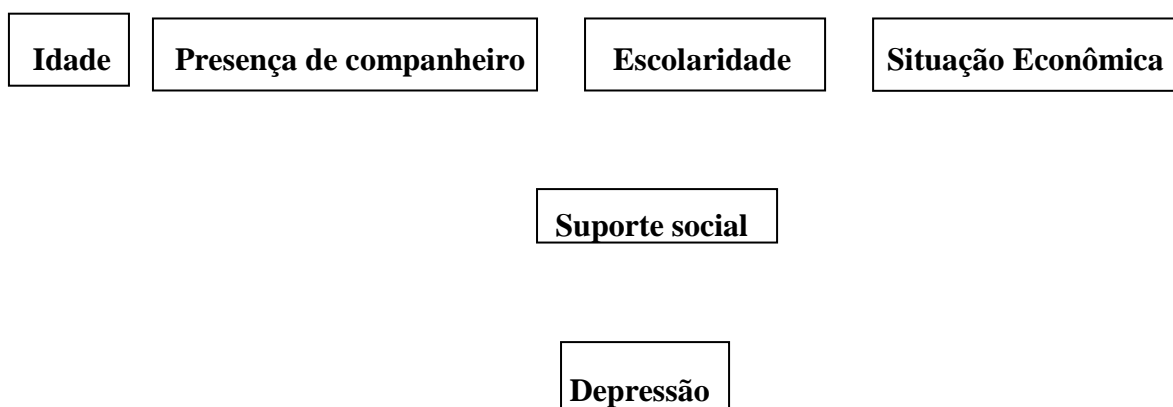
- depressão

Variáveis independentes:

- suporte social
- idade materna
- presença de companheiro
- situação econômica

- escolaridade

5.5 Modelo Teórico



5.6 Pessoal envolvido:

Fazem parte da equipe: três mestrandas e dois bolsistas de iniciação científica para a aplicação dos instrumentos.

5.7 Estudo-piloto:

O estudo piloto está sendo realizado com as primeiras 30 gestantes.

5.8 Logística:

As gestantes serão captadas em ambulatórios, unidades básicas de saúde e consultórios particulares da cidade, enquanto estiverem fazendo acompanhamento pré-

natal. Duas mestrandas farão o contato pessoalmente com os responsáveis por esses locais para a obtenção dos endereços das gestantes. Após, os bolsistas entrarão em contato com as adolescentes em suas residências, a fim de verificar o interesse em participar da pesquisa e logo em seguida dar início a aplicação dos instrumentos.

Os instrumentos serão aplicados na 1^o entrevista no período entre a 20^a e a 22^a semanas gestacionais nas quais as gestantes ainda não terão passado pela randomização e nem pela intervenção.

Serão excluídas as gestantes que forem incapazes de responder e/ou compreender o instrumento de pesquisa em questão, bem como as que forem portadoras de sofrimento psíquico grave, ou retardo mental que impossibilite realização da intervenção.

As gestantes que se recusarem a participar da intervenção continuarão fazendo parte desta amostra, pois os dados para este estudo serão colhidos antes da intervenção.

5.9 Controle de Qualidade:

Serão sorteados 30% da amostra e um integrante da equipe do projeto entrará em contato por telefone para averiguar as informações respondidas pela entrevistada.

5.10 Processamento e análise dos dados:

Após a coleta dos dados, inicialmente os questionários terão suas questões codificadas. Duas digitações independentes serão realizadas no Programa EPI-INFO 6.04d, cuja estrutura será preparada para verificação de amplitude e consistência das variáveis. Após a edição final dos bancos de dados, estes serão convertidos para o pacote estatístico SPSS 13.0, no qual serão feitas as análises.

Será realizada uma análise univariada para conhecermos as características das gestantes, a presença do apoio social (como variável ordinal) e a prevalência de depressão nessas mulheres. Uma análise bivariada para o cruzamento das variáveis utilizando o teste qui-quadrado, comparando as proporções e se necessário, uma análise multivariada para controlar possíveis fatores de confusão.

Se a depressão entre as adolescentes for maior que 10%, como sugere a bibliografia, utilizar-se-á regressão de Poisson para análise multivariada no programa Stata.

5.11 Divulgação dos Resultados:

Os resultados serão publicados através de artigo científico. Os dados principais também serão divulgados na comunidade local, por meios de comunicação em massa.

5.12 Considerações éticas:

As gestantes adolescentes e seus responsáveis receberão informações a cerca dos objetivos da pesquisa e conforme aceitação será assinado juntamente com os responsáveis um termo de consentimento informado.

A pesquisa respeitará todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto está aprovado pelo Comitê de ética da UCPel.

5.13 Cronograma:

ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
Revisão bibliográfica	Junho/2008	Outubro 2009
Preparação do projeto	julho/2008	Novembro/2008
Aplicação dos instrumentos/ captação	Agosto /2008	Outubro/2009
Codificação e digitação	Setembro/2008	Novembro/2009
Análise dos dados	Novembro/2009	Novembro/2009
Redação do artigo	Novembro/2009	Dezembro/2009
Defesa da dissertação		Dezembro/2009

5.14 Orçamento:

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Vale-transp. p/ aplicação instrumentos	516	1,85	1909,20
Xerox dos questionários	8256	0,10	825,60
Total (R\$) →			2734,80

VI. REFERÊNCIAS

1. Westdahl C, Milan S, Magriples U, MD, Kershaw T, Rising S, Ickovics J. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(1):134-40.
2. Mckee M D Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.
3. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety* 2007; 24(1):15-21.
4. Quinlivan J A, Luehr B, Evans S F. Teenage mother's predictions of their support levels before and actual support levels after having a child. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(4): 273-8.
5. Logsdon M C, Gennaro S. Bioecological model for guiding social support research and interventions with pregnant adolescents. *Ment Health Nurs* 2005; 26(3):327-39.
6. Chor, D, Griep H R, Lopes S C, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17 (4):887-896.
7. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.

8. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33 (3): 333-40.
9. Loivisi M G, Lopez R J R, Coutinho S F E, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine* 2005; 35, 1485–1492.
10. Husain N, Bevc I, Husain M, Chaudhry B I, Rahman A. Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 197–202.
11. Jesse D E, McQuigg W J, Mariella A, Swanson S M. Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy. *Midwifery Womens Health* 2005; 50(5):405-10.
12. Freitas V S G, Botega J N. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48 (3):245-249.
13. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(3): 103-9.

VII. ANEXOS

ANEXO A

MOS (Medical Outcomes Study Questionnaire)

Perguntas do bloco de apoio social

Todas as perguntas foram precedidas da expressão: **Se você precisar com que frequência conta com alguém**

1 – que o ajude, se ficar de cama?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

2 – para lhe ouvir, quando você precisa falar?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

3 – para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

4 – para levá-lo ao médico?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

5 – que demonstre amor e afeto por você?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

6 – para se divertir junto?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

7 – para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

8 – em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

9 – que lhe dê um abraço?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

10 – com quem relaxar?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

11 – para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

12 – de quem você realmente quer conselhos?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

13 – com quem distrair a cabeça?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

14 – para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

15 – para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

16 – para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

17 – com quem fazer coisas agradáveis?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

18 – que compreenda seus problemas?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

19 – que você ame e que faça você se sentir querido?

() nunca; () raramente; () às vezes; () quase sempre; () sempre

ANEXO B

CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-INFORMADO

A pesquisa que estamos te convidando a participar tem como objetivo estudar modelos de prevenção aos transtornos psicológicos que ocorrem na gravidez e no puerpério, bem como o impacto destes transtornos no desenvolvimento infantil.

Se aceites fazer parte deste estudo, serás acompanhada durante a gestação, e o puerpério por nossa equipe. Os dados fornecidos serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que tua identidade será mantida em sigilo.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco ao teu estado de saúde, nem ao teu bebê, e ainda permitirá a identificação de fatores de risco para alguns problemas de ordem psicológica e o estabelecimento de estratégias de prevenção a estes transtornos. Se os instrumentos aplicados detectarem alguma patologia que não possa ser incluída neste programa de prevenção, tu serás encaminhada para atendimento na Clínica Psicológica da UCPel.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas no Mestrado em Saúde e Comportamento pelo telefone 2128 8404 ou pelo telefone (53) 81182197. A coordenação da investigação está sob a responsabilidade dos professores Ricardo Azevedo da Silva e Ricardo Tavares Pinheiro.

Declaração da (o) entrevistada (o):

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar desta pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura da entrevistada: _____

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

Eu, _____,
declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a
disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a
explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, ____ de _____ de 20 ____.

disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Instruções aos autores

Escopo e Política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (peer review) - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Comitê de Ética

A declaração de Helsinki de 1975, em 2000 deve ser respeitada.

Também serão exigidos para os artigos nacionais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

Crêterios para aprova o e publica o de artigo

Além da observa o das condi es  ticas da pesquisa, a sele o de um manuscrito levará em considera o a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada defini o do problema estudado. Dois revisores externos serão consultados para avalia o do mérito científico. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor . A partir de seus pareceres e do julgamento do Comitê Editorial, o manuscrito receberá uma das seguintes classifica es: 1) aceite; 2) recomendado, mas com altera es; 3) não aprovado. Na classifica o 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão; na condi o 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista.

Se es da Revista

Editorial

Revisão apresenta o do histórico da evolu o científica e avalia o crítica de um tema, tendo como suporte para a investiga o a literatura considerada relevante. Revisões sistemáticas são recomendadas quando oportunas e terão prioridade frente a revisões narrativas.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodu o destes resultados dentro das condi es citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional: Introdu o: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a justificativa para a pesquisa e o objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descreve a popula o estudada, os cr terios de sele o e exclusão da amostra, define as variáveis utilizadas e informa a maneira que permite a

reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados, além da análise estatística; Resultados: são apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em seqüência lógica e apoiados nas ilustrações: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias; Discussão: interpreta os resultados obtidos e verifica a compatibilidade entre estes resultados e os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes, vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os trabalhos deverão ter no máximo 25 páginas e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre um tema original (máximo de cinco páginas).

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo de cinco páginas).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista (máximo de três páginas).

Artigos especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, impresso em duas vias, acompanhados por um CD-Rom; podem também, ser enviados via e-mail.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem declarar que o mesmo não foi publicado e não está sendo submetido a outro periódico, nem o será enquanto em processo de avaliação.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página dos Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Nos Artigos de Revisão o formato narrativo dispensa o uso de resumo estruturado o qual deverá ter no máximo 150 palavras.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a dez palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Lopes MCS, Ferreira LOC, Batista Filho M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. Cad Saúde Pública 1999; 15: 799-808.

Livro

Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço; 1998.

Editor ou Compilador como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of antihypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no estado da Paraíba [tese doutorado]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico

Pellegrini Filho A. La BVS y la democratización del conocimiento y la información en salud. 1999. Disponível em URL: [Http://www.bireme.br/bvs/reunião/doc/pellegrini.htm](http://www.bireme.br/bvs/reunião/doc/pellegrini.htm) [2000 Jan 16]

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP Secretaria Executiva. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista Recife, PE, Brasil. CEP 50.070-550. Tel / Fax + 55 +81 2122.4141. E-mail: revista@imip.org.br Site: www.imip.org.br

ARTIGO SUMETIDO A REVISTA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

**SUPORTE SOCIAL E DEPRESSÃO GESTACIONAL: AVALIANDO A
RELAÇÃO EM UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES**

**SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION DURING PREGNANCY: EVALUATING
THE RELATIONSHIP BETWEEN A SAMPLE OF ADOLESCENTS**

RESUMO

Objetivo: Este estudo avaliou a relação do suporte social com a depressão gestacional, e ainda outros possíveis fatores associados à depressão como a idade da gestante, presença de companheiro, escolaridade e renda.

Método: Estudo transversal com gestantes adolescentes em idade de 10 a 19 anos, estando entre a 20^a e a 32^a semanas gestacionais. A amostra foi coletada em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e três ambulatórios especializados, na cidade de Pelotas. O transtorno depressivo foi avaliado através de uma entrevista diagnóstica padronizada, Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI), compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. Para avaliar o Suporte Social foi utilizada a escala Medical Outcomes Study (MOS). Para outras variáveis foi utilizado um questionário auto-aplicado e sigiloso.

Resultados: A amostra contou com 223 gestantes. O suporte social esteve associado significativamente com a depressão (desfecho), apresentando um $p < 0,001$. As variáveis idade, presença de companheiro, renda e escolaridade não estavam associadas com o diagnóstico de depressão.

Conclusão: Avaliar a percepção do suporte social considerado pelas adolescentes pode fornecer informações importantes para identificar gestantes que estejam em risco para depressão.

Palavras-Chave: Depressão, Gestação, Suporte Social, Adolescência, Estudo transversal.

ABSTRACT

Objective: The present study assessed the social support relation to gestational depression, and still other possible factors associated to depression, such as age of the pregnant woman, presence of a companion, schooling and income.

Method: Cross-section study with adolescent pregnant women, aged 10-19, between 20th and 32nd. gestation week. The sample was collected in Basic Health Units (BHU) and three specialized outpatient clinics, in the city of Pelotas. Depressive disturb was assessed by means of a standardized diagnostic interview, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), compatible with DSM-IV and CID-10 criteria. In order to assess Social Support, the Medical Outcome Study (MOS) scale was utilized. A self-applied and secret questionnaire was utilized for other variables.

Results: The sample included 223 pregnant women. Social support was significantly associated to depression (outcome), presenting a $p > 0,001$. The variables: age, presence of a companion, income, and schooling did not associate to the depression diagnosis.

Conclusion: To assess the perception of social support considered by the adolescents can provide important information to identify pregnant women under depression risk.

Key words: Depression - Gestation – Social Support – Adolescence – Cross-section Study.

INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada por um período de grandes modificações físicas e emocionais, podendo afetar intrinsecamente os relacionamentos interpessoais das gestantes, bem como, o desenvolvimento de seus papéis habituais^{1,2}. Quando acontece na adolescência, deve ser vista com significativa importância devido às rápidas mudanças no desenvolvimento da adolescente. Esta fase, assim como a gestação, também traz alterações emocionais, sendo marcada por uma maturação psicológica e social em busca de uma reorganização da identidade³.

Em estudo com gestantes, as adolescentes apresentaram mais sintomas depressivos quando comparadas com mulheres adultas. O mesmo trabalho aponta que, quanto menor a idade, maior o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gravidez⁴. Outro estudo salienta, ainda, que a gestação na adolescência pode amplificar vulnerabilidades. Estresse, sentimentos de impotência, baixa auto-estima e uma sensação de fracasso pessoal são riscos para as gestantes nesta faixa etária. Acrescenta-se também outra exigência para a gestante além das rápidas transformações no desenvolvimento físico e emocional: o preparo do papel materno a ser vivenciado com o nascimento da criança³.

Encontram-se, na bibliografia, taxas de depressão gestacional que variam de 4% a 20%. A prevalência de depressão varia de acordo com o desenho do estudo, métodos de recrutamento, tamanho de amostra e com a utilização de diferentes critérios diagnósticos. A depressão é comum na fase final da gestação, sendo influenciada por fatores sociais e familiares⁵.

O suporte social (S.S.), aspecto avaliado neste estudo, quando presente de forma insuficiente, apresenta-se como fator de risco, podendo ter efeitos profundos na saúde

física e mental da mulher durante a gestação^{1,6}. Suporte social é definido como uma ação bem intencionada, dirigida a uma pessoa em uma relação, produzindo então uma resposta positiva⁷. Outra definição de S.S. fala do grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo e qualidade dessas funções⁸.

Um S.S. adequado tem influência positiva na saúde e prevenção de doenças durante os períodos da gestação⁷. Mulheres com mais recursos psicossociais como suporte social ou religiosidade, apresentam menos sintomas depressivos quando comparadas a mulheres com menor índice de suporte⁹.

A percepção do S.S. pelas gestantes pode ser afetada por fatores como depressão pré-natal, estado civil, nível de intimidade com o marido e satisfação com o relacionamento conjugal⁵. Estudo aponta que as mães adolescentes superestimam significativamente suas redes de apoio no pré-natal em comparação com a realidade vivida no pós-parto, aparecendo insatisfação em aspectos relativos à comunicação e apoio de atividades diárias¹⁰.

A avaliação das relações sociais da mulher, no que se refere ao suporte social, pode fornecer informações importantes para identificar gestantes que estejam em risco social¹.

Baseada nesses dados, esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar a relação entre depressão e suporte social em adolescentes grávidas da cidade de Pelotas. Observou-se a relação da depressão gestacional com o S.S. a fim de se obter maiores informações que pudessem ser úteis para futuras intervenções voltadas à promoção de saúde das gestantes.

MÉTODO

Este é um estudo do tipo transversal aninhado a um ensaio clínico realizado na cidade de Pelotas. A amostra foi captada em 47 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e três ambulatórios especializados, sendo composta por gestantes adolescentes, de 10 a 19 anos estando entre a 20^a e a 32^a semanas gestacionais que estiveram frequentando serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde no período de agosto de 2008 a novembro de 2009.

Para esta captação, foram examinados os registros das gestantes através do Sistema de Informações do pré-natal (SIS) gerenciado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Pelotas. A captação foi feita então em três ambulatórios, que concentram a grande maioria dos atendimentos, sendo um deles o ambulatório da Universidade Católica de Pelotas, outro da Universidade Federal de Pelotas e o Centro de Especialidades e ainda as UBSs da cidade. Esta tática foi adotada porque nem sempre os ambulatórios ou as unidades básicas informam ao SIS com a rapidez necessária para a captação da amostra. Além disso, dois serviços não comunicam os atendimentos ao SIS.

Os registros continham informações que possibilitavam o contato com as gestantes através de telefonema ou de visita domiciliar. Quando feita a primeira visita, se o endereço não correspondia ao do Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS Pré-Natal) era enviado um batedor para averiguar junto aos moradores próximos daquele endereço, buscando informações que pudessem localizar a gestante. Foram excluídas as gestantes incapazes de responder e/ou compreender o instrumento de pesquisa em questão, bem como as portadoras de sofrimento psíquico grave ou retardo mental que impossibilitasse a realização da intervenção.

A partir do contato com as gestantes e da manifestação do interesse em participar do estudo, estas, juntamente com seus responsáveis, assinaram o termo de consentimento informado por escrito. Posteriormente, responderam ao questionário do estudo maior que contemplava os três instrumentos desta pesquisa.

Dentre eles, o primeiro era um questionário auto-aplicado e sigiloso que incluía perguntas relativas a variáveis sócio-demográficas como idade, escolaridade, renda, estado conjugal e ainda outras variáveis que não fizeram parte deste estudo. A renda foi avaliada através do salário mínimo.

Outro instrumento utilizado foi o questionário MOS traduzido e adaptado para o Brasil em 2001 e validado em 2003^{8,11}. No processo de validação o coeficiente Alpha de Cronbach, foi superior a 0,83 em todas as dimensões. O MOS envolve itens sobre rede e apoio social, embora priorize os itens relativos a apoio social em comparação aos de rede. Agrupa-se em cinco diferentes dimensões: emocional, de informação, material, afetiva e de interação positiva. Especificamente neste estudo, utilizamos o bloco referente ao apoio social⁸. Para cada dimensão, o instrumento oferece perguntas com opções de respostas que variam de “nunca a quase sempre” variando a pontuação de “1 a 5”, respectivamente.

Por último, aplicou-se o Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI), que é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. É destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos independentes que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social, priorizando os transtornos atuais. Nesta pesquisa, utilizou-se somente a sub-escala sobre Transtorno Depressivo, que identifica se o episódio é atual ou passado¹².

Após a coleta dos dados, os questionários tiveram suas questões codificadas. Duas digitações independentes foram realizadas no Programa EPI-INFO 6.04d, cuja estrutura foi preparada para verificação de amplitude e consistência das variáveis. Após a edição final dos bancos de dados, estes foram convertidos para o pacote estatístico SPSS 13.0, no qual foram feitas as análises.

Foi realizada uma análise univariada para conhecermos as características das gestantes, a presença do apoio social (como variável discreta) e a prevalência de depressão nessas mulheres; uma análise bivariada utilizando o teste t e o teste qui-quadrado, a fim de verificar variáveis associadas ao desfecho (depressão). Por fim, consideraram-se estatisticamente significativas as variáveis com $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 223 mulheres grávidas entre a 20^a e a 32^a semanas gestacionais. Destas, 60 gestantes ou 26,7% do total da amostra foram consideradas perdas; 32 devido a não serem localizados o endereço, 4 por idade gestacional avançada, 10 por o nascimento do bebê acontecer antes da entrevista, 7 perderam o bebê e 7 gestantes recusaram a participar do estudo.

A análise univariada mostrou que a média da idade das adolescentes foi de 17,45 anos. A prevalência de depressão encontrada foi de 18,4%, o que corresponde a 41 gestantes com depressão atual. Destas, 24 (58,5%) apresentaram depressão passada. Quanto ao estado civil, 135 (60,8%) gestantes relataram viver com o companheiro. No que se refere à escolaridade, 103 (46,4%) das gestantes haviam estudado da 5^a a 7^a série do ensino fundamental, 68 (30,6%) haviam completado o ensino fundamental ou estavam cursando o ensino médio. Em relação à renda, 117 (52,5%) gestantes responderam viver com uma renda entre dois e três salários mínimos (tabela 1). A média do Apoio Social, considerando as cinco dimensões, variou de 88,38 a 93,78 na amostra geral (tabela 2).

Através da análise bivariada, constatou-se que as variáveis *idade*, *renda*, bem como *vive com companheiro* e *escolaridade* não se associaram ao desfecho, apresentando $p > 0,05$ (tabela 1 e 2).

Já o *apoio social* esteve associado significativamente com o diagnóstico de depressão. As dimensões apoio afetivo (média - 84,39 \pm 18,65), apoio emocional (média - 78,66 \pm 22,14), apoio de informação (média - 78,66 \pm 22,14), interação positiva (média - 78,66 \pm 22,14) e apoio material (média - 83,17 \pm 20,30), apresentaram $p < 0,001$ (tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a relação do suporte social com a depressão gestacional em adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Nesta amostra, a prevalência de depressão foi de 18,4%. Este resultado foi semelhante a três outros estudos^{13,14,15}, que utilizaram como instrumentos para avaliar a sintomatologia depressiva a escala CES-D, o EPDS e o BDI-II, respectivamente, diferenciando-se do presente, que utilizou o MINI como instrumento para avaliar o diagnóstico de depressão. Dois destes trabalhos tinham em suas amostras gestantes com idade até 19 anos^{13,14}. Tal observação faz-se necessária devido à dificuldade de encontrar publicações sobre este tema na mesma faixa etária deste estudo, o que provavelmente tenha funcionado como um fator limitante nesta pesquisa, juntamente com o grande número de perdas encontradas, que podem ter alterado os resultados obtidos. Vale salientar que o maior número de perdas foi por falta de localização dos endereços e se deram em virtude da falta de atualização no cadastro do SIS pré-natal, bem como pelo fornecimento errado do endereço pelas gestantes. O que se observa nas UBSs é que, por vezes, o paciente fornece outro endereço conveniente que não o seu próprio, com o objetivo de ser atendido naquele local preferencialmente.

Em relação à *renda*, *viver com companheiro*, *escolaridade* e *idade*, variáveis também estudadas neste trabalho, não foram encontradas associações significativas destas com a depressão. No mesmo sentido destes resultados, estudos feitos na Carolina do Norte, em Singapura e na Geórgia, também não encontraram associação da idade e nível de escolaridade com sintomas depressivos^{15,16,3}. O estudo da Geórgia tinha uma população de adolescentes de 13 a 18 anos, semelhante à população deste estudo.

O fato de a variável *idade* não ter associado com a depressão, a maioria das gestantes deste estudo pertenciam a um extrato social no qual a renda mensal estava entre 0 a 3 salários mínimos. A baixa renda familiar e a baixa escolaridade estão associadas à gestação precoce. É possível que adolescentes com baixa escolaridade tenham menos acesso a informações sobre gestação e métodos contraceptivos. Também é possível que questões culturais e de status levem as adolescentes a assumir mais cedo o papel materno, carregado de significados no meio em que vivem. Além disso, é provável que as adolescentes sintam necessidade de realizar determinadas tarefas como ter um companheiro e formar sua própria família¹⁷. Resultados diferentes foram vistos em outros trabalhos que encontraram associação significativa entre a sintomatologia depressiva e as referidas variáveis^{18,14,19,20,21}.

O *suporte social* se apresentou neste estudo significativamente associado com o diagnóstico de depressão, resultado também encontrado em outras pesquisas, com variação de p-valor entre 0,000 a $<0,05$ ^{13,18,14,22,16,23,3,19,24,25,26,27}. No presente trabalho, foram avaliadas individualmente cinco dimensões relativas ao suporte: apoio afetivo, emocional, de informação, material e interação positiva, abrangendo de forma ampla o suporte recebido pelas adolescentes.

O apoio recíproco, que proporciona a troca entre pais e adolescentes, examinado em outro estudo, também relacionou com a diminuição da depressão e ansiedade e no aumento da satisfação com a vida. Esta mesma pesquisa americana aponta que, quando a gestante namora o pai do seu filho, há um decréscimo significativo da depressão²². Já as gestantes solteiras com baixo suporte em suas relações mais importantes relatam sintomatologia depressiva no pré-natal, o mesmo relato aparece para aquelas com baixo suporte do parceiro²⁵. Em consonância com estes achados, encontra-se também na

literatura a constatação de que pior qualidade nas relações sociais, problemas conjugais e dificuldades no relacionamento com membro importante da família também foram preditores de depressão gestacional^{15,16,20,28,26}.

A gravidez na adolescência pode resultar em estresse psicológico e fisiológico. O apoio para a gestante pode ajudar no desenvolvimento de habilidades que atenuam os efeitos do estresse, acarretando em uma adaptação com resultados positivos para o período vivido³.

Por se tratar de um estudo transversal, deparou-se com a dificuldade no que se refere à inferência causal, ou seja, se a causa da depressão foi consequência do baixo suporte social, visto que as causas do transtorno são multifatoriais, ou ainda, se a visão de mundo, a percepção de suporte das gestantes, estava influenciada em virtude do transtorno depressivo.

Não obstante, os resultados encontrados neste estudo sugerem a necessidade em planejar ações que possam beneficiar o pré-natal de adolescentes no que se refere ao apoio social fornecido por familiares e demais pessoas significativas. Parece adequado que, a partir dos dados apontados, os serviços de saúde direcionados às gestantes possam refletir sobre um incremento no atendimento a essa população.

Abordagens informativas e de orientação com a rede de apoio podem significar o início de um trabalho voltado para a promoção da saúde destas gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Westdahl C, Milan S, Magriples U, MD, Kershaw T, Rising S, Ickovics J. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(1):134-40.
2. Mckee M D Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.
3. Harris JG. Self-esteem, family support, peer support, and depressive symptomatology: a descriptive correlational study of pregnant adolescents [tese doutorado]. Geórgia. Geórgia State University; 2006.
4. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(3): 103-9.
5. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety* 2007; 24(1):15-21.

6. Freitas V S G, Botega J N. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48 (3): 245-249.
7. Logsdon M C, Gennaro S. Bioecological model for guiding social support research and interventions with pregnant adolescents. *Ment Health Nurs* 2005; 26(3):327-39.
8. Chor, D, Griep H R, Lopes S C, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17 (4):887-896.
9. Jesse D E, McQuigg W J, Mariella A, Swanson S M. Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy. *Midwifery Womens Health* 2005; 50 (5): 405-10.
10. Quinlivan J A, Luehr B, Evans S F. Teenage mother's predictions of their support levels before and actual support levels after having a child. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(4): 273-8.
11. Griep RH. Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

12. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.
13. Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, et al. Depressive Symptoms Among Reservation-based Pregnant American Indian Adolescents. *Matern Child Health J.* (2008); (12):S110–S118.
14. Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development.* 2006; 8(2): 123 – 138
15. Sleath B, West S, Tudor G, Perreira K, King V, Morrissey J. Ethnicity and prenatal depression: women's experiences and perspectives on communicating about their emotions and feelings during pregnancy. *Patient Educ Couns.* 2005; 58(1):35-40.
16. Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord.* 2005; 89(1-3):157-66.
17. Gigante DP, Barros FC, Veleda R, Gonçalves H, Horta BL, Victora CG. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42 suppl.2.

18. Milan S, Kershaw TS, Lewis J, Westdahl C, Rising SS, Patrikios M, et al. Caregiving history and prenatal depressive symptoms in low-income adolescent and young adult women: moderating and mediating effects. *Psychology of Women Quarterly* 2007; (31), 241-251.
19. Séguin Louise, Potvin Louise, ST.-Denis M, Loisele Jacinthe. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; vol. 85, n° 4.
20. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003; (33), 1161–1167.
21. Stewart AL, Dean ML, Gregorich SE, Brawarsky P, Haas JS. Race/ethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. *J Health Psychol*. 2007;12(2):285-300.
22. Stevenson W, Maton KI ,Teti DM. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 1999; 22, 109-121.
23. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009;113(3):303-8.

24. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod.* 2007;22(3):869-77.
25. Bernazzani O, Marks MN, Bifulco A, Siddle K, Asten P, Conroy S. Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME)--recent life adversity, social support and maternal feelings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(6):497-508.
26. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders.* 2004; (82) 297–301.
27. Jesse E, Swanson MS. Risks and resources associated with antepartum risk for depression among rural southern women. *Nursing Research.* 2007; vol 55 (6): 378-386.
28. Salmela-Aro K, Aunola K, Saisto T, Halmesmäki E, Nurmi J-E. Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships.* 2006; (23); 781.

Tabela 1: Distribuição das variáveis independentes em relação a amostra total e ao desfecho, apresentadas por prevalência e razão de prevalência.

Variáveis	Distribuição da Amostra N (%)	Gestantes c/ Depressão N (%)	Razão de prevalência (IC 95%)	P valor
Renda				
0 a 1 salário mínimo	58 (26,0)	8 (13,8)	1,00	
2 a 3 salários mínimos	117 (52,5)	26 (22,4)	1,62 (0,78 a 3,36)	0,297
4 ou mais salários mínimos	48 (21,5)	7 (14,6)	1,06 (0,41 a 2,71)	
Vive com companheiro				
Sim	135 (60,8)	24 (17,8)	1,00	
Não	87 (39,2)	17 (19,5)	1,10 (0,63 a 1,93)	0,741
Escolaridade				
Analf. a 4ª série do E. Fundamental	33 (14,9)	4 (12,1)	1,00	
5ª a 7ª série do E. Fundamental	103 (46,4)	26 (25,2)	2,08 (0,78 a 5,54)	
8ª série do E. Fund. a Médio Incomp.	68 (30,6)	10 (14,7)	1,21 (0,41 a 3,59)	0,202
E. Médio Completo a Superior Incomp.	18 (8,1)	1 (5,6)	0,46 (0,05 a 3,82)	

Tabela 2: Distribuição das variáveis independentes em relação a amostra total e ao desfecho, apresentadas por média, desvio padrão e diferença entre as médias.

Variáveis	Distribuição da amostra	Gestantes com depressão	Diferença entre médias (IC 95%)	P valor
Idade	17,45 ± 1,45	17,53 ± 1,50	- 0,09 (- 0,59 a 0,40)	0,708
Apoio Afetivo	93,78 ± 13,33	84,39 ±18,65	11,52 (7,23 a 15,81)	0,000
Apoio Emocional	88,53 ± 16,71	78,66 ±22,14	12,11 (6,64 a 17,59)	0,000
Apoio de informação	88,38 ± 16,44	78,66 ±22,14	11,32 (5,91 a 16,73)	0,000
Interação Positiva	88,63 ± 15,75	78,66 ±22,14	19,25 (14,52 a 23,99)	0,000
Apoio Material	92,05 ± 13,53	83,17±20,30	10,89 (6,50 a 15,28)	0,000