

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

RAYSSA DA LUZ MARTINS

**A DEPRESSÃO COMO FATOR ASSOCIADO À INTERNAÇÃO
HOSPITALAR NO PERÍODO GESTACIONAL: ESTUDO COM GESTANTES
DA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS-RS**

**Pelotas
2018**

RAYSSA DA LUZ MARTINS

**A DEPRESSÃO COMO FATOR ASSOCIADO À INTERNAÇÃO
HOSPITALAR NO PERÍODO GESTACIONAL: ESTUDO COM GESTANTES
DA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS-RS**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Pelotas

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M386d	<p>Martins, Rayssa da Luz</p> <p>A depressão como fator associado à internação hospitalar no período gestacional: estudo com gestantes da zona urbana do município de Pelotas-RS / Rayssa da Luz Martins. – Pelotas: UCPEL, 2018.</p> <p>37 f.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Ricardo Tavares Pinheiro.</p> <p>1. gestação. 2. depressão gestacional. 3. gastos em saúde. I. Pinheiro, Ricardo Tavares, or. II. Título.</p> <p>CDD 618</p>	
-------	---	--

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO	5
1.1 Título:	5
1.2 Mestranda:	5
1.3 Orientador:.....	5
1.4 Instituição:	5
1.5 Linha de pesquisa:	5
1.6 Data:	5
2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	6
2.1 Introdução	6
2.2 Objetivos.....	8
2.3 Hipóteses	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Estratégias de Busca	8
3.2 Revisão Bibliográfica	9
4. MÉTODOS	12
4.1 Delineamento.....	12
4.2 Amostra	12
4.2.1 Cálculo da Amostra	12
4.2.2 Critérios de Inclusão.....	12
4.2.3 Critérios de Exclusão.....	12
4.3 Instrumentos	13
4.4 Aspectos Éticos	13
4.5 Processamentos de Dados.....	14
5. ORÇAMENTO	14
6. CRONOGRAMA	14
7. REFERÊNCIAS	15
ANEXOS	17
8. ARTIGO.....	24

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título:

A depressão como fator associado à internação hospitalar no período gestacional: estudo com gestantes da zona urbana do município de Pelotas-RS

1.2 Mestranda:

Rayssa da Luz Martins

1.3 Orientador:

Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1.4 Instituição:

Universidade Católica de Pelotas

1.5 Linha de pesquisa:

Gestação e puerpério

1.6 Data:

Junho 2018

2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução

A depressão é frequente entre as mulheres durante o período perinatal, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério e está associada a consequências adversas tanto a curto quanto a longo prazo para a mãe e a criança. A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante, e a maioria destas não são diagnosticadas e tratadas adequadamente.^{1,2,3}

A mulher deprimida no período gestacional apresenta menor preocupação com seu estado de saúde, podendo ocasionar na não-adesão ao pré-natal, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, pessimismo, insônia, falta de apetite, acarretando na sua qualidade de vida.^{4,5} A depressão pode persistir no período pós-parto comprometendo o comportamento o relacionamento com o parceiro e familiares, o processo de formação do vínculo entre mãe e filho, o desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial da criança.^{6,7}

A depressão pode ser caracterizada por alterações no padrão de sono, tristeza sem razão definida, fadiga, alteração de humor, desânimo, insônia e alteração do apetite, por duas ou mais semanas. Gestantes com depressão utilizam mais serviços de saúde do que as mulheres não deprimidas, e não se limitam apenas aos serviços de saúde mental. No Brasil as complicações obstétricas são a principal causa de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva, sendo responsáveis por 26,7% de todas as admissões (total de 1.060.538 hospitalizações).^{8,9}

Os principais diagnósticos de internações obstétricas são infecções, doenças hipertensivas, diabetes e as hemorragias que correspondem às causas mais frequentes de mortalidade materna no Brasil e no mundo. Gestantes com 35 anos ou mais, com gestação múltipla e que apresentam baixa ou alta escolaridade também podem apresentar maior risco para internação prévia ao parto, a baixa escolaridade tem impacto no estado de saúde da gestante podendo ser econômico ou até mesmo na dificuldade de entendimento das orientações realizadas durante o pré-natal, tendo como consequência o agravamento do quadro, já idade materna avançada é um fator de risco tendo em vista que o aumento da idade materna esta associado ao aumento de doenças crônicas.^{10,11,12}

A depressão apresenta uma maior prevalência em países menos desenvolvidos, com perfil socioeconômico baixo, sendo comum entre mulheres em idade fértil. Nos países em desenvolvimento como Brasil, Bangladesh, Paquistão e África do Sul, a prevalência de

depressão é por volta de 25%, e nos países desenvolvidos como Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá e Suécia, as taxas de prevalência são mais baixas, em torno de 10% e 15%.^{13,14,15}

Estudo longitudinal realizado na cidade de Macau avaliou 361 gestantes que necessitaram hospitalização no segundo trimestre, tendo sido também avaliadas no terceiro trimestre e seis semanas após o parto. O objetivo foi investigar o padrão de sintomas depressivos perinatais, e determinar associações entre características sociodemográficas, fatores obstétricos, morbidades pré-natais e condições pós-natais. A prevalência de sintomas depressivos leves e moderados no período de internação e segunda etapa foram de 34,6% e 10,0%, respectivamente. Sintomas depressivos graves atingiam 9,4% das gestantes. Outro ponto foi à detecção da presença de sintomas depressivos e as morbidades perinatais como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, náusea/vômito e cefaleia, onde os sintomas depressivos apresentaram associação com a diabetes gestacional e presença de cefaleia.¹⁶

Outro estudo realizado no município de Pelotas-RS aninhado a uma coorte de gestantes que realizaram o pré-natal e tiveram o parto pelo Sistema Único de Saúde em hospitais com UTI Neonatal, evidenciou a associação entre mulheres deprimidas no período gestacional no segundo trimestre e o baixo peso ao nascer de seus filhos, apresentando uma relação duas vezes mais com baixo peso ao nascer. O estudo reforça que os gastos das internações de neonatos em UTI neonatal tem impacto significativo sobre o sistema de saúde, e quando realizado diagnóstico, a prevenção e o tratamento da depressão gestacional é fundamental para o sistema de saúde, pois trazem melhorias para a qualidade de vida da gestante, além de reduzir a morbi-mortalidade infantil, reduzindo de forma significativa os gastos do sistema.¹⁷

Estudos que avaliam estados depressivos no ciclo gravídico puerperal e estudos que identificam a presença de uma maior prevalência de depressão entre gestantes que necessitaram de internação hospitalar nesse período podem também ser detectados na literatura científica, entretanto, estudos que relacionem a presença de sintomas depressivos como um fator de risco para o adoecimento nesse período que ganhem gravidade e que necessitem de internação são escassos.

A utilização de dados hospitalares tem sido uma ferramenta importante para identificar os fatores que podem levar a melhoria dos serviços de saúde, pois apresentam dados valiosos que possibilitam desenvolver estudos nas áreas de avaliação e de vigilância dos serviços. O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de depressão gestacional e sua associação com a internação hospitalar, a frequência de internações e o gasto

que estas geram para o Sistema Único de Saúde, permitindo dimensionar as despesas resultantes da hospitalização de gestantes deprimidas.

2.2 Objetivos

Geral

Detectar a prevalência de depressão gestacional e sua associação com a internação hospitalar nesse período.

Específicos

Identificar as principais causas clínicas de internação nesse período e sua associação com sintomas depressivos.

Avaliar os custos econômicos para o Sistema Único de Saúde, resultantes de internações de gestantes que apresentaram depressão durante a gestação.

2.3 Hipóteses

Gestantes deprimidas apresentarão um risco maior de internar durante a gestação.

Gestantes deprimidas irão acarretar em maior gastos para Sistema Único de Saúde pela frequência de utilização dos serviços hospitalares.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de Busca

Para a revisão de literatura realizou-se uma busca nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO. Os artigos encontrados nos bancos de dados passaram por uma triagem através do título e do resumo. Nos casos de dúvida sobre a potencialidade do artigo foram feitas as leituras das publicações completas. Os descritores utilizados foram: Depressão durante a gravidez (“Depression during pregnancy, Gestational depression”), Custos de depressão (“Depression Costs”), Depressão e hospitalizações (“Depression AND hospitalizations”), Transtornos mentais na gestação (“mental disorders in pregnancy”), Gestação e Depressão (“gestational AND depression”) e Depressão durante a gravidez e pacientes internados obstétricas (“depression during pregnancy AND obstetric inpatients).

Após esta busca foi feita a checagem das referências dos artigos encontrados a fim de identificar trabalhos não achados através das investigações citadas acima.

3.2 Revisão Bibliográfica

Na presente revisão de literatura foram encontrados artigos que incluíam resultados sobre depressão gestacional.

Tabela1. Seleção dos estudos sobre o tema			
Autor, Ano e País	População estudada	Metodologia	Resultados encontrados
Lima et al, 2017. Brasil.	N= 272 Gestantes Escala de depressão pós-parto de Edimburgo	Longitudinal	Frequência de sintomas depressivos na primeira 27,2%, segunda 21,7% e terceira etapa 25,4%.
Benute <i>et al</i> , 2010. Brasil	N=326 Gestantes Avaliação de cuidados primários de transtornos mentais (PRIME-MD)	Transversal	Transtorno depressivo maior foi diagnosticado em 29 casos (9,0%).
Vitriol G. <i>et al</i> , 2010. Chile	N= 154 Mulheres com depressão Escala de Depressão de Hamilton	Ensaio clínico randomizado	Os principais contribuintes para os custos foram medicamentos (26,5%), consultas psiquiátricas (19,2%) no grupo experimental e por internações (25,4%) no grupo controle.
Moraes <i>et al</i> , 2016. Brasil	375 Gestantes Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Transversal	15,47% apresentaram sintomas depressivos prováveis e 25,33% possíveis sintomas depressivos
Byatt <i>et al</i> , 2016 Massachusetts	62 Gestantes de alto risco hospitalizadas. Edinburgh Postnatal	Transversal	Tempo de internação – 1 a 99 dias 7% apresentaram sintomas

	Depression Scale (EPDS)		depressivos
Pillai <i>et al</i> , 2017. Canadá	Adultos entre 18 a 39 anos, 40 a 65 anos e maiores de 65 anos	Coorte	Identificadas 158.376 hospitalizações por Transtorno Depressivo Maior

Estudo longitudinal realizado em três etapas -20^a, 28^a e 36^a semanas gestacionais, com variação de ± 2 semanas - em 12 serviços de pré-natal da zona sul do Município de São Paulo que atendem gestantes no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com objetivo de identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde. Apresentaram sintomas depressivos durante todo o período gestacional 7% das gestantes, em alguma etapa 38,5% e em nenhuma 54,5%. Quando associado os sintomas depressivos com as variáveis independentes mostrou diferença estatisticamente significativa com escolaridade, número de gestações, número de partos, número de filhos que vivem com a gestante, planejamento da gravidez, fumo, violência física, violência psicológica e problemas mentais referidos pela gestante.¹⁸

Um estudo com 326 gestantes com o objetivo de identificar fatores de risco para depressão em gestantes portadoras de distúrbio médico e avaliar a influência da depressão nos resultados perinatais, onde depressão maior foi diagnosticada através da Avaliação da Atenção Primária de Transtornos Mentais (PRIME-MD) e os registros médicos dos participantes foram revisados para avaliar os resultados perinatais. As mulheres foram entrevistadas com uma idade gestacional 28 semanas, a média de idade das participantes foi 30,2 anos (DP=7,1). Os distúrbios médicos apresentados pelas mulheres incluíram pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica (n=142), cardiopatia (n=66), diabetes mellitus (n=84), anemia (n=16), colagenoses (n=24) e risco de parto prematuro (n=16). O transtorno depressivo maior foi diagnosticado em 29 casos (9,0%). A prevalência de depressão maior foi de 7,1% para pré-eclâmpsia ou hipertensão crônica, 12,1% para cardiopatia, 7,1% para diabetes mellitus, 6,3% para anemia materna, 8,3% para colagenoses e 12,5% para alto risco de parto prematuro.¹⁹

Um estudo realizado no Chile avaliou 154 mulheres com mais de 20 anos diagnosticadas com depressão severa e a eficácia e os custos associados a um tratamento para depressão. O tratamento experimental consistiu em uma intervenção protocolizada de

confrontação de crise, de acordo com a condição do paciente, individual, ambulatorial, intensiva, realizada uma vez por semana por uma equipe multidisciplinar por três meses. E o tratamento usual foi desenvolvido de acordo com as atuais diretrizes diagnósticas e farmacológicas disseminadas no Guia Clínico do MINSAL para Depressão Severa além da psicoterapia de suporte tradicional. O custo mais alto em ambos os tratamentos foi dado pelo uso de medicamentos 26,5%. No grupo experimental, segue-se o número de consultas psiquiátricas 19,2%, pagamento de dias de férias 8,2% e hospitalizações 8,2%. No grupo de controle, o custo mais alto em medicamentos é seguido de hospitalizações 25,4%, pagamento de dias de férias 11,9% e visitas de emergência 7,3%.²⁰

Estudo transversal realizado em duas maternidades públicas localizadas na cidade de Goiânia-Brasil avaliou em 375 gestantes a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com características sociais, psicológicas, comportamentais e obstétricas em gestantes. Foi utilizado para avaliar os sintomas depressivos, a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 15,47% das gestantes apresentaram sintomas depressivos prováveis e 25,33% possíveis sintomas depressivos. A análise bivariada mostrou associação significativa entre sintomas depressivos e as seguintes variáveis: solteiro ou divorciado, atividade física durante a gestação, exposição à violência psicológica / emocional, problema mental prévio e complicações obstétricas durante a gestação.²¹

Em um centro médico acadêmico de Massachusetts avaliou 62 gestante, e teve como objetivo avaliar gestantes hospitalizadas devido à gestação de alto risco, onde também foram avaliados sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, alterações nos sintomas de depressão e sintomas de ansiedade e as taxas de tratamento de saúde mental. O tempo de internação hospitalar das gestantes variou de 1 a 99 dias, 7% da amostra apresentou sintomas de depressão, 23% da amostra relatou ter sido anteriormente diagnosticada por um profissional com uma condição de saúde mental, 27% relataram ter recebido tratamento prévio de saúde mental e 5% das participantes estavam recebendo tratamento psicológico durante a gravidez ou no momento do estudo, 77% das gestantes relataram que poderiam se beneficiar de um grupo de psicoterapia de apoio durante a internação.²²

Estudo realizado Ontário-Canadá teve como objetivo determinar se as internações por transtorno depressivo maior variam com as estações do ano, levando em consideração que o Canadá tem uma perda anual de produtividade de mais de US\$ 30 bilhões no transtorno depressivo maior, foram avaliados adultos entre 18 a 39 anos, 40 a 65 anos e maiores de 65 anos, e durante o estudo (2006-2013), foram identificadas 158.376 internações hospitalares por transtorno depressivo maior, os dados foram coletados através do *Ontario Mental Health*

Reporting System, que codifica informações sobre todos os pacientes internados em psiquiatria.²³

4. MÉTODOS

4.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a uma coorte intitulada “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”, sendo financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates/CNPq/MS-DECIT.

4.2 Amostra

A seleção da amostra está sendo realizada através do sorteio de metade dos setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas delimitados pelo Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE). Dessa maneira, serão sorteados 244 do total de 488 setores censitários. Após o sorteio, todos os domicílios de cada setor censitário sorteado serão procurados para verificar a presença de gestantes com até 24 semanas gestacionais.

4.2.1 Cálculo da Amostra

De acordo com a revisão de literatura, podemos afirmar que não há dados suficientes para estimar com confiança as medidas de efeito esperadas, portanto não foi realizado um cálculo de tamanho de amostra. No entanto serão consideradas todas as gestantes captadas, assim a estimativa é que constituam a amostra entre 976 a 1220 mulheres.

4.2.2 Critérios de Inclusão

Todas as mulheres, que residirem em um dos setores sorteados e estiverem com até 24 semanas gestacionais e que queira fazer parte do estudo.

4.2.3 Critérios de Exclusão

Incapacidade de responder os instrumentos por algum comprometimento físico ou cognitivo.

4.3 Instrumentos

Os instrumentos que serão aplicados será um questionário contendo questões sócio demográficas como idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação, número de filhos, características comportamentais e de saúde física e mental da mãe. A Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para avaliação econômica dos participantes, que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se à classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

O instrumento utilizado para avaliar a depressão gestacional, será a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), que é uma entrevista padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. A MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade antissocial. No presente estudo, será utilizado o módulo A para diagnosticar depressão, que identifica se o episódio é atual ou passado.²⁴

Através do questionário serão coletados dados referentes às internações tais como: se a gestante precisou ficar internada durante a gestação, por quanto tempo precisou ficar internada, o motivo da internação e local de internação.

Em relação aos dados sobre os custos das internações, serão coletados após a identificação das gestantes e será realizada a busca da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de cada internação onde demonstra o registro do valor total da conta hospitalar apresentada ao SUS.

4.4 Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa respeitará os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.²⁴ As participantes receberam informações sobre a pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participarem do estudo. Todas as gestantes que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão encaminhadas para atendimento

7. REFERÊNCIAS

1. SILVA, R; JANSEN K; SOUZA L; QUEVEDO L; BARBOSA L; MORAES I; HORTA, PINHEIRO R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:143-14.
2. RIDE, J; ROWE, H; WYNTER, K; FISHER, J; LORGELLY, P. Protocol for economic evaluation alongside a cluster-randomised controlled trial of a psychoeducational intervention for the primary prevention of postnatal mental health problems in first-time mothers. Ride J, et al. *BMJ Open* 2014;4:e006226.
3. PIMENTA, A.P; NAZARETH, J.V; SOUZA, K,V; PIMENTA, G.M. Programa “casa das gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2012 Out-Dez; 21(4): 912-20.
4. REIS, C.S; NORONHA, K; WAJNMAN S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.591-612, set./dez. 2016.
5. SILVA, T.C; VARELA, P.L.R; OLIVEIRA, R.R; MATHIAS, T.A.F. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 25(3):617-628, jul-set 2016.
6. PEREIRA, P.K; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(4):144-53.
7. LIMA, M.O.P; TSUNECHIRO, M.A; BONADIO I.C; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):39-46.
8. VERAS, T.C.S; MATHIAS, T.A.F. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3):401-8 www.ee.usp.br/reeusp/.
9. HELLER, H.M; STRATEN, A; GROOT, C.J.M; HONIG A. The (cost) effectiveness of an online intervention for pregnant women with affective symptoms: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014:273.

10. MOURA BLA, ALENCAR GP, SILVA ZP, ALMEIDA MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1):e00188016.
11. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
12. SAY L, CHOU D, GEMMILL A, TUNCALP O, MOLLER AB, DANIELS J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014; 2:e323-33.
13. HARTMANN J.M; SASSI R.A.M; CESAR J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(9):e00094016.
14. BIRATU A; HAILE D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2015; 12:99.
15. FISHER J; MELLO M.C; PATEL V; RAHMAN A, TRAN T, HOLTON S. 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):139G-49G.
16. LAUL Y; HTUM P.T; KWONG H.K.D. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. *PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188365> February 8, 2018.
17. MENEZES, L.O; PINHEIRO, R.T; QUEVEDO, L.A; OLIVEIRA, S.S; SILVA, R.A; PINHEIRO K.A.T; SANTO, G.C.E; JANSEN, K. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(10):1939-1948, out, 2012.
18. LIMA M.O.P; TSUNECHIRO M.L; BONADIO I.C; MURATA M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):39-46.

19. BENUTE G.R.G; NOMURA R.M.Y; REIS J.S; JUNIOR F.R; LUCIA M.C.S; ZUGAIB M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. CLINICS 2010;65(11):1127-1131.
20. VITRIOL V; CANCINO A; FLORENZANO R; BALLESTEROS S; SCHWARTZ D. Eficacia y costos asociados a un tratamiento ambulatorio en mujeres con depresión severa y trauma tempran. Rev Med chile 2010; 138: 428-436.
21. MORAES E.V; CAMPOS R.N; AVELINO M.M. Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. Rev Bras Ginecol Obstet Vol. 38 No. 6/2016.
22. BYATT N; COURANT K.H; DAVIDSON A; LEVESQUE R; MICK E; ALLISON J; SIMAS T.A.M. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. Gen Hosp Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2015 April 16.
23. PILLAI A; Richard L; SHARIFF S.Z; Vasudev A. Is there seasonality in hospitalizations for major depressive disorder in Canada?. Arch Clin Psychiatry. 2017;44(5):134-6.
24. AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(3):106-15.
25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Acesso em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

ANEXOS

ANEXO A - MINI (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MÁNICO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
		A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	→	NÃO	SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (VARIAÇÃO DE \pm 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE? NÃO SIM

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Março, 2010)

-5-

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	NÃO	SIM	SIM	NÃO	11
A4 HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.					
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A5 Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A6 Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação?			→		
UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					

A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Março, 2010)

-6-

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão ? Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? 16b

ANEXO B – QUESTIONÁRIO



BILL & MELINDA
GATES foundation



“GRAVIDEZ CUIDADA, BEBÊ SAUDÁVEL” – INTERNAÇÃO MÃE/BEBÊ (3ª AVALIAÇÃO)

QUEST: _ _ _ _ _

QUES: _ _ _ _ _

Mãe:

43. Você precisou ficar internada durante a gestação?

Gcbsc43 _ _

(0) Não (Se não, pule para a questão 44) (1) Sim

43a. Quantas vezes vocês precisou ficar internada? _ _ _

Gcbsc43a _ _ _

43b. Por quanto tempo ficou internada? _ _ _ dias

_ _ _ dias

_ _ _ dias

Gcbsc43b _ _ _

43c. Qual o motivo da(s) internação(ões) durante a gestação? (Possível marcar mais que uma opção)

Gcbsc43c _ _ _

(0) Hipertensão

(1) Diabetes

(2) Contração - trabalho de parto prematuro

(3) Infecção Urinária

(4) Sífilis

(5) Anemia

(6) Sangramentos

(7) Pré-eclampsia

(8) Descolamento Prematuro de Placenta

(9) Polidrâmnio - aumento do líquido amniótico

(10) Oligodrâmnio - diminuição do líquido amniótico

(11) Outro

Especificar _____

43d. Em qual local você ficou internada?

(0) Casa da gestante

(1) H.U. São Francisco de Paula

(2) Santa Casa de Pelotas

(3) Hospital Miguel Piltcher

(4) Outro

Especificar: _____

Bebê:

44. Após o parto, quanto tempo demorou para o bebê ficar com você?

(0) 0-2 horas

(1) 3-4 horas

(2) 4-8 horas

(3) mais de 8h e menos de 12h

(4) mais de 12 horas

Gcbssc43d _ _

Gcbssc44 _ _

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8246

Você está sendo convidada a participar como voluntária e autorizar a participação de seu bebê, da pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe.

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar deste estudo.

Declaro também aceitar que meu/minha filho(a) _____ participe da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 201_.

Assinatura Entrevistador(a)

Assinatura da Participante

8. ARTIGO

A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA COMO FATOR ASSOCIADO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO PERÍODO GESTACIONAL

RESUMO

Introdução: A depressão é uma enfermidade que acomete um elevado número de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo um importante fator de risco para mãe e bebê, sendo identificada como fator de risco para pré-eclâmpsia, parto prematuro e depressão pós-parto. Objetivo: Avaliar a associação da presença de sintomatologia depressiva gestacional com a internação hospitalar no mesmo período, considerando também a frequência de internações e o gasto que estas geram para o Sistema de Saúde. Método: Estudo de coorte populacional com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Para avaliação da sintomatologia depressiva foram utilizados os instrumentos, *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI PLUS)*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS* e *Beck Depression Inventory – BDI-II*. Resultados: Foram avaliadas 425 mulheres onde 4,9% apresentava diabetes e 14,8% hipertensão prévia. Já para as condições psiquiátricas, 10,6% das mulheres foram diagnosticadas com depressão em sua fase gestacional pela Entrevista MINI, a média de sintomas depressivos pelo BDI-II foi 12,1 (dp±6,1) e média pela EPDS foi 6,1 (dp±5,6). Não encontramos associação entre sintomas depressivos e internações no período gestacional em nosso modelo de análise. Conclusão: Nossos achados devem servir para que posteriores estudos que aprofundem a compreensão do sofrimento físico e emocional nesse período e as consequências para essas famílias e para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Gestação; Depressão; Depressão gestacional; Gastos em saúde,

ABSTRACT

Introduction: Depression is a disease that affects a large number of women during pregnancy and is an important risk factor for preeclampsia, preterm delivery and postpartum depression. **Objective:** To evaluate the association of gestational depressive symptomatology with hospitalization, the frequency of hospitalizations and the expenditure they generate. **Method:** A population cohort study with pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. The depressive symptomatology was evaluated through the instruments, Mini International Neuropsychiatric Interview Plus, Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory II. **Results:** 10.6% of the women were diagnosed with gestational depression in the MINI Interview, the mean of depressive symptoms by BDI-II was 12.1 (SD \pm 6.1), and the average for EPDS was 6.1 (SD \pm 5.6). **CONCLUSION:** Our findings suggest that further studies deepen the understanding of physical and emotional distress in this period and the consequences for these families and for the health system.

Keywords: Gestation; Gestational depression; Health expenditures

INTRODUÇÃO

A depressão é uma enfermidade que acomete um elevado número de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. A prevalência de depressão no período gestacional difere quando consideramos as condições de desenvolvimento econômico da população estudada. Estudos em países desenvolvimento como Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá e Suécia indicam uma prevalência entre 10 e 15%. Já os países em desenvolvimento como Brasil, Bangladesh, Paquistão e África do Sul, a prevalência de depressão está em torno de 25%. Independente do país, seu surgimento, no período gestacional tem sido associado a fatores como história doença psiquiátrica, dificuldades financeiras familiares, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica entre outros^{1,2,3}.

As características da depressão nesse período não diferem, essencialmente da depressão maior em outros momentos da vida adulta e, também, se manifesta por alterações no padrão de sono, fadiga, alteração de humor com oscilação de tristeza e irritabilidade, desânimo, insônia, alteração do apetite que perduram por duas ou mais semanas⁴.

Aspecto importante é a constatação que gestantes com depressão utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que gestantes não deprimidas, e essa utilização não se limita apenas aos serviços de saúde mental, se estendendo aos cuidados gerais da gestação e também ao período puerperal^{5,6}.

Estudos indicam que a depressão gestacional é um importante fator de risco para mãe e bebê, estando associada a pré-eclâmpsia, parto prematuro e depressão pós-parto⁷. No Brasil as complicações obstétricas são as principais causas de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva, sendo responsáveis por 26,7% de todas as admissões (total de 1.060.538 hospitalizações)⁸. Os principais diagnósticos de internações obstétricas são infecções, doenças hipertensivas, diabetes e as hemorragias que correspondem às causas mais frequentes de mortalidade materna no Brasil e no mundo⁹.

Estudos que avaliam estados depressivos no ciclo gravídico puerperal e sua associação com internação hospitalar são ainda pouco frequentes. Muitos estudos tratam isoladamente a depressão no ciclo gravídico-puerperal e outros de internações nesse período por diversas causas. Quanto as internações, pesquisadores utilizam com frequência dados hospitalares.

Os registros dos Sistemas de Saúde, produzidos em unidades de atenção primária ou até mesmo oriundos de setores hospitalares, em nosso país, ainda tem sido pouco utilizado. Essas informações, em países desenvolvidos, servem de suporte, tanto de investigações,

quanto para planejamento de estratégias na melhoria dos serviços de saúde, sendo dados valiosos que possibilitam desenvolver estudos nas áreas de avaliação e de vigilância dos serviços. No Brasil os dados referentes a internações no período gestacional são, em grande parte, armazenados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e no registro de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH/SUS).

Desta forma o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação de sintomatologia depressiva gestacional com a internação hospitalar no mesmo período, considerando também a frequência de internações e o gasto que estas geram para o Sistema de Saúde.

METODOLOGIA

Estudo aninhado a um estudo de coorte intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”, financiado pela fundação Bill & Melinda Gates/CNPq/MS-DECIT. As mulheres foram avaliadas em três momentos: a primeira foi realizada quando as mulheres estavam com até 24 semanas de gestação, a segunda avaliação foi realizada 60 dias após a primeira avaliação e a terceira aos 90 dias após o parto junto com seus bebês.

A seleção da amostra foi realizada através do sorteio de metade dos setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas delimitados pelo Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE). Dessa maneira, foram sorteados 244 do total de 488 setores. Após o sorteio, todos os domicílios de cada setor censitário sorteado foram procurados para verificar a presença de gestantes. Todas as mulheres, que residiam em um desses setores e estavam com até 24 semanas gestacionais foram convidadas a participar do estudo, e ter realizado a terceira etapa sendo esses os critérios de inclusão. Como critério de exclusão foi estipulado à incapacidade de responder os instrumentos por algum comprometimento físico ou cognitivo. As avaliações das gestantes/mães em ambas as etapas foram realizadas por bolsistas de iniciação científica matriculados em um dos cursos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas.

Para avaliação da depressão gestacional foram utilizados três instrumentos, a entrevista *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI PLUS)*¹⁰, que se trata de uma entrevista diagnóstica semi-estruturada breve (15-30 minutos). A MINI PLUS compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM- IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. Para este estudo foi utilizado somente o

módulo “A” que investiga a presença e ausência de depressão e classifica o episódio em atual ou passado. A *Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS*¹¹, instrumento autoaplicável, composto por dez enunciados que abrange os sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. Cada enunciado possui quatro opções de respostas pontuadas de 0 a 3 de acordo com a ausência, presença e intensidade dos sintomas, o escore final varia de 0 a 30, por soma simples dos pontos de cada item, mostrando que quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos. Também foi utilizado o *Beck Depression Inventory – BDI-II*¹², questionário estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão, retomando os sintomas nas duas últimas semanas. As pontuações no intervalo BDI variam de 0 a 63, com pontos de corte de 10 a 18 sugestivos de depressão leve e de 19 a 29 sugestivos de depressão moderada, os autores enfatizam ao fato de não existir um ponto de corte fixo para o diagnóstico da depressão, considerando que este deve ser baseado no estudo em questão e nas características da amostra, para o presente estudo foi utilizado o ponto de corte >13.

O uso diário de álcool e tabaco foi avaliada através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*¹³ - questionário estruturado composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas nos últimos três meses: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). Por sua maior ocorrência, optou-se incluir apenas o uso de tabaco e álcool nas análises, e define em uso ocasional ou abuso/dependência.

Além disso, na primeira etapa do estudo foi aplicado um questionário composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, questões relacionadas à gestante e ao pai do bebê e dados sobre a gestação (Classe econômica, escolaridade materna, idade materna, assistência pré-natal, gravidez planejada, viver com companheiro e apoio do companheiro na gestação). E, na terceira etapa, um questionário composto por variáveis referentes às condições de saúde durante a gestação (precisou ficar internada durante a gestação, por quanto tempo precisou ficar internada, qual o motivo da internação e local da internação).

A avaliação econômica das participantes foi realizada através da *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)*¹⁴, que se baseia no acúmulo de 33 bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se à classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa. Para este estudo as classes foram agrupadas em A+B – C – D+E. Este instrumento foi aplicado na 1ª etapa do estudo.

Após a identificação das gestantes, os dados sobre as internações tais como motivo da mesma, consequentes gastos e período de internação foram coletados na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no registro de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH/SUS) disponível na prefeitura Municipal de Pelotas. No SIH, encontra-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), uma descrição aberta dos itens que compuseram a internação do paciente e o valor total da fatura hospitalar. O CIH identifica as internações por sua vez os dados similares dos convênios e particulares. Essa busca de dados do Sistema de Saúde se fez paralela à terceira avaliação, ou seja, aos 90 dias após o parto. Por critério avaliamos no setor de registro seguindo as categorias diagnósticas e subdiagnósticas: Complicações do trabalho de Parto e do parto (O60-O75); Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O10 – O16); Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez (O20 – O29) Assistência prestada ligada ao feto e à cavidade amniótica (O30 – O48); Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte (O94 – O99). Foram desconsideradas as internações do período puerperal.

Os dados coletados foram codificados, duplamente digitados no programa EpiData 3.1 e analisados no programa estatístico SPSS 21.0. Foi realizada análise univariada através de frequência simples e relativa, média e desvio padrão, e na análise bivariada foram comparadas proporções através de teste do Qui quadrado e test-t.

O projeto maior no qual este está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel sob o parecer número 47807915400005339. As participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido. As gestantes identificadas com depressão foram encaminhadas, aos serviços de referência em saúde mental do município. Foi garantido sigilo e confidencialidade, uma vez que os dados não identificaram nenhuma gestante. Os aspectos éticos envolvidos neste estudo foram tratados conforme legislação vigente para a prática de pesquisa em saúde, sendo respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram avaliadas, nesse estudo, 425 mulheres, conforme demonstrado na Tabela 1, no que se refere ao nível socioeconômico, à maioria das mulheres pertenciam a nível sócio econômico C 54,4%. A média de idade foi de 27,5 (dp±6,0), 42,6% das mulheres eram primíparas e 45,4% das gestantes não planejaram a gravidez. Com relação às condições maternas de cuidados à saúde 7,3% relataram não realizar o pré-natal, 14,6% apresentaram

indicativo de abuso/dependência de tabaco e 8,7% tinham indicativo de abuso/dependência de álcool.

Já para as condições psiquiátricas, 10,6% das mulheres foram diagnosticadas com depressão em sua fase gestacional pela Entrevista MINI, pela EPDS 14,3% apresentaram sintomas depressivos e a média de depressão pelo BDI foi 12,1 ($dp\pm 6,1$). Ocorreram 114 internações durante a gestação, sendo 14 internações foram de gestantes depressivas (MINI). A média de dias de internação foi de 5,6 ($dp\pm 6,3$). O total gasto pelo SUS com estas gestantes foi de R\$ 41.407,23, sendo R\$ 5.554,10 referentes a gestantes que apresentaram episódio depressivo na gestação e que realizaram a linha de cuidado gestacional exclusiva SUS.

Em relação às doenças prévias 4,9% tinham diabetes mellitus e 14,8% relataram ter hipertensão antes da gestação. As internações distribuídas segundo causa de internação, por agrupamentos e categorias da CID-10 estão dispostas na Tabela 2. Os principais motivos pelo qual essas gestantes internaram foram por outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez 32,4%, seguido por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte 23,0%, assistência prestada ligada ao feto e à cavidade amniótica 17,5%, edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério 15,7% e complicações do trabalho de Parto e do parto 11,4%.

DISCUSSÃO

A avaliação dos sintomas depressivos durante a gestação é um fator importante para a melhoria do atendimento perinatal, a detecção precoce dos sintomas depressivos pode facilitar o tratamento, contribuindo para a redução dos efeitos na saúde materna e infantil¹⁵. As estratégias para o tratamento exigem o conhecimento de sua predominância em todas as fases da vida da mulher, permitindo à identificação dos fatores de risco, maneiras de prevenção, intervenções e tratamento adequado, a prevalência de depressão deve ser valorizada, pois revela a seriedade do problema na população¹⁶. A prevalência da depressão gestacional pode variar por questões metodológicas e pela diversidade de instrumentos de triagem e diagnóstico, pois os pontos de corte variam de cada instrumento.

A prevalência de depressão durante a gestação encontrada foi semelhante às relatadas em pesquisas realizadas em países desenvolvidos 10% a 15%^{17,18,19}. Uma pesquisa no Japão relatou prevalência de 5,6% de depressão, 6,9% na Suécia, 7,7% na Finlândia e 9% nos Estados Unidos. A menor prevalência nestes países pode ser resultado de alta qualidade de

assistência pré-natal, alto nível socioeconômico e menos eventos de vida estressantes, tais como dificuldades financeiras²⁰.

No atual estudo, fomos verificar a manifestação de sintomatologia depressiva em mulheres no período gestacional em associação com internações no sistema de saúde. Nessa forma ampla, focando especificamente o período gestacional, não encontramos associação entre internação durante a gestação e a presença de depressão. Por sua vez, um estudo, realizado por Menezes e colaboradores, no município de Pelotas-RS evidenciou a associação entre mulheres deprimidas no período gestacional e o baixo peso ao nascer de seus filhos, apresentando uma relação duas vezes maior com baixo peso ao nascer. O estudo, que focou internações perinatais, detectou que 36,1% das crianças com baixo peso eram filhos de mães que apresentaram episódio depressivo e muitas necessitaram permanecer hospitalizadas no pós-parto imediato. Essa permanência gerou um gasto estimado de aproximadamente R\$75 mil para o SUS em Pelotas²¹. O referido estudo tinha como a associação de depressão gestacional, condições de nascimentos e o foco específico na necessidade de hospitalização da díade mãe-bebê no pós-parto imediato. O presente estudo, com foco diferenciado do de Menezes, não indicou associação com internações, sugerindo que essa relação no período gestacional deva ser considerada e avaliada por uma mais complexa rede de fatores que exponham essas gestantes ao maior risco de adoecimento e proteção.

Por outro lado, às doenças preexistentes a gestação 4,9% das gestantes tinham diabetes mellitus e 14,8% hipertensão, sendo a hipertensão prévia associada com as internações durante o período estacional onde a prevalência de internações foi de 46,0%. A prevalência de síndrome hipertensiva encontrada corrobora com os achados em outros estudos, que apresentam uma prevalência entre 10,2% a 27,2%²², a hipertensão é caracterizada como uma das intercorrências mais comuns na gestação, onde quando não tratada adequadamente, pode levar a episódios de atendimento de emergência, de hospitalização e devido às suas complicações, como a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP²³. Um estudo realizado no Paraná com 928 puérperas encontrou prevalências semelhantes em relação às causas de internações sendo, outras doenças da mãe classificadas em outra parte que complicam a gravidez, parto e puerpério e a hipertensão foram os mais frequentes²⁴.

Entretanto, é fundamental que a depressão continue sendo investigada nesse período para que se possa obter uma maior compreensão. Nosso estudo apresenta limitações como a inexistência nesse momento de dados referentes a efeitos de intervenções diversas, tratamentos psicológicos/psiquiátricos prévios ou atuais e outros elementos que indiquem a qualidade do pré-natal que possam, por si só, se tornar em variáveis confundidoras nessa

ausência de associação entre sintomas depressivos no ciclo gravídico-puerperal e internação obstétrica.

CONCLUSÃO

Estudos que aprofundem a compreensão dos complexos fatores que levam ao adoecimento das gestantes e seu sofrimento físico e emocional nesse período e as consequências para essas famílias e para o sistema de saúde devem prosseguir para que se possa estabelecer o real peso desses fatores.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, R; JANSEN K; SOUZA L; QUEVEDO L; BARBOSA L; MORAES I; HORTA, PINHEIRO R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:143-14.
2. PEREIRA, P.K; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(4):144-53.
3. LIMA, M.O.P; TSUNECHIRO, M.A; BONADIO I.C; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):39-46.
4. HELLER, H.M; STRATEN, A; GROOT, C.J.M; HONIG A. The (cost) effectiveness of an online intervention for pregnant women with affective symptoms: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*2014:273.
5. MOURA BLA, ALENCAR GP, SILVA ZP, ALMEIDA MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1):e00188016.
6. BACAK SJ, CALLANGHAN WM, DIETZ PM, CROUSE C. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):592-7.
7. LIMA MOP, TSUMIRO MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4):530-536.
8. VERAS TCS, MATHIAS TAF. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3):401-8.
9. VICTORA CG, AQUINO EML, LEAL MC, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCOWALD CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet (Saúde no Brasil)*. 2011 [Internet]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf> 34.
10. AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.

11. SANTOS MF, MARTINS FC, PASQUALI L. Postpartum Depression SelfAssessment Scale: A Study in Brazil]. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1999; 26(2):90-5.
12. BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUCH, G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 53-63.
13. HUMENIUK R, ALI R, BABOR T, FARRELL M, FORMIGONI M, JITTIWUTIKARN J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103(6):1039-47. 42 24.
14. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica no Brasil. 55 http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
15. RYAN D, MILIS L, MISRI N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2005; 51:1087-93
16. BENNETT HA, EINARSON A, TADDIO A, KOREN G, EINARSON TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(4):698-709.
17. PEREIRA PK, LOVISI GM, PILOWSKY DL, LIMA LA, LEGAY LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2725-36.
18. SPOOZAK L, GOTMAN N, SMITH MV, BELANGER K, YONKERS KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):216-23.
19. BOWEN A, MUHAJARINE N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):4918.
20. THIENGO DL, SANTOS JFC , FONSECA DL , ABELHA L , LOVISI GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 416-26.
21. MENEZES LO, PINHEIRO, RT, QUEVEDO, L.A, OLIVEIRA, S.S, SILVA, RA, PINHEIRO KAT, SANTO GCE, JANSEN K. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(10):1939-1948, out, 2012.

22. OLIVEIRA CA, LINS CP, SÁ RAM, CHAVES NETTO H, BORNIA RG, SILVA NR. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2006; 6(1): 93-8.
23. NAKIMULI A, NAKUBULWA S, KAKAIRE O, OSINDE MO, MBALINDA SC, KAKANDE N. The burden of maternal morbidity and mortality attributable hypertensive disorders in pregnancy: a prospective cohort study from Uganda. *BMC Pregnancy Childb*. 2016;16:205.
24. FALAVINA LP, OLIVEIRA RR , MELO EC , VARELA PLR , MATHIAS TAF. Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional. *Rev Esc Enferm USP* · 2018;52:e 03317.

Tabela 1. Características da amostra e ocorrência de internações no período gestacional, em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.

	Total		Internações		p Valor*
	N	%	N	%	
	Média	DP	Média	DP	
Nível socioeconômica					0,470
A + B	130	30,6	30	23,1	
C	231	54,4	65	28,1	
D + E	64	15,1	19	30,2	
Escolaridade (em anos completos)					0,321
0 - 4 anos	15	3,5	5	33,3	
5 - 7 anos	65	15,3	20	30,8	
8 - 10 anos	91	21,4	29	32,2	
11 anos ou mais	254	59,8	60	23,6	
Idade Materna (anos)	27,5	6,0	28,1	5,8	0,170*
Semanas gestacionais na 1ª avaliação	16,2	5,4	15,6	5,8	0,176*
Primiparidade					0,278
Não	244	57,4	71	29,1	
Sim	181	42,6	43	23,9	
Planejou a gravidez atual					0,107
Sim	184	43,0	40	21,7	
Não	193	45,4	59	30,6	
Pensou	48	11,3	15	31,9	
Pré-natal (1ª avaliação)					0,362
Não	31	7,3	11	35,5	
Sim	394	92,7	103	26,2	
Tabagismo (ASSIST)					0,570
Nunca fumou/uso ocasional	363	85,4	95	26,2	
Indicativo de abuso/dependência	62	14,6	19	30,6	
Uso de álcool (ASSIST)					0,830
Nunca bebeu/uso ocasional	388	91,3	103	26,6	
Indicativo de abuso/ dependência	37	8,7	11	29,7	
Depressão gestacional (MINI)					0,618
Não	380	89,4	100	26,4	
Sim	45	10,6	14	31,1	
Depressão gestacional (EPDS >13)					0,975
Sem sintomas depressivos	364	85,6	97	26,7	
Com sintomas depressivos	61	14,4	17	27,9	
Sintomatologia depressiva na gestacional (BDI II)	12,1	6,1	13,3	9,7	0,090
Diabetes prévia					0,150
Não	404	95,1	105	26,1	
Sim	21	4,9	9	42,9	
Hipertensão prévia					<0,001
Não	362	85,2	85	23,5	
Sim	63	14,8	29	46,0	

n: número de casos; %: porcentagem; *Teste-t

Tabela 2. Prevalência das causas de internação, por agrupamento e categorias mais frequentes da CID-10.

Causas das internações (CID-10)	N	%
Complicações do trabalho de Parto e do parto (O60-O75)*	13	11,4
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O10 – O16)**	18	15,7
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez (O20 – O29)	37	32,4
Assistência prestada ligada ao feto e à cavidade amniótica (O30 – O48)	20	17,5
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte (O94 – O99)	26	23,0
Total	114	100,0

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão; SUS: Sistema Único de Saúde.

* Trabalho de parto prematuro sem nascimento;

**Considerado apenas internações durante a gestação.