



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS
NA GESTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

MARIANE ABREU GODINHO

LAVRAS-MG

2020

MARIANE ABREU GODINHO

**A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS
NA GESTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte
das exigências do curso de graduação
em Enfermagem.

ORIENTADORA

Prof.^a Ma. Elisiany Mello Costa

PRESIDENTE DA BANCA

Prof.^a Ma. Estefânia Aparecida Carvalho Pádua

LAVRAS-MG

2020

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

G585e Godinho, Mariane Abreu.
A Enfermagem na detecção dos sintomas depressivos na
gestação em um município do Sul de Minas Gerais/ Mariane
Abreu Godinho. – Lavras: Unilavras, 2020.
49f.:il.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Unilavras,
Lavras, 2020.
Orientador: Profa. Elisiany Mello Costa.

1. Sintomas depressivos. 2. Gestantes. I. Costa, Elisiany
Mello (Orient.). II. Título.

MARIANE ABREU GODINHO

**A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS
NA GESTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

Monografia apresentado ao Centro
Universitário de Lavras, como parte
das exigências do curso de graduação
em Enfermagem.

Prof.^a Ma. Elisiany Mello Costa (Orientadora)

Prof.^a Ma. Estefânia Aparecida Carvalho Pádua

Aprovado em 30/11/2020

LAVRAS-MG

2020

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus e, em seguida, aos meus familiares que através do apoio e amor me permitiram chegar até aqui.

Mariane Abreu Godinho

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e àqueles que me ajudaram a vencer essa etapa. Obrigada aos meus pais e ao meu irmão por me apoiarem nesta batalha acreditando na minha capacidade e pela confiança depositada em mim. Agradecer, também, a todos os meus amigos e professores que estiveram juntos comigo nesses cinco anos de vida acadêmica.

Mariane Abreu Godinho

“Dar o melhor de si é mais
importante que ser o melhor”.
(Mike Lermer)

RESUMO

Objetivo: verificar a ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e a associação entre sintomas depressivos e variáveis socioeconômicas e obstétricas. **Métodos:** pesquisa descritiva, quantitativa, realizada em todas as ESF's urbanas, no município de Lavras, Minas Gerais. A amostra foi de 161 mulheres a partir do segundo trimestre de gestação. **Resultados:** houve significância estatística ($p < 0,05$) ao relacionar o número de paridades, problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação e última gestação desejada. Não houve significância ($p > 0,05$) entre a escolaridade, raça/cor, renda familiar, uso de drogas, abortos e apoio pós-parto. Detectou-se a ocorrência de 38,5% de sintomas depressivos entre as gestantes entrevistadas. **Conclusão:** Durante as entrevistas realizadas percebeu-se que o apoio necessário para as gestantes não é fornecido de forma adequada. Tal fato se respalda na conclusão de que as gestantes entrevistadas apresentam um alto índice de sintomas depressivos e há relação direta com as seguintes variáveis socioeconômicas e obstétricas: número de partos, problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação e se a gestação foi desejada. Esse trabalho trouxe novas oportunidades de conhecimento sobre o processo gestacional e seu acompanhamento, além de perceber como as gestantes precisam do apoio e como é importante o meio social em que estão inseridas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes conforme as <u>variáveis</u> socioeconômicas – Lavras, 2020.	26
Tabela 2 – Distribuição das gestantes conforme informações obstétricas.....	29
Tabela 3 – Sintomas de depressão segundo as variáveis socioeconômicas, obstétricas e hábitos de vida materna.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Gravidez e Pré-natal	12
2.2 Depressão Gestacional	15
2.3 O Enfermeiro Atuarante no Ciclo Gravídico e Puerperal	19
3. METODOLOGIA.....	22
3.1 Desenho do Estudo.....	22
3.2 Local do Estudo.....	22
3.3 População	22
3.3.1 Cálculo do Tamanho da Amostra	22
3.4 Coleta de Dados.....	23
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados	23
3.4.2 Operacionalização da Coleta de Dados	23
3.5 Variáveis de Estudo	24
3.6 Tratamento e Análise dos Dados	24
3.7 Procedimentos Éticos.....	25
3.7.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
4.1 Análise Estatística	26
4.2 Resultados – Caracterização da amostra	26
5. CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXO A	41
ANEXO B	43
ANEXO C	45
ANEXO D	46

1. INTRODUÇÃO

A depressão na gestação é um tema que requer atenção especial, visto que a saúde materna está intimamente ligada às taxas de morbimortalidade materna/fetal e infantil. Mas de que se trata na realidade? Qual a sua intensidade? Ela acomete todas as mães da mesma forma? É possível alguma prevenção? Quais as ações do profissional enfermeiro nesta área? De acordo com as revisões de literatura, algumas respostas a essas perguntas se revelam contraditórias e por vezes inexistentes (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por mudanças fisiológicas e emocionais que influenciam diretamente o desenvolvimento da gestação e o bem-estar materno-infantil. Os fatores estressores são os principais desencadeadores dos problemas psicológicos que causam comprometimento durante a gestação. O stress está agregado a alguns eventos específicos como enjoos, gravidez não desejada e o medo do parto. No entanto, esse quadro pode se agravar caso haja dificuldade financeira, violência doméstica, uso de drogas, pânico, complicações pré-natais, entre outros. Pesquisas apontam que mais de 75% das gestantes exprimem indícios de stress em algum nível e quanto mais são expostas a esse fator mais se tornam grandes candidatas a terem riscos à própria saúde (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

A gestação e o puerpério já são reconhecidos por desenvolverem e acentuarem os problemas de saúde mental, tendo prevalências parecidas com transtornos mentais, tais como ansiedade e depressão, tanto na gravidez quanto no pós-parto. Porém, há poucas pesquisas que relatam sobre essas alterações identificadas na gravidez, como elas são diagnosticadas e conseqüentemente os seus desfechos. Algumas pesquisas conseguiram identificar o predomínio de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15% e ansiedade em torno de 20%. Esses quadros não tratados durante a gravidez fazem aumentar as chances da mulher se expor ao tabaco, álcool e outras drogas, além de elevar o risco de desnutrição (COSTA et al., 2018).

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo geral verificar a ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e conhecer a necessidade da atuação dos

profissionais enfermeiros nesta detecção precoce. Como objetivo específico verificar a associação entre sintomas depressivos e variáveis socioeconômicas e obstétricas. Sendo assim, tem-se como justificativa para este estudo a importância da prevenção da depressão gestacional para evitarem-se danos futuros à mãe, ao bebê e a toda família.

Conhecendo com antecedência e exatidão a prevalência de mulheres que apresentam sintomas de depressão e, sobretudo os fatores associados à realidade do município em questão, será possível oferecer um acompanhamento adequado de acordo com sua sintomatologia. As medidas cabíveis à prevenção e tratamento da depressão poderão ser implementadas pelos profissionais responsáveis pela assistência à gestante, atendendo as necessidades de cada uma individualmente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Gravidez e Pré-natal

Muitas mulheres sonham em engravidar e colocam muitas esperanças nessa fase, uma vez que a crença popular é de que a maternidade é um período de muita alegria, e por muito tempo considerou que a mulher estava imune a qualquer transtorno mental (KROB et al., 2017). De acordo com Melo e Lima (2000), a gravidez é um período de transição biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas e por perspectivas de mudanças dentro do papel social, acarretando necessidades de novas adaptações, reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade.

Ao contrário do que se imagina, a gestação não é marcada somente por alegrias e realizações, mas também por tristeza e ansiedade, experimentadas por diversas mulheres (PEREIRA; LOVISI, 2008). É um período que envolve mudanças físicas no corpo, que cada dia se transforma e que são acompanhadas de alterações emocionais, hormonais, psíquicas e sociais, fazendo com que aumente o risco de sofrimento nesta fase (SILVA et al., 2017). Durante cada período dessa mudança, a mulher fica mais vulnerável, e em termos de saúde emocional, pode-se apresentar mais fortalecida e amadurecida, ou então mais enfraquecida, confusa e desorganizada. Diante disso, é muito importante para a mulher, para o parceiro e para toda sua família esse período (SILVA, 2013).

A gravidez trata-se naturalmente de uma enorme revolução biológica que também inclui o aumento das necessidades nutricionais dessa mulher, que mesmo sendo semelhantes às das mulheres não grávidas, elas retratam certa peculiaridade a respeito das necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas (ácido fólico e vitamina C) e alguns minerais (ferro, zinco, cobre e o magnésio) (COUTINHO et. al., 2014). Além dessas mudanças, entra também a parte psicológica e cultural, e uma das questões que tem gerado grandes discussões é apontar a própria maternidade como um fator predisponente para o estado de saúde psicológico da mulher (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007). Com isso percebemos que a gravidez é um

processo fisiológico que envolve transformações profundas, envolvendo uma necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões (MELO; LIMA, 2000).

Normalmente, uma gestação dura, em média, 40 semanas, e estas são divididas em 3 períodos de 3 meses para facilitar o acompanhamento profissional e orientação quanto às consultas e exames do pré-natal. Cada trimestre da gestação também envolve as principais mudanças físicas e emocionais no corpo da mulher, pois ela começa a se preparar para gerar, alimentar e cuidar de seu bebê. Sendo assim, o primeiro trimestre caracteriza por um período de dicotomia, onde ocorre a constatação da gravidez e conseqüentemente a dúvida da mulher em querer ser mãe, sua preocupação com a própria saúde e com a do conceito, e também a aceitação da família e dos amigos (BARRETTO; OLIVEIRA, 2010).

Já o segundo trimestre, que se inicia na 14^a e vai até a 27^a semana, se caracteriza pelas alterações físicas que a mulher começa a apresentar, por exemplo, no que se refere ao seu estado emocional, no qual se encontra mais sensibilizada e pelo início dos movimentos fetais. Já o terceiro, e último trimestre, se inicia na 28^a semana e vai até o nascimento, se caracterizando pela ansiedade da mãe em receber e a tomar decisões em relação ao bebê. Ao aproximar-se do nascimento, os sintomas presentes no primeiro trimestre começam a reaparecer e, neste instante, a mãe começa a se incomodar com os desconfortos físicos da gravidez, desejando logo o nascimento da criança (BARRETTO; OLIVEIRA, 2010).

A assistência pré-natal é um componente de extrema importância para a supervisão de gestantes, pois é nesta que se realizam a promoção da saúde, orientações quanto aos aspectos específicos sobre o processo fisiológico da gestação, além da profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças naturais da gestação ou dela intercorrentes. Em outras palavras, tem o intuito de garantir melhores resultados maternos e neonatais (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010). Além de observar a evolução da gravidez, diagnosticar e tratar comorbidades, é uma circunstância conveniente para que o enfermeiro ou outro profissional de saúde, desenvolva ações educativas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mortes e doenças associadas à gravidez ainda estão incrivelmente elevadas.

Por exemplo, em 2015, cerca de 303.000 mulheres morreram de causas relacionadas à gestação, 2,7 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nasceram mortos (GONÇALVES et al., 2017).

Diante dos indicadores expostos anteriormente, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade durante a gravidez e ao parto ajudou com que muitas destas mortes e doenças fossem evitadas, bem como melhorou a experiência da mulher durante a gestação. No entanto, globalmente, apenas 64% das mulheres recebem cuidados pré-natais. Esse anúncio do pré-natal e as experiências vividas por mulheres brasileiras mostram uma veracidade alarmante, o que tem ressaltado as mudanças em políticas públicas. Com isso, para melhorar essa assistência, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), padronizando assim a assistência às gestantes e preconizando a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto (GONÇALVES et al., 2017).

De acordo com o PHPN, o apoio e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos propósitos definidos pelo Ministério da Saúde como imprescindíveis para uma atenção pré-natal e puerperal, do qual é de total responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Na esfera da Rede Cegonha, por exemplo, é recomendada realizar as ações de prevenção e promoção de saúde além da atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto, a fim de ter um diagnóstico e tratamento adequado de acordo com os problemas que transcorrem no período gestacional. Desse modo, uma atenção de qualidade no pré-natal é capaz de diminuir a morbimortalidade materno-infantil, uma vez que a adequada identificação do risco gestacional pelo profissional proporciona um rumo e uma direção apropriada em cada momento da gravidez (TOMASI et al., 2017).

Entre as recomendações disponibilizadas para a atenção do pré-natal, incluem-se o atendimento acolhedor, captação precoce das gestantes, busca ativa das gestantes faltosas, garantia de realização de exames complementares, prática de ações educativas, incentivo ao parto normal e redução do número de cesarianas, vínculo com o local do parto e registro adequado das informações no cartão da gestante. Porém, como nem tudo é certo, ainda existem falhas na atenção pré-natal, como dificuldades de acesso, início tardio, baixo número de consultas, orientações

escassas, realizações incompletas de procedimentos e falta de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto, prejudicando a qualidade e a efetividade da assistência (GONÇALVES et al., 2017).

2.2 Depressão Gestacional

O sentido da palavra depressão, pode transpor tanto a ideia de um estado afetivo normal, quanto de um sintoma, uma síndrome, uma ou várias doenças. Como síndrome ou doença, a depressão pode apresentar alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública por causa da sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial, ou seja, se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o desempenho fisiológico, pessoal e social (GONÇALVES et al., 2018).

Atualmente, a depressão é um sério problema de saúde pública que acomete cerca de 154 milhões de pessoas no mundo todo, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (MORAES et al., 2017). No período da gestação, a mulher sofre com vários transtornos mentais, tendo como principal e o mais frequente deles a depressão. Aproximadamente, de cada cinco gestantes, uma apresenta depressão e, infelizmente, a maioria dessas mulheres não são diagnosticadas e tratadas corretamente (PEREIRA et al., 2010).

A depressão gestacional tem alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento, tais como: dificuldades socioeconômicas, desemprego, baixa renda, falta de apoio familiar e do parceiro, antecedentes psicológicos/psiquiátricos, histórico de abortos, partos anteriores problemáticos, gestação não planejada e de alto risco, baixa escolaridade, uso de álcool e drogas (BORGES et al., 2011); somando-se a estes fatores, também temos a gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e histórico de violência doméstica (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Na obstetrícia têm-se dois tipos de classificações para as gestações: gestação de alto risco e gestação de baixo risco (ou risco habitual). Diante disso, vários autores

definem tais gestações. Para Saviani-Zeoti e Petean (2015), gestações de baixo risco são aquelas que não exprimem nenhuma condição diferente daquelas já esperadas para o período gravídico. Já a gravidez de alto risco é definida quando há maior risco de vida, tanto para a mãe quanto para o feto, ou na presença de fatores determinantes de risco, ou seja, intercorrências na gravidez devido a alguma condição social, biológica e/ou demográficas desfavoráveis, às doenças preexistentes como quadros de hipertensão arterial, infecções, diabetes gestacional e idade materna avançada. Esse tipo de gestação expõe as mulheres a um maior risco de morbimortalidade materna e perinatais (ERRICO et al., 2018).

Em um estudo realizado por Vasconcelos e Petean (2009), 22 gestantes, que receberam a notícia de “malformação fetal” foram sujeitas a avaliações com o intuito de analisarem seu apego materno-fetal, ansiedade, depressão e enfrentamento. Perante esse diagnóstico, essas gestantes tendem a manter o apego materno-fetal, utilizando a religião como base perante o seu enfrentamento.

Certas mulheres podem passar pela gravidez e sentir uma fonte de felicidade, satisfação e autorrealização, porém isso não acomete todas. No entanto, as outras podem vivenciar, nesse período, alterações em sua saúde mental, como o desenvolvimento da depressão (SILVA et al., 2017).

No decurso da gestação, a depressão pode causar dano não somente à saúde materna, mas também a do próprio bebê, afetando sua saúde e seu desenvolvimento, podendo causar uma prematuridade, baixo peso, problemas no crescimento, entre outros. Quadros de depressão não tratado durante a gravidez pode levar a gestante a se expor a cigarros, bebidas alcóolicas e drogas, além do risco de desnutrição, diminuindo assim seu cuidado com o pré-natal, sua frequência em consultas, ou seja, sua preocupação no geral, principalmente em relação à própria gestação (PEREIRA et al., 2010).

A ocorrência da depressão pode ser classificada em leve, moderada ou severa, em conformidade com a gravidade ou a quantidade dos sintomas. Para o diagnóstico de transtorno depressivo maior a pessoa terá que apresentar humor deprimido ou anedonia durante um tempo de duas semanas, associados a quatro dentre os demais sintomas: mudanças do apetite, ganho ou perda excessiva de peso, insônia ou sono

em demasia, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda da concentração e ideias de morte ou suicídio (KROB et al., 2017).

Um estudo de Murata (2012) concluiu-se que muitas grávidas manifestam sintomas depressivos maiores, além de apontar a importância de observar a saúde mental delas no começo da gestação, evidenciando a prevenção de transtornos de humor com a finalidade de distanciar possíveis transtornos no período pré-natal. Embora, caso eles já existam, tentar melhorá-los.

No decorrer do pré-natal e da gestação a ajuda dos enfermeiros é de extrema importância, tanto em soluções de obstáculos sociais quanto da própria saúde, acentuando cada vez mais seu trabalho na orientação para com elas, de acordo com as especificidades de cada uma. Embora o parto em si já seja um causador do aumento da tensão, é necessário que o enfermeiro dê orientações para o parto, a fim de que este seja um período tranquilo e não de enfermidades (MELO; LIMA, 2000).

Em outras palavras, de acordo com Phillips (1994), citado por Melo e Lima (2000), a assistência ao parto deve ser individualizada, pois as mulheres e suas famílias experimentam de modo diferente o processo de dar à luz.

Desta maneira, fica visível que o cuidado proporcionado pelos profissionais enfermeiros é primordial neste período de grande importância em sua vida, para a prevenção e a recuperação da mulher grávida com depressão. Artifícios para oferecer uma melhor assistência de qualidade são usados, como por exemplo, orientações antecipadas a anseios mais comuns, intervenções terapêuticas de enfermagem, além de encaminhamentos quando a resolução estiver fora de sua área, ou seja, fora de sua competência profissional (MOURA et al., 2015).

Diante dessa perspectiva, caso ocorra algum tipo de acontecimento na atenção básica, os profissionais apresentam dificuldade na detecção deste sofrimento psíquico e, mais ainda, na indicação de um tratamento adequado para cada caso. A gravidez em si já é considerada um quadro estressante pelas modificações hormonais e emocionais, e com isso fica mais difícil ser diagnosticada pelo fato de distinguir os sintomas da própria gestação. Desta maneira, é importante realizar o pré-natal e a qualificação dos profissionais de saúde na prevenção da depressão na gestação,

tanto para a identificação precoce dos sintomas, quanto para o seu cuidado (BORGES et al., 2011).

A associação entre apoio social e saúde mental é explicado pelo fato que a privação da primeira afeta diretamente a segunda, provocando diversos transtornos; enquanto a saúde mental diz respeito a eventos estressores, ou seja, transtornos mentais nos quais o apoio da sociedade, família, amigos, funcionaria como intermediário do causador do estresse. Em outras palavras, a mulher, ou qualquer outra pessoa, sem o devido suporte, apoio e ajuda, teria uma capacidade maior de desenvolver transtornos mentais. Esse apoio social envolve conforto, carinho, assistência, vínculos, amparo, entre outros, sendo de grande importância, principalmente em momentos de enormes mudanças, como é o caso da gestação (THIENGO et al., 2012).

Entre as ferramentas dispostas para a avaliação da depressão gestacional, a que mais se destaca é a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Este um instrumento autoaplicável e capaz de avaliar a probabilidade de sintomas depressivos no período pós-parto, porém é usada também para avaliar a depressão durante a gravidez (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Em uma revisão sistemática de artigos de 1999 a fevereiro de 2008, a maioria dos estudos que tratam da depressão na gravidez tem maior destaque nos países desenvolvidos, enquanto no Brasil ainda existiam poucos trabalhos publicados sobre esse tema na época (LIMA; TSUNECHIRO, 2008).

Visto que a depressão na gestação é um acometimento mundial, nota-se que, conforme a região estudada e o instrumento de mensuração utilizado, a sua ocorrência tem sido relatada por volta de 20%, e que diante de sua alta prevalência e custos sociais tornou-se um grave e importante problema para a saúde pública, evidenciando a necessidade de estudos específicos de cada região para que comparações generalistas sejam evitadas (MURATA, 2012).

Correlacionado ao parágrafo anterior, um estudo brasileiro, realizado na cidade do Rio de Janeiro com 100 gestantes, encontrou prevalência de 18% com sintomas de depressão (THIENGO et al., 2012). Estudo posteriormente realizado em Alfenas com 209 gestantes, apontou 14,8% com sintomas depressivos (SILVA et al., 2016).

Nesse contexto, tanto os profissionais de saúde que assistem a puérpera, quanto seus familiares, podem mascarar a presença de sinais e sintomas depressivos, sendo necessário uma revisão dos conceitos de “cansaço e desgaste” ocorridos devido ao parto. E para que isso se torne possível, estudos aprofundados e educação continuada com os profissionais que atendem a mulher no ciclo gravídico-puerperal são indispensáveis (RUSCHI et al., 2007).

Contudo, a clareza das consequências da depressão se torna mais do que consistente e relevante para apoiar estudos que se dedicam a apontar fatores de riscos e a sintomatologia relacionada a esse tipo de transtorno (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007). Nota-se uma carência de dados voltados para nosso país, sobretudo relacionados a regiões específicas, pois os dados encontrados são generalizados, e por vezes discrepantes, impossibilitando um levantamento concreto no que se refere aos municípios brasileiros.

Pode-se dizer que há um certo nível de sofrimento físico, psíquico e baixa autoestima em gestantes, independentemente da idade, devido às mudanças que ocorrem nessa fase da vida, principalmente em aspectos emocionais, como citados em parágrafos anteriores, podendo desencadear a depressão (MORAES et al., 2017).

2.3 O Enfermeiro Atuar no Ciclo Gravídico e Puerperal

O Ministério da Saúde recomenda que o atendimento às gestantes seja realizado por equipe multidisciplinar, incluindo o profissional enfermeiro. Entre todas as ações do enfermeiro em uma equipe multidisciplinar, a que mais se destaca é a consulta de enfermagem, que se tratando de pré-natal, permite diferenciar os problemas reais e potenciais da gestante, e logo após, desenvolver um planejamento para o cuidado que será realizado. Na consulta é o momento no qual se identifica os problemas de enfermagem, onde se certifica a singularidade da mulher e se inicia a troca de informações sobre as responsabilidades com a combinação de metas. Já o processo de enfermagem é um instrumento metodológico que coordena o prosseguimento da consulta de enfermagem e sua documentação (ERRICO et al., 2018).

A assistência à gestante no pré-natal tem por base um acompanhamento detalhado de todo o seu processo gravídico-puerperal, envolvendo fatores como o compromisso, empatia, respeito à clientela e a escuta comprometida, ou seja, não focando apenas nos aspectos biológicos da gestante, mas também nas transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais. Com isso, cabe ao enfermeiro orientar essas gestantes acerca das mudanças inevitáveis que irão ocorrer durante esse período, com o intuito de que essas mudanças sejam encaradas com a melhor naturalidade (COSTA et al., 2010).

Na atenção básica, o pré-natal é direcionado em ações de saúde, orientadas por condutas técnicas a fim de reconhecer as mulheres através dos sintomas clássicos da gravidez, sem abordar os problemas, como violência e aborto. É de grande importância reconhecer os valores, crenças e significados ao atender uma gestante em pré-natal, pois assim irá entender a maternidade como um processo que constantemente está em construção, desconstrução e busca por significado. Portanto, a responsabilidade de melhorar a qualidade de vida e saúde dessa gestante deve ser realizada com base na relação entre o cuidador e a mulher grávida na sua totalidade. No entanto, existe um grande desafio em promover a humanização de cuidados, tendo dificuldades em compreender a importância da fala do outro (SILVA et al., 2018).

Diante disso, a enfermagem tem responsabilidade e participação no avanço dessas ações, o que envolve qualificação e competência de acordo com as necessidades. O processo de capacitação dos enfermeiros deve promover o desenvolvimento de saberes e habilidades que os graduem a prestar assistência de enfermagem a todas as faixas etárias. Desse modo, entende que a educação crítica e reflexiva ajuda na formação de enfermeiros, transformando-os em pessoas conscientes e críticas em relação ao processo de produção de saúde e de trabalho. Em outras palavras, poderão buscar, tanto ética quanto politicamente, soluções para as gestantes sobre o processo de produção de saúde em sua integralidade (COIMBRA et al., 2018).

Já a educação em saúde tem um papel transformador, uma vez que com ela desenvolve relações de diálogos referentes ao reconhecimento da individualidade, tornando assim, necessário o entendimento das técnicas educativas pelos

profissionais. Com isso, os profissionais de enfermagem têm grande importância no processo de educação em saúde ajudando na ampliação das informações com o intuito de desenvolverem o autocuidado. Essas ações são práticas de capacitação, para o alcance do bem-estar e melhoria das condições de vida, estimulando a autonomia e qualidade de vida (QUENTAL et al., 2017).

Apesar das gestantes que frequentam os serviços públicos terem acesso às informações, essas ainda se encontram insatisfeitas com a relação estabelecida com os profissionais de saúde, uma vez que eles deveriam desempenhar habilidades educativas voltadas para o bem-estar da mãe e do filho. Essas trocas de experiências devem ser realizadas entre as gestantes e os profissionais de saúde, sendo neste momento que elas receberiam as informações científicas sobre todo o processo gestacional, contribuindo assim na diminuição do medo e da ansiedade. Em outras palavras, o profissional atua como um ajudante, um facilitador, ao tirar as dúvidas dessas gestantes somente com o seu conhecimento científico (SILVA et al., 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Esta é uma pesquisa descritiva, utilizando como técnica a pesquisa de campo, com mulheres a partir do segundo trimestre de gestação, em um município do sul de Minas Gerais. Foi escolhida a abordagem quantitativa para checar a presença ou não de sintomas depressivos.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Lavras, MG. Foi solicitada a autorização da coordenadora das ESF's do município para que o levantamento dessas gestantes fosse feito através dessas estratégias.

3.3 População

A população foi composta por 161 gestantes a partir do segundo trimestre, atendidas nas 16 ESF's urbanas do município em questão.

3.3.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot n \cdot (1 - n) \pm o^2 \cdot (1 - n)}$$

Aonde:

n= tamanho da amostra no estudo

N= população (≈ 850 gestantes)

sigma (Z) = nível de confiança (1,96)

p= estimado na população (20%)

e= erro máximo permitido (0,08)

Realizando-se o cálculo acima, a amostra para este estudo foi de 161 gestantes.

3.4 Coleta de Dados

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

1) Questionário socioeconômico e obstétrico (Anexo A): destinado à obtenção de dados de identificação da gestante e algumas variáveis socioeconômicas e obstétricas.

2) *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS): instrumento autoaplicável, desenvolvido para o levantamento dos sintomas depressivos (Anexo B). Foi desenvolvido na Grã-Bretanha, validado e traduzido para o uso em diversos países. Para aplicação nessa pesquisa utilizou-se a adaptação brasileira feita por Santos et al. (2007). A escala é composta de 10 perguntas, com quatro alternativas de respostas, as quais possuem uma pontuação de 0 a 3 pontos, de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados nos últimos sete dias, com uma pontuação mínima de zero e máxima de 30 pontos, que foi preenchido pela própria entrevistada.

Os instrumentos 1 e 2 foram aplicados pela entrevistadora e a coleta foi realizada entre os meses de janeiro a agosto de 2020.

3.4.2 Operacionalização da Coleta de Dados

Foi solicitada a autorização à coordenação das ESF's (Anexo C) para que a pesquisadora frequentasse os grupos de gestantes de todas as 16 ESF's urbanas do município de Lavras. Diante desta autorização a pesquisadora entrou em contato com as enfermeiras responsáveis pelas ESF's, explicando sobre a necessidade da pesquisa e perguntando qual dia da semana era realizada a consulta de pré-natal. Feito isso a pesquisadora foi às unidades nos dias e horários relatados e após o

término dos grupos de gestantes das estratégias, abordou as mulheres explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a participação das mesmas.

Vale ressaltar que antes de começarem a responder aos instrumentos, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D) e solicitada sua assinatura.

As participantes foram orientadas a responder o questionário EPDS com uma resposta que mais se aproximava de como ela se sentiu nos últimos sete dias.

3.5 Variáveis de Estudo

- Escore total obtido no EPDS ≤ 9 : sim, não (sem sintomas depressivos);
- Escore total obtido no EPDS ≥ 10 : sim, não (com sintomas depressivos);

Portanto, a nota de corte adotada para este estudo foi ≥ 10 , classificando a mulher com sintomas depressivos gestacionais.

3.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos coletados foram armazenados em planilha por meio do programa Windows Excell.

As variáveis socioeconômicas e obstétricas foram avaliadas em suas frequências absolutas e relativas e analisadas por meio de estatística descritiva.

A associação entre as variáveis socioeconômicas e obstétricas com os sintomas depressivos foi analisada com o teste do Qui-quadrado, fixando-se o nível de significância de 5%.

Para avaliação do *EPDS*, cada item do questionário tem pontuação de 0 a 3, sendo no conjunto total, o escore máximo de 30. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos. A nota de corte utilizada foi 10. Sendo que notas maiores ou iguais a 10 foram classificadas como sintomas depressivos e menores, sem sintomas depressivos. Foi considerada a seguinte classificação de acordo com a EPDS:

- itens 1, 2 e 4 da Escala, as respostas têm valores, respectivamente, de 0, 1, 2 e 3 pontos.

- demais itens 3, 5-10, a pontuação das respostas se inicia em 3, 2, 1 e 0 pontos.

3.7 Procedimentos Éticos

Atendendo às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) sob o número CAAE: 04338318.9.0000.5116

3.7.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo as gestantes maiores de 18 anos que atenderam aos seguintes critérios:

- residentes no município de Lavras (zona urbana);
- estavam com a gestação maior ou igual a 14 semanas (2º trimestre de gestação).

Foram excluídas da pesquisa gestantes:

- em tratamento (atual) para esta patologia;
- de alto risco;
- iletradas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise Estatística

Inicialmente realizou-se uma caracterização da amostra através da estatística descritiva. Para investigar as associações entre as variáveis, foram realizadas tabulações cruzadas e o teste de Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

4.2 Resultados – Caracterização da amostra

A caracterização das gestantes está apresentada nas Tabelas 1 e 2, conforme os dados socioeconômicos e obstétricos.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes conforme as variáveis socioeconômicas – Lavras, 2020.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
< 20	19	11,8
20 – 29	95	59,0
≥ 30	47	29,2
Média	26,5 ± 0,9	
Raça/Cor⁽¹⁾		
Branca	39	24,4
Negra	50	31,2
Parda	51	31,9
Amarela	20	12,5
Escolaridade (anos)⁽²⁾		
1 – 7	9	5,8
8 – 10	51	32,9
≥ 11	95	61,3
Média	10,8 ± 0,4	
Mediana	11	
Situação conjugal⁽³⁾		
Parceiro fixo	136	84,5
Sem parceiro	24	14,9
Sem resposta	1	0,6

Religião		
Católica	92	57,1
Evangélica	45	28,0
Outras	5	3,1
Sem religião	13	8,1
Não responderam	6	3,7
Atividade Remunerada		
Sim	58	36,0
Não	96	59,6
Sem resposta	7	4,4
Renda Familiar⁽⁴⁾ (n = 134)		
(Salário mínimo: R\$ 1045,00)		
< 1 salário mínimo	27	20,2
1 --- 2 salários mínimos	91	67,9
2 --- 3 salários mínimos	7	5,2
≥ 3 salários mínimos	9	6,7

(1) Não há registro da raça/cor de uma das gestantes pesquisadas.

(2) Não há registro da escolaridade de seis gestantes.

(3) Não há registro da situação conjugal de uma gestante.

(4) Não há registro de renda familiar de vinte e sete gestantes.

Os dados da Tabela 1 mostram que a amostra foi constituída de gestantes predominantemente jovens, com idade média de $26,5 \pm 0,9$ anos, onde a maioria se encontra na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (59,0%), 11,8% de adolescentes, ou seja, idade inferior a 20 anos, sendo apenas 29,2% acima dos 30 anos. A idade mínima abordada foi de 18 anos e a máxima de 46 anos.

A maioria das gestantes entrevistadas se identificaram na raça/cor como parda (31,9%) e negra (31,2%), enquanto as demais são 24,4% de brancas e 12,5% amarelas. Nota-se que as raças que mais se destacam são as que mais sofrem discriminação socioeconômica e racial, são menos instruídas sobre a proteção sexual, o período gestacional, o trabalho de parto, o parto propriamente dito e seus direitos referentes a este momento (LEAL et al., 2017).

As gestantes entrevistadas possuem alto índice de estudo, tendo média de $10,8 \pm 0,4$ anos, sendo a maioria, 61,3%, está na faixa de ≥ 11 anos de estudos; 32,9% possuem ensino médio completo, totalizando 8-10 anos de conhecimento escolar;

5,8% adquiriram de 1-7 anos de estudos, sendo as mesmas possuidoras de ensino fundamental incompleto. Analisando a mediana podemos perceber que 50% da amostra está abaixo dos 11 anos de estudos e os outros 50% acima. Pessoas com baixa escolaridade possuem um padrão socioeconômico baixo, impedindo-as de terem informações relevantes sobre os acessos à saúde e seus direitos. Essa falta de escolaridade interfere diretamente tanto na saúde materna quanto na do bebê, estando associada a um maior risco de mortalidade materna e a recém-nascido de baixo peso, aumentando assim a mortalidade infantil (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001). O índice mínimo de escolaridade abordado nesta pesquisa foi de 4 anos e o máximo de 25 anos.

Percebe-se que, no quesito conjugal, a maioria das gestantes possuem parceiro fixo (84,5%), enquanto 14,9% estão sem parceiro e 0,6% sem resposta. No momento gestacional a mulher passa por diversas modificações fisiológicas, se torna mais carente, sensível e com sentimentos à flor da pele. Com isso, a necessidade de se sentir amada e amparada aumenta, sendo de suma importância que tenha uma pessoa ao seu lado para apoiar e suprir suas necessidades, principalmente envolvendo a prática sexual, que durante esse período aumenta em algumas mulheres (GUIMARÃES; OLIVEIRA, 2015).

Com relação a religião, 57,1% se dizem católicas; 28% evangélica; 8,1% sem religião; 3,1% seguidoras de outras religiões e 3,7% preferiram não responder. O fato do catolicismo ter se sobressaído sugere que essas possuem um bem-estar psicológico melhor do que quando comparadas às outras religiões. Porém, cada religião possui seus mecanismos positivos, suas crenças, hábitos e comportamentos que podem contribuir favoravelmente no auxílio da saúde mental de seus fiéis (SILVA et al., 2010).

Cerca de 59,6% das gestantes que participaram da pesquisa não possuem atividade remunerada; 36% delas possuem e 4,4% preferiram não responder. Atividade remunerada está diretamente ligada à renda familiar; se a mulher não trabalha, e o homem sim, ou vice-versa, a renda familiar abaixa. Assim, na análise desta pesquisa tivemos que a maior parte dessas gestantes, 67,9%, recebem de 1 a menos que 2 salários mínimos; 20,2% delas recebem menos que um 1 salário; 5,2%

recebem de 2 a menos que 3 salários, e por fim, 6,7% recebem maior ou igual à 3 salários mínimos. Sendo o valor mínimo da renda de \$86 e o máximo de \$6.000.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes conforme informações obstétricas

Variáveis	n	%
Número de gestações		
Uma	51	31,7
Duas	52	32,3
Três ou mais	58	36,0
Média	2,2 ± 0,2	
Mediana	2	
Paridade		
Nenhuma	51	31,7
Uma	61	37,9
Duas	31	19,2
Três ou mais	18	11,2
Média ± DP	1,125 ± 1,00	
Mediana	1,0	
Abortos⁽¹⁾ (n = 159)		
Sim	25	15,7
Não	134	84,3
Planejamento da gravidez⁽²⁾ (n = 157)		
Sim	66	42,0
Não	91	58,0
Desejou a última gravidez⁽³⁾ (n = 158)		
Sim	109	69,0
Não	49	31,0
Aceitação da gravidez⁽⁴⁾ (n = 154)		
Sim	136	88,3
Não	18	11,7
Apoio pós-parto		
Sim	78	48,4
Não	26	16,2
Sem resposta	57	35,4

⁽¹⁾ Não há registro de ocorrência de abortos de duas gestantes.

⁽²⁾ Não há registro sobre o planejamento da gravidez de quatro gestantes.

⁽³⁾ Não há registro sobre o desejo da última gravidez de três gestantes.

(4) Não há registro sobre a aceitação da gravidez de sete gestantes.

Os dados da Tabela 2 mostram que 31,7% das gestantes eram primigestas, 32,3% tiveram duas gestações e 36,0% engravidaram mais de três vezes, sendo a média de gestações igual a $2,2 \pm 0,2$ e a mediana de 2 gestações, ou seja, 50% tiveram menos que 2 gestações e outros 50% mais que 2 gestações. O número mínimo de gestações na amostra foi 1 e o máximo foram 4. Todas as gestantes se encontravam no segundo e terceiro trimestre do período gestacional, sendo o tempo médio de gestação de $6,1 \pm 0,3$ meses.

Com relação a paridade, a maioria das gestantes já tiveram um parto, 37,9%; 31,7% estão na primeira gestação; 19,2% já tiveram dois partos e 11,2% já tiveram 3 ou mais partos, sendo a média $\pm$ DP igual a $1,125 \pm 1,00$. Alguns autores relatam que a depressão pode estar relacionada com a multiparidade (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), mas não conseguem afirmar se a quantidade de partos tem relação direta com sintomas depressivos e relatam que esses sintomas são mais diagnosticados no pós-parto, geralmente da quarta a oitava semana (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005). Normalmente ocorre nessas primeiras semanas porque no decorrer do período gestacional acontecem várias alterações hormonais e essas alterações se acentuam no pós-parto, onde a mulher tem “crise” de identidade e fica com uma sobrecarga maior (OLIVEIRA; DUNNINGHAM, 2015). Por isso, é mais perceptível e diagnosticado no pós-parto do que durante a gestação, mas não é por isso que se descarta a possibilidade de ocorrer durante o período gestacional.

Em relação aos abortos, a maioria, 84,3%, relataram que não sofreram nenhum tipo de aborto até o momento, enquanto 15,7% já sofreram pelo menos um aborto. Esse assunto é um tema delicado e ao mesmo tempo polêmico, pois existem diversas opiniões e perspectivas diferentes sobre esse assunto. Mas o que podemos dizer é que, quando essa gestação é desejada, mas acaba sendo perdida, ocorre uma alteração na identidade da mulher, levando-a à uma sensação de fracasso pessoal. Essa sensação compromete o humor, o físico, seu pensamento, e como a pessoa vê e se inter-relaciona com o mundo. Diante disso, o abortamento apresenta-se como

fator de risco para a depressão, ansiedade e pensamentos suicidas (BENUTE et al., 2009).

Com relação ao planejamento da gestação, nota-se que apenas 42% relataram que planejaram essa gestação, enquanto 58% disseram que não foi planejada. Tal fato se relaciona com a dificuldade de acesso e desconhecimento sobre o uso dos métodos contraceptivos e a falta de educação sexual, problemas no relacionamento, problemas socioeconômicos, entre outros (COELHO et al., 2012). Muitas mulheres têm o desejo de ser mãe, enquanto outras não possuem a mesma vontade. Frequentemente as que desejam ser mãe, tem um planejamento familiar, o casal decide e planeja junto, ou seja, há um planejamento prévio sobre a gestação. No entanto, muitas mulheres desejam ser mãe, porém não planejaram a gestação, são pegas de surpresa, como podemos ver na tabela anterior que 69% desejaram a última gestação e 31% não, mas mesmo assim continuaram com o processo gestacional.

No que envolve a aceitação da gravidez pela mulher, conseguimos observar que a maioria, 88,3%, aceitou bem a gestação, mesmo ela sendo desejada ou não, planejada ou não; enquanto 11,7% não aceitaram a gestação, porém continuaram com o processo gestacional. É de suma importância essa aceitação tanto da gestante quanto de seu companheiro, familiares e amigos, pois são eles que estarão ao lado dela durante todo esse processo, apoiando e ajudando, e com isso aumentando a interação mãe-bebê, contribuindo automaticamente com o desenvolvimento do bebê intraútero. No entanto, existem aquelas que não possuem companheiro ao seu lado, e nesse caso os familiares e amigos ficam responsáveis por apoiar e ajudá-la nesse momento.

Diante disso, algumas das gestantes entrevistadas eram multíparas, ou seja, tiveram 2 ou mais partos e a maioria dessas, 48,4%, disseram que receberam apoio pós-parto; 16,2% disseram que não receberam e 35,4% preferiram não responder. Sabemos da importância do apoio pós-parto às mulheres, tanto para se inserirem novamente no contexto social quanto para se sentirem amparadas diante desse momento tão delicado. Esse apoio inclui tanto do companheiro, familiares, amigos e principalmente da equipe de saúde, uma vez que esses profissionais possuem todo o suporte a ser ofertado à puérpera, como um acolhimento mais individual e

humanizado, podendo contribuir para a diminuição dos riscos de depressão (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Tabela 3 – Sintomas de depressão segundo as variáveis socioeconômicas, obstétricas e hábitos de vida materna

Variáveis	Sem Sintomas de Depressão	Com Sintomas de Depressão	p*
	n (%)	n (%)	
Escolaridade (anos)⁽¹⁾			
1 – 7	3 (3,12)	6 (10,17)	0,088
8 – 10	29 (30,21)	22 (37,29)	
≥ 11	64 (66,67)	31 (52,54)	
Raça/Cor⁽²⁾			
Branca	28 (28,57)	11 (17,74)	0,445
Negra	30 (30,61)	20 (32,26)	
Parda	29 (29,59)	22 (35,48)	
Amarela	11 (11,22)	9 (14,52)	
Renda⁽³⁾			
< 1 sal. mínimo	14 (16,87)	13 (25,49)	0,401
1 --- 2 sal. mínimos	59 (71,09)	32 (62,75)	
2 --- 3 sal. mínimos	5 (6,02)	2 (3,92)	
≥ 3 sal. mínimos	5 (6,02)	4 (7,84)	
Drogas			
Sim	98 (99,00)	61 (98,39)	0,835
Não	1 (1,00)	1 (1,61)	
Nº de Partos			
1	39 (39,39)	12 (19,35)	0,008*
2 ou mais	60 (60,61)	50 (80,65)	
Probl. Psiq/Psic. Antes da Gestação⁽⁴⁾			
Sim	7 (7,22)	12 (19,35)	0,021*
Não	90 (92,78)	50 (80,65)	
Última Gest. Desejada⁽⁵⁾			
Sim	74 (76,29)	35 (57,38)	0,012*
Não	23 (23,71)	26 (42,62)	
Teve Aborto⁽⁶⁾			
Sim	15 (15,46)	10 (16,13)	0,911

Não	82 (84,54)	52 (83,87)	
Apoio pós-parto⁽⁷⁾			
Sim	44 (77,19)	34 (72,34)	0,570
Não	13 (22,81)	13 (27,66)	

(1) Não há registro da escolaridade de seis gestantes.

(2) Não há registro da raça/cor de uma gestante.

(3) Não há registro de renda familiar de vinte e sete gestantes.

(4) Não há registro sobre problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação de duas gestantes.

(5) Não há registro sobre o desejo da última gestação de três gestantes.

(6) Não há registro sobre a ocorrência de abortos de duas gestantes.

(7) Não há registro sobre apoio pós-parto de cinquenta e sete gestantes.

Encontrou-se na tabela 3 resultados estatisticamente significantes em relação ao número de partos ($p=0,008$), problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação ($p=0,021$) e se a gestação foi desejada ($p=0,012$), apresentando índice sugestivo de depressão. Em outras palavras, existe uma relação direta entre as variáveis ditas anteriormente e a ocorrência de sintomas depressivos.

Em relação a ocorrência de sintomas durante a gestação, na amostra estudada (161 gestantes), detectou-se que 38,5% delas apresentou uma nota maior ou igual a 10 pontos na escala EPDS, sendo então consideradas com sintomas depressivos. Este valor encontrado na pesquisa mostra-se superior ao detectado em alguns estudos brasileiros que mostram a prevalência de depressão em mulheres gestantes variando, em média, de 20% (PEREIRA; LOVISI, 2008).

O risco de depressão relacionado a paridade acontece tanto para as múltiparas quanto para as primíparas. A multiparidade pode gerar um estresse e sobrecarga na família e na mulher tornando-se, então, um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. A preocupação e a cobrança da mulher a si mesma em relação aos cuidados com os filhos e experiências negativas em partos anteriores são fatores predisponentes ao aparecimento dos sintomas (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Nas primíparas tem-se os fatores relacionados às preocupações, medo do parto e de não voltar à forma física anterior, a insegurança durante a gravidez quanto ao futuro do relacionamento conjugal e as inexperiências de como se comportar diante desse processo gestacional. Com isso, pode-se aumentar a probabilidade de acontecer alguns desajustes psíquicos, dentre eles a depressão gestacional (SILVA et al., 2016). Em ambos os casos, múltiparas ou primíparas, é importante ressaltar a

necessidade do apoio familiar, social, dos profissionais de saúde e, principalmente, do próprio companheiro.

Com relação aos problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação, sabe-se que a saúde mental dessas mulheres fica mais sensível durante este período devido às grandes alterações hormonais, físicas, psíquicas e sociais que influenciam diretamente nos fatores psicológicos/psiquiátricos. Por isso, é preciso cercar essa fase de cuidados a fim de se prevenir futuras adversidades com mãe e com o bebê (SILVA et al., 2010).

Durante a gestação acontece um aumento relevante dos problemas psiquiátricos/psicológicos, que podem ser causados por xingamentos, violências, piadas constrangedoras, ameaças, humilhações, entre outras. Nesse contexto, em média 13% das mulheres retratam uma frequência elevada de violência; em contrapartida, a violência física e sexual varia entre 1% e 20%, tendo índices semelhantes quando comparados aos primeiros seis meses pós-parto, atingindo em torno de 25% das mulheres (ARAÚJO et al., 2020).

Sobre o planejamento e desejo da gravidez, nota-se que quando a mulher tem a oportunidade de planejar a gravidez, esta experiência se torna intensa e desejada. Porém, quando o contrário acontece e a gravidez vem sem a mulher esperar por ela, aumentam-se as chances de desenvolver os sintomas depressivos, mesmo que, após passar o susto e a surpresa da descoberta, esta mulher passe a desejar a gestação (LIMA et al., 2017).

Diante disso, é de grande importância que as gestantes sejam bem assistidas pelos profissionais de saúde durante esse momento tão delicado de suas vidas, com a intenção de detectar o quanto antes a presença ou não de perturbações mentais e, caso existentes, iniciarem imediatamente o tratamento, com a finalidade de evitarem uma maior evolução ou até mesmo de desenvolverem transtornos depressivos, dando a elas um cuidado humanizado, holístico e utilizando de seus conhecimentos científicos para ajudá-las nesse momento tão importante (ARAÚJO et al., 2020).

5. CONCLUSÃO

Durante as entrevistas realizadas percebeu-se que o apoio necessário para as gestantes não é fornecido de forma adequada. Tal fato se respalda na conclusão de que as gestantes entrevistadas apresentam um alto índice de sintomas depressivos, visto que detectou-se a ocorrência de 38,5% de sintomas depressivos, ou seja, 62 das gestantes entrevistadas apresentaram EPDS maior ou igual a 10. A ocorrência de sintomas depressivos teve uma relação direta com as seguintes variáveis socioeconômicas e obstétricas: número de partos, problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação e se a gestação foi desejada, tendo como significado que, quanto maior o número de partos, ter tido problemas psiquiátricos/psicológicos antes da gestação e não ter desejado a mesma, favorecem o aparecimento de sintomas depressivos.

Esse trabalho trouxe novas oportunidades de conhecimento sobre o processo gestacional, além de perceber como as gestantes precisam do apoio e como é importante o meio social em que estão inseridas. Dessa forma e de acordo com todas as informações demonstradas ao longo do trabalho, percebe-se a importância do acompanhamento gestacional, o qual é realizado não apenas pelos profissionais da área de saúde, mas também, pelos familiares, pois é nesse momento de fragilidade que elas mais necessitam de apoio psicológico, de se sentirem seguras, amparadas, amadas e acolhidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, D. L., BARBOSA, I. A., COIMBRA, N. X., COSTA, C. S. C. Violência Doméstica na Gestação: Aspectos e Complicações para Mulher e o Feto. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás**. Goiás, v.6, n.1, p.64-76, 2020.

BARRETTO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O Ser Mãe: Expectativas de Primigestas. **Revista Saúde.Com**. v.6, n.1, p.9-23, 2010.

BENUTE, G. R. G., NOMURA, R. M. Y., PEREIRA, P. P., LUCIA, M. C. S., ZUGAIB, M. Abortamento Espontâneo e Provocado: Ansiedade, Depressão e Culpa. **Revista de Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.55, n.3, p.322-327, 2009.

BORGES, D. A., FERREIRA, F. R., MARIUTTI, M. G., ALMEIDA, D. A. A Depressão na Gestação: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**. São Sebastião do Paraíso, v.1, n.1, p.85-99, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília-DF, 2002. 28p.

CARVALHEIRA, A. P. P., TONETE, V. L. P., PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e Percepções de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal que Sobreviveram à Morbidade Materna Grave. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n.6, 8 telas, 2010.

COELHO, E. A. C., ANDRADE, M. L. S., VITORIANO, L. V. T., SOUZA, J. J., SILVA, D. O., GUSMÃO, M. E. N., NASCIMENTO, E. R., ALMEIDA, M. S. Associação entre Gravidez não planejada e o Contexto Socioeconômico de Mulheres em Área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**. Salvador, v.25, n.3, p.415-422, 2012.

COIMBRA, W. S., FERREIRA, H. C., FEIJÓ, E. J., SOUZA, R. D., COIMBRA, L. L. M. Preparo de Acadêmicos de Enfermagem para o Cuidado a Adolescentes Grávidas. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, 22, e-1102, 2018.

COSTA, D. O., SOUZA, F. I. S., PEDROSO, G. C., STRUFALDI, M. W. L. Transtornos Mentais na Gravidez e Condições do Recém-Nascido: Estudo Longitudinal com Gestantes Assistidas na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.691-700, 2018.

COSTA, E. S., PINON, G. M. B., COSTA, T. S., SANTOS, R. C. A., NÓBREGA, A. R., SOUSA, L. B. Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**. Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93, 2010.

COSTA, R., PACHECO, A., FIGUEIREDO, B. Prevalência e Preditores de Sintomatologia Depressiva Após o Parto. **Revista Psiquiátrica Clínica**. Portugal, v.34, n.4, p.157-165, 2007.

COUTINHO, E. C., SILVA, C. B., CHAVES, C. M. B., NELAS, P. A. B., PARREIRA, V. B. C., AMARAL, M. O., DUARTE, J. C. Gravidez e Parto: O que Muda no Estilo de Vida das Mulheres que se Tornam Mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.48, n.2, p.17-24, 2014.

CRUZ, E. B. S., SIMÕES, G. L., FAISAL-CURY, A. Rastreamento da Depressão Pós-Parto em Mulheres Atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.181-188, 2005.

ERRICO, L. S. P., BICALHO, P. G., OLIVEIRA, T. C. F. L., MARTINS, E. F. O Trabalho do Enfermeiro no Pré-Natal de Alto Risco Sob a Ótica das Necessidades Humanas Básicas. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**. Brasília, v.71, supl.3, p.1335-1343, 2018.

FONSECA, V. R. J. R. M., SILVA, G. A., OTTA, E. Relação Entre Depressão Pós-Parto e Disponibilidade Emocional Materna. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.738-746, 2010.

GONÇALVES, A. M. C., TEIXEIRA, M. T. B., GAMA, J. R. A., LOPES, C. S., SILVA, G. A., GAMARRA, C. J., DUQUE, K. C. D., MACHADO, M. L. S. M. Prevalência de Depressão e Fatores Associados em Mulheres Atendidas Pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.67, n.2, p.101-109, 2018.

GONÇALVES, M. F., TEIXEIRA, É. M. B., SILVA, M. A. S., CORSI, N. M., FERRARI, R. A. P., PELLOSO, S. M., CARDELLI, A. A. M. Pré-Natal: Preparo Para o Parto na Atenção Primária à Saúde no Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem - RGE**. Porto Alegre, v.38, n.3, p.2016-2063, 2017.

GUIMARÃES, D. M., OLIVEIRA, Z. M. Gestação e Sexualidade: Implicações no Relacionamento Conjugal. **Revista de Enfermagem**. Recife, v.9, n.4, p.8029-8037, 2015.

HAIDAR, F. H., OLIVEIRA, U. F., NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade Materna: Correlação com os Indicadores Obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1025-1029, 2001.

HARTMANN, J. M., MENDOZA-SASSI, R. A., CESAR, J. A. Depressão entre Puérperas: Prevalência e Fatores Associados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio Grande, 33(9):e00094016, 2017.

KROB, A. D., GODOY, J., LEITE, K. P., MORI, S. G. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v.9, n.3, p.3-16, 2017.

LEAL, M. C., GAMA, S. G. N., PEREIRA, A. P. E., PACHECO, V. E., CARMO, C. N., SANTOS, R. V. A Cor da Dor: Iniquidades Raciais na Atenção Pré-natal e ao Parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1:e00078816, 2017.

LIMA, M. O. P., TSUNECHIRO, M. A., BONADIO, I. C., MURATA, M. Sintomas Depressivos na Gestação e Fatores Relacionados: Estudo Longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.30, n.1, p.39-46, 2017.

LIMA, M. O. P., TSUNECHIRO, M. A. Repercussões Materno-Fetais da Depressão na Gravidez: Uma Revisão Sistemática. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.32, n.4, p.530-536, 2008.

MELO, L. L., LIMA, M. A. D. S. Mulheres no Segundo e Terceiro Trimestres de Gravidez: Suas Alterações Psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n.1, p.81-86, 2000.

MORAES, J. F. Q., COSTA, A. B., SILVA, F. T. R., SILVA, N. M. M. G., MELO, S. C. C. S. Prevalence of Depressive Symptoms Among Pregnant Adolescents. Tradução: Prevalência de Sintomas Depressivos em Gestantes Adolescentes. **Journal of Nursing and Health**. Faculdade de Enfermagem UFPel. Pelotas, v.7, n.1, p.50-57, 2017.

MOURA, V. F. S., PEDRÃO, L. J., SOUZA, A. C. S., BOAVENTURA, R. P. A Depressão em Gestantes no Final da Gestação. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.234-242, 2015.

MURATA, M. Sintomas Depressivos em Gestantes de Baixo Risco. 2012, 94 p. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, M. J. M., DUNNINGHAM, W. Prevalência e Fatores de Risco Relacionados a Depressão Pós-Parto em Salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**. Salvador, v.19, n.2, p.72-83, 2015.

PEREIRA P. K., LOVISI, G. M. Prevalência da Depressão Gestacional e Fatores Associados. **Revista Psiquiátrica Clínica**. Rio de Janeiro, v.35, n.4, p.144-153, 2008.

PEREIRA, P. K., LOVISI, G. M., LIMA, L. A., LEGAY, L. F. Complicações Obstétricas, Eventos Estressantes, Violência e Depressão Durante a Gravidez Em Adolescentes Atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista Psiquiátrica Clínica**. Rio de Janeiro, v.37, n.5, p.216-222, 2010.

QUENTAL, L. L. C., NASCIMENTO, L. C. C. C., LEAL, L. C., DAVIM, R. M. B., CUNHA, I. C. B. C. Práticas Educativas Com Gestantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.11, supl.12, p.5370-5381, 2017.

RODRIGUES, O. M. P. R., SCHIAVO, R. A. Stress na Gestação e no Puerpério: Uma Correlação com a Depressão Pós-Parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.33, n.9, p.252-257, 2011.

RUSCHI, G. E. C., SUN, S. Y., MATTAR, R., FILHO, A. C., ZANDONADE, E., LIMA, V. J. Aspectos Epidemiológicos da Depressão Pós-Parto em Amostra Brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, v.29, n.3, p.274-280, 2007.

SANTOS, I. S., MATIJASEVICH, A., TAVARES, B. F., BARROS, A. J. D., BOTELHO, I. P., LAPOLLI, C., MAGALHÃES, P. V. S., BARBOSA, A. P. P. N., BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Tradução: Validação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de Mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2577-2588, 2007.

SAVIANI-ZEOTI, F., PETEAN, E. B. L. Apego Materno-Fetal, Ansiedade e Depressão em Gestantes com Gravidez Normal e de Risco: Estudo Comparativo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.32, n.4, p.675-683, 2015.

SCHMIDT, E. B., PICCOLOTO, N. M., MÜLLER, M. C. Depressão Pós-Parto: Fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **PSICO-USF**. Porto Alegre, v.10, n.1, p.61-68, 2005.

SILVA, C. S., RONZANI, T. M., FURTADO, E. F., ALIANE, P. P., ALMEIDA, A. M. Relação entre Prática Religiosa, uso de Álcool e Transtornos Psiquiátricos em Gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Juiz de Fora, v.37, n.4, p.152-156, 2010.

SILVA, E. A. T. Gestação e Preparo para o Parto: Programas de Intervenção. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.37, n.2, p.208-215, 2013.

SILVA, L. A., ALVES, V. H., RODRIGUES, D. P., VIEIRA, B. D. G., MARCHIORI, G. R. S., SANTOS, M. V. The Humanization of Prenatal Care Under the Pregnant Women's Perspective. Tradução: A Humanização do Cuidado Pré-Natal na Perspectiva Valorativa das Mulheres Gestantes. **Journal res.: Fundamental Care**.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1014-1019, 2018.

SILVA, L. S., PESSOA, F. B., PESSOA, D. T. C., CUNHA, V. C. M., CUNHA, C. R. M., FERNANDES, C. K. C. Análise das Mudanças Fisiológicas Durante a Gestação: Desvendando Mitos. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**. Montes Belos, v.8, n.1, p.2-16, 2015.

SILVA, M. M. J., LEITE, E. P. R. C., NOGUEIRA, D. A., CLAPIS, M. J. Depression in Pregnancy: Prevalence and Associated Factors. Tradução: Depressão na Gravidez: Prevalência e Fatores Associados. **Investigación Y Educación en Enfermería**. Colômbia, v.34, n.2, p.342-350, 2016.

SILVA, M. M. J., NOGUEIRA, D. A., CLAPIS, M. J., LEITE, E. P. R. C. Ansiedade na Gravidez: Prevalência e Fatores Associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 51:e03253, 2017.

THIENGO, D. L., SANTOS, J. F. C., FONSECA, D. L., ABELHA, L., LOVISI, G. M. Depressão Durante a Gestação: Um Estudo Sobre a Associação Entre Fatores de Risco e de Apoio Social entre Gestantes. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.416-426, 2012.

TOMASI, E., FERNANDES, P. A. A., FISCHER, T., SIQUEIRA, F. C. V., SILVEIRA, D. S., THUMÉ, E., DURO, S. M. S., SAES, M. O., NUNES, B. P., FASSA, A. G., FACCHINI, L. A. Qualidade da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Saúde do Brasil: Indicadores e Desigualdades Sociais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.33, n.3, e00195815, 2017.

VASCONCELOS, L., PETEAN, E. B. L. O Impacto da MalFormação Fetal: Indicadores Afetivos e Estratégias de Enfrentamento das Gestantes. **Psicologia, Saúde & Doenças**. São Paulo, v.10, n.1, p.69-82, 2009.

ANEXO A

Questionário Socioeconômico e Obstétrico

I - Dados Socioeconômicos:

- 1- Idade (anos completos): _____ anos
- 2- Em qual das raças/cores você se encaixa: Branca() Preta() Amarela() Parda() Indígena()
- 3- Bairro de procedência: zona urbana central() periferia()
- 4- Possui parceiro fixo: sim() não()
- 5- Possui atividade remunerada: sim() não()
- 6- Quantos anos de estudos completos você tem (descontado os repetidos):

- 7- Qual a sua religião: _____
- 8- Qual a sua renda familiar: _____
- 9- Qual o número de pessoas que moram na casa: menores de 18 anos: _____. Adultos: _____
- 10- Quantas horas de sono você dorme por noite: _____
- 11- Você descansa durante o dia: sim() não(). Se não, por que: _____
- 12- Você é fumante: sim() não(). Se sim, quantos cigarros/dia: _____
- 13- Você ingere bebida alcoólica: sim() não(). Se sim, qual tipo de bebida _____. Quantos copos por semana: _____
- 14- Você usa drogas: sim() não(). Se sim, qual tipo: _____. Qual a frequência do uso: _____
- 15- Sofreu violência física e/ou emocional antes da última gestação: sim() não(). Se sim, por parte de quem: _____
- 16- Sofreu violência física e/ou emocional na última gestação: sim() não(). Se sim, por parte de quem: _____
- 17- Teve problemas psicológicos e/ou psiquiátricos antes da última gestação: sim() não(). Se sim, necessitou de tratamento: sim() não()

18- Teve problemas psicológicos e/ou psiquiátricos na última gestação: sim() não(). Se sim, necessitou de tratamento: sim() não()

II - Dados obstétricos:

19- Quantas gestações você já teve: 1() 2() 3() 4 ou mais()

20- Quantos partos você já teve: 1() 2() 3() 4 ou mais()

21- Teve algum aborto: sim() não()

22- Sua última gestação foi planejada: sim() não()

23- Sua última gestação foi desejada: sim() não()

24- Você aceitou bem sua última gestação: sim() não()

25- Como você teve seu (sua) último (a) filho (a): cesárea() parto normal()

26- Considera satisfatória a última experiência de parto: sim() não(). Por que: _____

27- Você amamenta seu (sua) último (a) filho (a): sim() não(). Se sim, aleitamento materno exclusivo() aleitamento materno misto()

28- Caso não esteja amamentando, amamentou por quanto tempo: _____. Nunca amamentou().

29- Motivo do desmame ou da ausência da amamentação: _____

30- Recebeu apoio após o parto: sim() não(). Se sim, de quem: _____

31- O RN teve algum problema de saúde até o momento: sim() não()

ANEXO B
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
Validada no Brasil

Por favor, diga-me a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias, não somente como você se sente hoje:

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

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

2- Eu tenho pensado no futuro com alegria:

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

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

- ☐ Não, de jeito nenhum
- ☐ Raramente
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Sim, muito frequentemente

4- Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

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

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

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

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

- ☐ Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- ☐ Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- ☐ Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- ☐ Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

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

8- Eu tenho me sentido triste ou muito mal:

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

9- Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:

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

10- Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma:

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

ANEXO C

Termo de Autorização para a Realização da Pesquisa

Eu, Maria Madalena de Oliveira ocupo o cargo
de Coordenadora PSF, RG. MG2.874.874,

CPF. 532.552.246-91, AUTORIZO Mariane Abreu Godinho

RG 14.373.470, CPF 103.447.876-13, aluno

do 6º período do curso de enfermagem realizar o projeto "A Enfer
magem na Detecção dos Sintomas Depressivos na Gestação em um Município do Sul de Mi
mas Gerais" que tem por objetivo

primário verificar a ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e co
nhecer a necessidade da atuação dos profissionais enfermeiros nesta
detecção precoce de sintomas.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
- 4- A pesquisa será realizada somente após assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo voluntário ou responsável.

Lavras, 06 de dezembro de 2018

(assinatura do responsável institucional)

Maria Madalena de Oliveira
Coordenadora de PSF
S.M.S. Lavras

ANEXO D
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Folha – 1

Título do estudo: “A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS.”

Pesquisador(es) responsável(is): Mariane Abreu Godinho; Elisiany Mello Costa.

Instituição/Departamento: Curso de Enfermagem

Endereço eletrônico: mariane.godinho@hotmail.com; elisiany@unilavras.edu.br

Telefone pessoal para contato: (35) 99147-6988; (35) 98882-1328

Local da coleta de dados: Estratégia de Saúde da Família – Lavras/MG.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidada a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

As pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Objetivo do estudo: Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar a ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e conhecer a necessidade da atuação dos profissionais enfermeiros nesta detecção precoce. Como objetivo específico verificar a associação entre sintomas depressivos e variáveis socioeconômicas e obstétricas.

Justificativa do estudo: Importância da prevenção da depressão gestacional para evitarem-se danos futuros à mãe, ao bebê e para toda família.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento do questionário e responder às perguntas formuladas.

Benefícios. O benefício da pesquisa está em trazer um maior conhecimento do tema abordado às participantes, sanando as dúvidas das mesmas após a entrevista e também em contribuir para a detecção precoce de sintomas depressivos como meio de prevenir a instalação da doença. Para aquelas gestantes que apresentarem sintomas depressivos maiores será oferecido um aconselhamento psicológico, através de um encaminhamento do seu PSF de origem, ao CEAE.

Riscos. Não haverá riscos de ordem física ou moral para as entrevistadas, porém poderá haver um risco de constrangimento por parte das entrevistadas durante o relato das informações de seu cotidiano. No entanto, este será contornado pela própria pesquisadora através da garantia do total sigilo e anonimato.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Folha - 2

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “A ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Lavras, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Orientador: _____
(Nome e CPF)

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____
(Nome e CPF)

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal: _____
(Nome e CPF)

Contato do CEP:

Rua Padre José Poggel, 506 – Centenário – Lavras/MG – 37.200-000

Telefax: (35) 3826-4188