

Introdução

A gravidez, embora seja um evento psicossocial normal para as mulheres, também pode levar a grandes mudanças psicológicas e as gestantes podem passar por uma série de comportamentos depressivos⁽¹⁾.

Como um problema social e de saúde pública global, o transtorno depressivo maior, mencionado neste estudo como depressão, é caracterizado por um estado significativo e duradouro de baixo humor⁽²⁾. Em todo o mundo, cerca de 300 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, sendo uma das principais causas de incapacidade⁽³⁾.

A depressão durante a gravidez, denominada depressão pré-natal ou depressão anteparto, tornou-se um problema sério, e os seus efeitos adversos a longo prazo são conhecidos há algum tempo e estão bem documentados. Evidências confirmam que a depressão pode ter um impacto negativo tanto na mãe quanto no filho⁽⁴⁾, potencial de influenciar a capacidade cognitiva e o desenvolvimento da linguagem e do comportamento da criança⁽⁵⁾, além de prever a depressão pós-parto⁽⁶⁾, resultados neonatais negativos⁽⁷⁾, desfechos obstétricos adversos⁽⁸⁾, ajustes sociais e pessoais negativos na gestante⁽⁹⁾.

Portanto, a triagem precoce é recomendada em muitos países desenvolvidos e os sintomas depressivos são avaliados durante toda a gravidez. A recomendação do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia sobre triagem é de que todas as pacientes sejam examinadas "pelo menos uma vez durante o período perinatal para sintomas de depressão e ansiedade usando uma ferramenta padronizada e validada"⁽¹⁰⁾. Para tanto, instrumentos idealizados para detecção da depressão no período puerperal, como a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgo (EPDS)⁽¹¹⁾, e escalas gerais de depressão, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁽¹²⁾ e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)⁽¹³⁾, têm sido utilizados.

No entanto, apesar de preconizada a triagem, na prática clínica evidencia-se uma lacuna em sua implementação, uma vez que a depressão pré-natal, muitas vezes, não é reconhecida e não é tratada. Por um lado, devido a preocupações com as questões de segurança de medicar mulheres grávidas e porque seus sintomas imitam aqueles associados à gravidez como alterações de humor, afeto cognitivo, diminuição do nível de energia e alteração do apetite, que podem dificultar o diagnóstico⁽¹⁴⁾ e, por outro lado, devido à ausência de protocolos de triagem.

Este fato é recorrente em muitos países, como o Brasil, onde a depressão na gravidez é estigmatizada, subdiagnosticada e por isso o seu ônus, geralmente, é maior em países de baixa e média renda. Apesar do fato de que muitas mulheres permanecem sem diagnóstico,

a prevalência de depressão durante a gravidez é alta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão pré-natal em países de baixa e média renda varia de 12 a 42%⁽¹⁵⁾.

Embora a gravidez de risco habitual, caracterizada como aquela em que não há riscos adicionais à gestação devido a complicações clinicamente definidas, seja associada socialmente e culturalmente ao bem-estar da mulher, autorrealização e felicidade, a gestante pode apresentar risco de depressão ou mesmo desenvolver o transtorno⁽¹⁶⁾.

Neste cenário, a identificação do risco de depressão na gravidez é de suma importância, uma vez que a detecção precoce e seus determinantes culturais podem reduzir as sequelas nas mulheres e seus bebês⁽¹⁴⁾. No entanto, segundo o Atlas de Saúde Mental de 2020, os programas de promoção e prevenção da saúde mental parental/materna estão presentes em apenas 29% dos países respondentes, sendo os menos frequente⁽¹⁷⁾.

A promoção e prevenção da saúde mental na gravidez integram os objetivos específicos do Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁸⁾ e a Agenda 2030, com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente em relação ao Objetivo três, que versa sobre a saúde e bem-estar. A Meta número quatro do terceiro ODS é, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) por meio da prevenção e tratamento e promoção da saúde mental e do bem-estar⁽¹⁹⁾.

Apesar destas ações e políticas públicas de saúde reforçarem a importância da promoção e prevenção da saúde mental da mulher, esta permanece, muitas vezes, desconsiderada durante a gravidez, com as desordens psíquicas, como a depressão, invisíveis à atenção pré-natal.

Frente ao exposto, a hipótese do estudo presume a alta prevalência de risco de depressão na gravidez na assistência pré-natal de risco habitual. Assim sendo, em virtude da importância da temática em questão e de não terem sido identificados estudos dessa natureza que busquem a identificação do risco capaz de traçar o cenário da vulnerabilidade da gestante na assistência pré-natal de risco habitual, principalmente no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS), o objetivo da presente investigação foi identificar o risco de depressão na gravidez entre gestantes inseridas na assistência pré-natal de risco habitual e os fatores associados.

Método

Delineamento do estudo

Estudo observacional, descritivo e correlacional, de corte transversal, que integra o projeto maior denominado

“Escala de risco de depressão na gravidez: vulnerabilidade de gestantes à depressão associada a percepção do enfermeiro na assistência pré-natal”.

Local da coleta de dados

O cenário do estudo foi um ambulatório de pré-natal de risco habitual, localizado em um município no interior do Estado de São Paulo, Brasil. O ambulatório possui uma demanda mensal em torno de 250 gestantes por mês e está localizado em uma maternidade pública, caracterizada como hospital especializado em ginecologia e obstetrícia de baixa e média complexidade em nível secundário, integrando o complexo de atendimentos de um Hospital Universitário.

Período

Os dados foram coletados no período de 04 de maio a 13 de agosto de 2021, por meio de visitas às unidades de saúde de segunda à sexta-feira das 7 às 12 horas. Foi realizado treinamento prévio de dois entrevistadores para padronizar as condutas. Em virtude do cenário epidemiológico instaurado pela pandemia de COVID-19, mantiveram-se o distanciamento adequado e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados.

População

A população do estudo incluiu amostra de gestantes inseridas na assistência pré-natal de risco habitual no ano de referência 2020.

Critérios de seleção

Foram consideradas elegíveis as gestantes em atendimento pré-natal risco habitual; com idade igual ou superior a 18 anos; em qualquer idade gestacional. O critério de exclusão consistiu em não saber ler e/ou escrever.

Participantes

O número de participantes da amostra foi de 201 gestantes. Para o cálculo amostral foi considerado o número de 2373 gestantes que realizaram pré-natal de risco habitual no ano anterior (2020), segundo dados do hospital universitário; sendo assumida a prevalência do risco de depressão na gravidez como desconhecida, visto a escassez de estudos a respeito. Desta forma, optou-se por uma estimativa conservadora de tamanho amostral com valor de prevalência de 50% que contempla qualquer valor de $p^{(20)}$, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Variáveis do estudo

A variável dependente foi o risco de depressão na gravidez, dicotomizada em menor risco de depressão na gravidez/maior risco de depressão na gravidez.

As variáveis independentes utilizadas na análise foram: idade (< 20 anos x 20 – 24 anos x 25 – 29 anos x 30 – 34 anos x 35 – 39 anos x 40 -44 anos); escolaridade (ensino fundamental x ensino médio x ensino superior); estado marital (casada/com companheiro x solteira/sem companheiro); crença religiosa (com religião x sem religião); renda familiar mensal (menos de 1 salário mínimo x de 1 a 3 salários mínimos x mais de 3 salários mínimos); ocupação (sem emprego x com emprego); cor/raça (branca x preta x parda x amarela x indígena); moradia (imóvel não próprio x imóvel próprio); trimestre gestacional (1º trimestre x 2º trimestre x 3º trimestre); número de gestações (primigesta x multigesta); número de partos (nulípara x primípara x múltipara); histórico de abortos (sim x não).

Instrumentos utilizados

A coleta de dados foi realizada com a utilização de uma página *online* da pesquisa, desenvolvida na plataforma *G Suite*®, por meio da ferramenta de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*®.

A página *online* da pesquisa continha o formulário eletrônico para a coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O formulário eletrônico foi composto pelo instrumento de caracterização das participantes, com questões objetivas sociodemográficas, econômicas e obstétricas, desenvolvidas pelos pesquisadores; e pela Escala de Risco de Depressão na Gravidez (ERDEG). Esta escala caracteriza-se como um instrumento de fácil aplicação, desenvolvida e validada no Brasil para avaliar o risco de depressão na gravidez, cujo público alvo são gestantes. Sua avaliação ocorre por meio do autorrelato, em 24 questões e respostas dicotômicas que variam de 0 a 1. A pontuação um refere-se à presença do fator de risco e a pontuação zero corresponde à ausência, totalizando um escore que varia de zero a 24 pontos. A pontuação de zero a quatro pontos indica menor risco de desenvolver depressão na gravidez e a pontuação de cinco ou mais pontos indica maior risco de desenvolver depressão na gravidez⁽²¹⁾.

Ressalta-se que as perguntas do formulário eletrônico não eram obrigatórias, sendo resguardado à gestante o direito de não responder a alguma questão que ela considerasse sensível. No entanto, todas as participantes responderam às questões em sua totalidade.

O formulário eletrônico foi testado mediante realização de estudo piloto conduzido 20 gestantes, o que corresponde

a 10% da amostra estabelecida, as quais não foram incluídas na amostra final. Não houve a necessidade de alterações na redação ou formato, uma vez que o formulário eletrônico foi facilmente compreendido pelas gestantes.

Coleta de dados

As gestantes foram abordadas na sala de espera das unidades de saúde enquanto aguardavam a consulta de pré-natal e receberam as explicações sobre a pesquisa e os aspectos éticos. Mediante o aceite em participar, com a utilização de um celular da equipe de pesquisa, procedeu-se à coleta de dados na página *online* da pesquisa. A concordância da participante foi expressa de forma eletrônica na página *online*, sendo entregue a ela uma cópia do TCLE por *e-mail* e/ou cópia impressa.

Tratamento e análise dos dados

A análise ocorreu após a exportação dos dados da ferramenta de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*® para o programa *Microsoft Excel*® com a utilização do programa R (*R Core Team*).

Para averiguar a independência das variáveis foi realizado o teste Qui-quadrado e para analisar a homogeneidade das variáveis categóricas, o teste Exato de Fischer. A descrição das variáveis categóricas foi realizada em números absolutos e percentuais, sendo apresentados a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas. Ao final da análise bivariada, as variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística.

No modelo de regressão logística, a presença de multicolinearidade entre os parâmetros foi avaliada pelo fator de Inflação da Variância (VIF), mediante valores acima de cinco. Após a aplicação do VIF, a seleção das variáveis relevantes do modelo foi realizada por meio do procedimento de *stepwise*, utilizando-se o critério de Informação de Akaike. No modelo final, a razão de chances (*Odds Ratio*) foi calculada considerando-se intervalo de 95% de confiança para todas as variáveis e nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) em todos os testes estatísticos.

Aspectos éticos

O estudo maior, denominado "Escala de risco de depressão na gravidez: vulnerabilidade de gestantes à depressão associada a percepção do enfermeiro na assistência pré-natal", foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o parecer número 4.474.220, atendendo à determinação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Participaram do estudo 201 gestantes em acompanhamento pré-natal de risco habitual, entre as quais predominaram mulheres jovens, com média de 26 anos ($dp \pm 5,54$), idade mínima de 18 e máxima de 43 anos. A renda familiar média concentrou-se em 2 salários mínimos ($dp \pm 1,29$), mínimo de menos de um salário mínimo e máximo de 10 salários mínimos. As demais características sociodemográficas elucidam predomínio de gestantes pardas, casadas ou com companheiro, escolaridade relativa a ensino médio, sem emprego e moradia não própria (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e obstétrica das participantes (n=201). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Variáveis	n*	%
Idade (anos)		
< 20	21	10,4
20 – 24	71	35,3
25 - 29	57	28,4
30 - 34	37	18,4
35 - 39	10	5,0
40 -44	05	2,5
Estado marital		
Casada/com companheiro	131	65,2
Solteira/sem companheiro	70	34,8
Escolaridade (ensino/anos de estudo)		
Ensino fundamental	51	25,4
Ensino médio	142	70,6
Ensino superior	08	4,0
Crença religiosa		
Com religião	159	79,1
Sem religião	42	20,9
Ocupação		
Sem emprego	122	63,7
Com emprego	73	36,3
Cor/raça		
Parda	93	46,3
Branca	70	34,8
Preta	38	18,9
Amarela	00	0
Indígena	00	0
Moradia		
Imóvel não próprio (alugado, emprestado, invadido)	113	56,2
Imóvel próprio	88	43,8
Renda familiar mensal		
< 1 salário mínimo	03	1,5
1 a 3 salários mínimos	181	90,0
> 3 salários mínimos	16	8,5
Trimestre		
1º trimestre	07	3,5
2º trimestre	17	8,5
3º trimestre	177	88,0

(continua na próxima página...)

Variáveis	(continuação...)	
	n*	%
Nº gestações		
1 gestação (primigesta)	67	33,3
≥ 2 (multigesta)	134	66,7
Nº partos		
0 partos (nulípara)	77	38,3
1 parto (primípara)	72	35,8
≥ 2 partos (múltipara)	52	25,9
Histórico de abortamento		
Sim	41	20,3
Não	160	79,7

*n = Número de participantes

No que se refere à gravidez atual, a maioria das gestantes estava no terceiro trimestre, com média de 34,22 semanas de gestação ($dp \pm 6,82$), mínimo de 8 e máximo de 41 semanas. Quanto à história obstétrica pregressa, predominaram mulheres multigestas e nulíparas, sem histórico de abortamento (Tabela 1), com média de 2,28 gestações ($dp \pm 1,36$), mínimo de uma e máximo de oito gestações; número de partos anteriores com variação de zero a sete, com média de 1,06 partos ($dp \pm 1,23$) sendo que o número de abortamento variou de zero a três, com média de 0,23 ($dp \pm 0,5$) perdas.

O intervalo obtido para a medida do risco de depressão na gravidez, obtido por meio da aplicação da ERDEG, esteve entre zero e 14 pontos, com média de 6,15 ($dp \pm 2,69$).

As variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas consideradas neste estudo não apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do maior risco de depressão na gravidez. Todas as variáveis integraram o modelo de regressão logística. No entanto, apenas a variável ocupação demonstrou associação significativa ao maior risco de depressão na gravidez ($p \leq 0,05$), de modo que a gestante sem emprego obteve duas vezes mais chance de apresentar maior risco de depressão na gravidez do que a gestante com emprego (Tabela 2).

Tabela 2 - Modelo de regressão logística: variáveis associadas ao risco de depressão na gravidez. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	Estimativa	Erro padrão	p*	OR†
Ocupação				
Sem emprego	0,6947	0,3400	0,04	2,00
Constante	-0,1845	1,0167	0,85	

*p = Valor de p; †OR = Razão de chances (*Odds ratio*)

Discussão

O maior risco de depressão na gravidez esteve presente em 62,2% (137) das gestantes em acompanhamento

pré-natal de risco habitual, o que demonstra evidências consideráveis de que, mesmo em uma gestação sem riscos adicionais, as mulheres experimentam risco de deterioração em seu ajuste psicológico durante a gravidez. Em outro estudo brasileiro, 29,5% das gestantes apresentaram risco moderado para depressão no pré-natal de risco habitual desenvolvido em unidades de APS⁽²²⁾.

Esse resultado demonstra a importância do investimento no rastreamento do risco, pois este permite conhecer o cenário de vulnerabilidade da gestante ao adoecimento mental e desenvolver estratégias de prevenção que evitem o seu estabelecimento e de promoção da saúde mental da gestante, principalmente no ambiente de APS. Neste espaço, os princípios da acessibilidade, vínculo, universalidade, continuidade do cuidado, humanização, responsabilização, integralidade da atenção, equidade e participação social que integram a Atenção Básica permitem uma aproximação entre a gestante, usuária do sistema de saúde, e o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, qualificando o pré-natal para o atendimento da saúde física e mental da gestante⁽²³⁾.

Outra consideração refere-se à natureza do instrumento utilizado, uma vez que a ERDEG é um instrumento auto administrado e, desta forma, permite à gestante expressar a sua realidade frente ao risco de depressão sem interferências externas. Este fato torna-se importante, pois ferramentas de avaliação diversas, aliadas às diferenças socioeconômicas e culturais, podem contribuir para a variabilidade nos resultados em relação à depressão pré-natal entre as diferentes populações. Assim, estudos anteriores apresentaram taxas de depressão de 5,4% no Egito⁽¹⁴⁾; 14% na Nigéria⁽²⁴⁾, 26,6% em Ruanda⁽²⁵⁾ e 16% no Brasil⁽²⁶⁾, evidenciando que há considerável heterogeneidade nos índices devido às diferenças nos tamanhos das amostras, ao desenho do estudo e ao instrumento de avaliação.

O risco de depressão em mulheres grávidas em pré-natal de risco habitual pode, portanto, ser um problema mais sério do que é comumente tratado e deve ser levado em consideração para pesquisas futuras e ações de saúde pré-natal.

Na análise bivariada, as características socioeconômicas não mostraram associação significativa com risco de depressão na gravidez. Em contraste, estudo anterior sugeriu associação entre ausência de apoio social e a depressão entre gestantes⁽²⁵⁾.

As características obstétricas também não apresentaram associação. No entanto, o risco de depressão foi mais frequente no primeiro trimestre da gestação. Este achado caminha ao encontro dos dados de um estudo africano realizado em Gana, no qual os sintomas depressivos foram mais frequentes no primeiro trimestre⁽²⁷⁾.

Este fato pode estar associado ao período em que a coleta de dados foi realizada – durante a pandemia da COVID-19. Estudos anteriores demonstraram maiores índices de depressão em gestantes na pandemia, a qual, por meio da exacerbação do sofrimento psíquico, afetou de forma desigual a população vulnerável de gestantes^(23,28-29). Na pandemia, as gestantes integraram o grupo de risco para a doença e enfrentaram uma gravidez permeada por inseguranças em relação à sua saúde e do feto, o que pode favorecer o aumento do seu risco de depressão na gravidez desde o primeiro trimestre da gestação. Em estudo realizado na Turquia, 81,5% das gestantes apresentaram depressão durante a pandemia⁽³⁰⁾.

Outra razão a ser considerada refere-se ao fato do primeiro trimestre estar associado a uma fase de adaptação à gravidez ou início de sintomatologia persistente, para a qual uma análise longitudinal é necessária, como destacado em estudo realizado na África do Sul, onde a depressão se mostrou comum no primeiro trimestre com prevalência de 27%⁽³¹⁾.

Neste contexto, o maior risco de depressão no primeiro trimestre da gravidez reitera a importância do rastreamento universal, como recomendado internacionalmente por muitas organizações, incluindo o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia⁽³²⁾, a Força-Tarefa Americana de Serviços Preventivos⁽³³⁾ e o Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras⁽³⁴⁾, mas infelizmente não implementado no Brasil. Tal ação permite a intervenção precoce capaz de prevenir que o transtorno depressivo se instaure, encaminhar a gestante oportunamente para a assistência especializada em saúde mental, caso necessário, e minimizar os custos dispendidos pelo sistema de saúde⁽³⁵⁾.

Além disso, reitera-se a importância da implementação de estratégias de promoção da saúde mental da gestante e de educação em saúde, pois, por um lado, a gravidez é altamente valorizada e, por outro, há normas culturais, crenças e atitudes em relação à saúde mental aliadas à falta de prioridade e de instalações de saúde mental. A soma destes fatores pode influenciar não apenas os comportamentos das mulheres por busca de ajuda, mas também o estigma, o cuidado em saúde e a inclusão social das gestantes em sofrimento mental⁽²⁷⁾.

Na análise multivariada, evidenciou-se que gestantes sem emprego apresentaram maior risco de depressão na gravidez. Corroborando este achado, estudo desenvolvido na Nigéria mostrou que possuir emprego diminuiu as chances de depressão pré-natal⁽²⁵⁾. Em contraste, estudo da África do Sul demonstrou que a ocupação não tem impacto significativo sobre o sintoma depressivo durante o segundo e terceiro trimestres⁽³¹⁾.

O achado do presente estudo reporta o peso do contexto sociocultural em que a gestante está inserida,

principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde os fatores de risco podem ser exacerbados e tanto a pobreza quanto os distúrbios de saúde mental perinatais são mais prevalentes.

Os transtornos de humor maternos, como a depressão, têm sido associados de forma bem fundamentada a fatores de risco sociodemográficos, como o baixo nível de escolaridade e a renda econômica⁽³⁶⁾. Especificamente no Brasil, a depressão se relaciona com estressores estruturais e comunitários associados a marcadores de pobreza, incluindo baixa escolaridade, renda insuficiente, vulnerabilidade social, condição habitacional desfavorável e desemprego⁽³⁷⁾.

A característica transversal deste estudo configura-se como uma limitação que impossibilita inferências sobre a relação temporal dos eventos e/ou relação de causa e efeito. A contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem refere-se ao delineamento do cenário de vulnerabilidade da gestante à depressão que pode ser direcionado para reduzir a ocorrência de depressão pré-natal, por meio de intervenções de saúde apropriadas, que incluem triagem do risco, implementação do pré-natal psicológico e promoção da saúde mental da gestante na APS.

Conclusão

A alta prevalência de risco de depressão na gravidez constatado no presente estudo sugere a necessidade de planejamento, priorização e integração da saúde mental nos serviços de saúde pré-natal, principalmente no ambiente da APS, por parte de gestores de saúde e formuladores de políticas.

Nesta população de mulheres brasileiras, o risco de depressão na gravidez observado deve ser reconhecido como grande problema de saúde pública e esforços para abordá-lo devem ser implementados. Implementar ferramentas de rastreio do risco de depressão na gravidez pode ser um passo importante para resolver as necessidades em saúde mental de mulheres inseridas na assistência pré-natal de risco habitual, principalmente no ambiente da Atenção Primária à Saúde em que, não raras as vezes, possuem sua saúde mental negligenciada e dificuldade de acesso à assistência especializada em saúde mental. Neste contexto, ressalta-se a importância do cuidado interprofissional e colaborativo na assistência pré-natal para prática do cuidado em saúde, principalmente o de enfermagem.

Medidas para prover possibilidades de emprego e garantir a manutenção às mulheres grávidas durante toda a gravidez podem ser uma estratégia bem-sucedida para reduzir o risco de depressão pré-natal.

Referências

- Liang C, Chen D. The pathogenesis of depression during pregnancy and childbirth. *J Pract Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 5];35(4):243-6. Available from: https://caod.oriprobe.com/articles/56545998/yun_chan_qi_yi_yu_zheng_de_fa_bing_ji_zhi_.htm
- Jia J, Zhou R. Epidemiology and high-risk factors of depression during pregnancy and childbirth. *J Pract Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 5];35(4):241-3. Available from: https://caod.oriprobe.com/articles/56545990/yun_chan_qi_yi_yu_zheng_de_liu_xing_bing_xue_ji_ga.htm
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Benatar S, Cross-Barnet C, Johnston E, Hill I. Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants. *Behav Health Serv Res*. 2020;47(3):409-23. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09689-2>
- Yang Q, Yi L, Wei S. Meta-analysis of the relationship between mother's pregnancy and postpartum depression and offspring's behavior problems. *Chin Ment Health J* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 5];32:630-5. Available from: http://en.cnki.com.cn/Journal_en/E-E059-ZXWS.htm
- Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Bartnett B. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018;20(18):49. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Hermon N, Wainstock T, Sheiner T, Golan A, Walsfich A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women - a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2018;1:1-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
- Bartel S, Costa SD, Kropf S, Redlich A, Rismann A. Pregnancy Outcomes in Maternal Neuropsychiatric Illness and Substance Abuse. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2017;77(11):1189-99. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120920>
- Mikšić S, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Z, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(1):85-90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>
- Dossett EC. Perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008;35(3):419-34. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2008.04.004>
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(1):782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Beck, AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1998;8(1):77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(1):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Elrassas H, Taha GR, Soliman A, Madbole SAEK, Mahmoud DAM. Prevalence and related factors of perinatal depression in Egyptian mothers. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29(35). <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00203-2>
- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Jul 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2022 Jul 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en
- United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/9814>
- Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Editora Blucher; 2005.
- Silva MMJ. Escala de risco de depressão na gravidez: construção e validação [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2019 [cited 2022 Aug 31]. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/002957840>
- Silva GFP, Santos SV, Santana FS, Medeiros JS, Jesus SB. Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing (São Paulo)*. 2020;23(271):4961-70. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Mai 20]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

24. Adeoye IA, Sogbesan A, Esan O. Prevalence, associated factors and perinatal outcomes of antepartum depression in Ibadan Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):219. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04549-7>
25. Umuziga MP, Gishoma D, Hynie M, Nyirazinyoye L. Antenatal depressive symptoms in Rwanda: rates, risk factors, and social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):193. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04522-4>
26. Nunes CV, Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017;209(1):140-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>
27. Ruth AP, Jacob S, Moses KK, Laura E, Murray K. High levels of depressive symptoms and low quality of life are reported during pregnancy in Cape Coast, Ghana; a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2022;22(894). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13299-2>
28. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel, MM. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):848-55. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
29. Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720944074. <https://doi.org/10.1177/2150132720944074>
30. Akgor U, Fadiloglu E, Soyak B, Unal C, Cagan M, Temiz E, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(1):125-30. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>
31. Redinger A, Norris AS, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis*. 2018;9(1):30-40. <https://doi.org/10.1017/S204017441700071X>
32. American College of Obstetrics and Gynecologists: Screening for perinatal depression. ACOG committee opinion no. 757. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e208-12. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002927>
33. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
34. American College of Nurse-Midwives. Position statement: depression in women [Internet]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives; 2003 [cited 2022 May 22]. Available from: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000061/Depression%20in%20Women%20May%202013.pdf>
35. Ribeiro GM, Cieto JF, Silva MMJ. Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210470. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>
36. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021;11(7):325-36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>
37. Silva MMJ, Lima GS, Monteiro JCS, Clapis MJ. Depression in pregnancy: risk factors associated with its occurrence. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(1):1-12. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis.

Obtenção de dados: Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel. **Análise e interpretação dos dados:** Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis. **Obtenção de financiamento:** Mônica Maria de Jesus Silva. **Redação do manuscrito:** Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 31.08.2022

Aceito: 08.05.2023

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Mônica Maria de Jesus Silva

E-mail: monicamjs@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>