

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular

Kyze Lino Quintela

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS ANSIOSOS EM MULHERES COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR NO PERIPARTO ATENDIDAS EM UM SERVIÇO
UNIVERSITÁRIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Belo Horizonte
2021

Kyze Lino Quintela

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS ANSIOSOS EM MULHERES COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR NO PERIPARTO ATENDIDAS EM UM SERVIÇO
UNIVERSITÁRIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Versão Final

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina Molecular, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Medicina Molecular.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho

Belo Horizonte
2021

Q7a Quintela, Kyze Lino.
Avaliação de sintomas ansiosos em mulheres com Transtorno Depressivo Maior no periparto atendidas em um Serviço Universitário de Ginecologia e Obstetrícia [manuscrito]. Kyze Lino Quintela. - - Belo Horizonte: 2021.
38f.: il.
Orientador (a): Humberto Corrêa da Silva Filho.
Área de concentração: Medicina Molecular.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Depressão. 2. Ansiedade. 3. Gravidez. 4. Período Pós-Parto. 5. Dissertação Acadêmica. I. Silva Filho, Humberto Corrêa da. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 172

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR

FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS ANSIOSOS EM MULHERES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NO PERIPARTO ATENDIDAS EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

KYZE LINO QUINTELA

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia vinte e cinco de novembro de dois mil vinte e um, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Medicina Molecular da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores doutores:

Humberto Corrêa da Silva Filho - Orientador
UFMG

Luiz Armando Cunha de Marco
UFMG

Sara de Pinho Cunha Paiva
UFMG

Mayra Yara Martins Brancaglioni
Centro Universitário UNA

Bruno Cóprio Fábregas
FCMMG

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Armando Cunha de Marco**, **Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 26/11/2021, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayra Yara Martins Brancaglioni**, **Usuário Externo**, em 29/11/2021, às 07:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sara de Pinho Cunha Paiva**, **Professora do Magistério Superior**, em 29/11/2021, às 13:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Cóprio Fábregas**, **Usuário Externo**, em 04/12/2021, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Humberto Correa da Silva Filho**, **Professor do Magistério Superior**, em 07/12/2021, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1099319** e o código CRC **46673B51**.

Dedicado à minha mãe. Pelos quase nove meses de gestação, as 12 horas de trabalho de parto e todos os eventos subsequentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma singela e muito tímida para reconhecer a importância de alguns personagens que fizeram parte deste meu projeto.

Tudo passa, sempre, pelo apoio dos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu tivesse acesso aos melhores recursos educacionais que estiveram ao seu alcance.

Ao meu orientador, sou imensamente grata por todas as oportunidades de estar próxima da ciência desde a graduação e pelos projetos que estabeleceu e segue conduzindo em prol da evolução do nosso saber médico.

Nada disso estaria acontecendo, não fosse a capacidade de doação de cada uma das voluntárias que disse sim ao projeto do qual tive a felicidade de fazer parte nos últimos quatro anos e que é a base para o presente estudo.

Aos que vieram antes e durante (e aos que virão após a minha passagem), meus reconhecimentos por todos os esforços para manter viva a chama da pesquisa em um país em que, infelizmente, a busca pelo conhecimento científico é tão desvalorizada. Às Dras. Mayra e Christiane e ao Dr. Edson, em particular, que me acolheram, ainda estudante, nessa jornada. Aos colegas da iniciação científica (Victor, Yasmim, Edgard, Maria Clara, Lázaro) e ao colega Alan pela paciência e persistência, em especial neste último um ano e meio, em que o projeto foi profundamente afetado pela pandemia da COVID-19.

Aos meus amigos que me deram apoio, quando a vontade (ou mesmo necessidade) ambígua de desistir batia à porta. Aos amigos Júnior e Mariana, por estarem sempre presentes.

Aos diletos membros da banca examinadora, que me honram com sua participação neste momento tão especial para mim, agradeço por serem exemplos de profissionais e seres humanos, que me inspiram a buscar constante aprimoramento.

Aos membros do projeto de extensão CECiDa-LabEst da UFMG (Isabella, Laura, Marina e o prof. Adrian), pelo suporte com a análise estatística.

À minha gata Pandora, pela perene, leal e paciente companhia durante as longas horas em frente a todos os artigos e dados e por me lembrar frequentemente, com uma patada amiga e contundente, que “descansar (também) é preciso”.

A todos, sou grata.

“Se você pensa que sabe; que a vida lhe mostre o quanto não sabe.”

Artur da Távola

Resumo

Gestação e puerpério são momentos das vidas de algumas mulheres que podem suscitar maior vulnerabilidade e suscetibilidade à manifestação ou recrudescimento de transtornos mentais, majoritariamente transtornos depressivos e ansiosos. Tais transtornos estão associados a maior risco gestacional e consequências deletérias para a gestante/puérpera e sua prole.

Alguns estudos observam uma maior prevalência de sinais e sintomas ansiosos em mulheres que deprimiram no período perinatal do que em outros períodos da vida o que pode sugerir uma distinção clínica entre o transtorno depressivo que se manifesta durante este período e o transtorno depressivo que se manifesta em outras fases da vida da mulher.

Este estudo tem por objetivo identificar a prevalência de sintomas ansiosos em gestantes e puérperas com depressão perinatal participantes de um estudo longitudinal conduzido na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ao longo dos últimos onze anos.

Os resultados da análise da amostra sugerem que as gestantes e puérperas com rastreio positivo para depressão perinatal apresentaram mais sintomas ansiosos, comparadas a seus pares que não apresentaram depressão perinatal.

Tendo em vista a importância do tema para promoção e prevenção em saúde, estudos mais amplos e específicos necessitam ser realizados para melhor definição desta condição a fim de promover recursos diagnósticos e terapêuticos mais eficientes.

Palavras-chave: Depressão. Ansiedade. Gravidez. Período Pós-Parto.

Abstract

Pregnancy and puerperium are moments in the lives of some women which may increase vulnerability and susceptibility to the manifestation or resurgence of mental disorders, mostly depressive and anxiety disorders. Such disorders are associated with increased gestational risk and harmful consequences for the pregnant/puerperal woman and their offspring.

Some studies have observed a higher prevalence of anxiety signs and symptoms in women who depressed in the perinatal period, which may suggest a clinical distinction between the depressive disorder during this period and the depressive disorder in other phases of a woman's life.

This study aims to identify the prevalence of anxiety symptoms in pregnant and postpartum women with perinatal depression who volunteered in a longitudinal study, conducted at Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) over an eleven-year period.

The results of the sample analysis suggest that pregnant and postpartum women with positive screening for perinatal depression had more anxiety symptoms compared to their peers who did not have perinatal depression.

Given the importance of the theme for health promotion and prevention, broader and more specific studies need to be carried out to better define this condition in order to promote more efficient diagnostic and therapeutic resources.

Keywords: Depression. Anxiety. Pregnancy. Postpartum Period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Desenho do estudo “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto” 15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Itens A, P e Z– Mini-plus	21
Tabela 2 -	Resultados da Escala BDI	22
Tabela 3 -	Resultados da Escala HAM-D	23
Tabela 4 -	Resultados da Escala EPDS	23
Tabela 5 -	Resultados dos itens 9, 10 e 11 contra a Escala HAM-D nos 2º e 3º Trimestres e pós-parto	24
Tabela 6 -	Resultados dos itens 4 e 5 contra a Escala EPDS nos 2º e 3º Trimestres e pós-parto	26

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Principal	17
2.2 Objetivos Secundários	17
3 MÉTODOS	18
3.1 Dos instrumentos selecionados	19
3.1.1 Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão, versão com 17 itens	19
3.1.2 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	19
3.1.3 Escala de Depressão de Beck	19
3.1.4 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	19
3.2 Análises Estatísticas	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o pós-parto constituem fases da vida de algumas mulheres marcadas por novos e diversos desafios, além de mudanças psicossociais e fisiológicas (E COUTO; CARDOSO; BRANCAGLION; FARIA *et al.*, 2016). Fatores hormonais, físicos, estruturais, emocionais, genéticos e socioculturais compreendem a etiologia dos transtornos mentais nas gestantes e puérperas (MARTINI; PETZOLDT; EINSLE; BEESDO-BAUM *et al.*, 2015). Desta forma, este evento nas vidas de algumas mulheres pode estar associado a um aumento da vulnerabilidade e suscetibilidade à manifestação ou recrudescimento de transtornos mentais (BIAGGI; CONROY; PAWLBY; PARIANTE, 2015; FAIRBROTHER; JANSSEN; ANTONY; TUCKER *et al.*, 2016).

A entidade reconhecida como Depressão Pós-Parto (DPP) consiste em um “subtipo da depressão maior cujas características incluem humor deprimido, ansiedade excessiva, insônia e mudança de peso, tendo seu início observado entre duas e doze semanas pós-parto; com aumento do risco para depressão maior ao longo da vida”. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão 5 (DSM-5), o que se convencionou chamar “depressão pós-parto” ou “depressão perinatal” é um especificador da depressão maior “cujo início se observa durante a gestação, ou nas semanas ou meses após o parto; com aumento do risco para depressão maior ao longo da vida (ASSOCIATION, 2014). As características desta patologia elencadas no Manual incluem início no periparto ou no pós-parto [considera-se a partir das quatro semanas após o nascimento da criança e - para alguns autores - até 12 meses após o parto) (CLOUT; BROWN, 2015; FONSECA; CANAVARRO, 2017; LEVIS; NEGERI; SUN; BENEDETTI *et al.*, 2020; SKALKIDOU; HELLGREN; COMASCO; SYLVÉN *et al.*, 2012)], frequentemente observados ataques de pânico e ansiedade (ASSOCIATION, 2014).

Considerando-se os aspectos biológicos da doença, Skalkidou et al, 2012, caracterizam a depressão pós-parto como uma desordem neuro-psico-imunológica. Os autores apontam para uma resposta inflamatória exacerbada, em algumas mulheres, durante o trabalho de parto associada à hipoatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), à semelhança da depressão sazonal e depressão atípica, como uma das causas para o adoecimento (a hipótese também é aventada para a fisiopatologia do Transtorno Depressivo Maior, entretanto, neste caso, observa-se a hiperatividade do eixo HPA) (SKALKIDOU; HELLGREN; COMASCO; SYLVÉN *et al.*, 2012).

Segundo Fonseca e Canavarro, 2017, a Depressão Pós-Parto carece de uma definição diagnóstica precisa, o que, na sua opinião, limita os estudos epidemiológicos (FONSECA; CANAVARRO, 2017). Ainda de acordo com essas autoras, mesmo se tratando de um grave problema de saúde pública, com consequências deletérias para a mãe e a criança, dentre as quais ansiedade acentuada – para a mãe – e uma série de outras alterações (físicas, psiquiátricas e comportamentais), ainda é frequentemente subdiagnosticada (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Para Nakic, 2018, a depressão pós-parto difere de outros transtornos depressivos por apresentar mais sintomas de ansiedade (NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018). Sugere-se então que a depressão perinatal poderia ser considerada como um subtipo da depressão maior marcado por sintomas ansiosos.

Para o rastreio da depressão pós-parto, nas mulheres em riscos, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) tem sido amplamente utilizada, de acordo com Smith-Nielsen, et al, 2018. Esses autores conduziram um estudo para validação desta escala conforme critérios para o DSM-5 e a CID-10, na Dinamarca, em que verificaram as características psicométricas da mesma e o ponto de corte para a população daquele país, segundo seu estudo. Os resultados encontrados falam a favor de um ponto de corte de 11 pontos, para sugestão de diagnóstico de depressão pós-parto; também destacam a presença do que chamam de subescalas, dentro desta escala, sendo uma que verifica sintomas depressivos, outra para sintomas ansiosos e outra para risco de suicídio (SMITH-NIELSEN; MATTHEY; LANGE; VÆVER, 2018). No Brasil, Malloy-Diniz et al, 2010, verificaram o ponto de corte de 10 pontos na EPDS como de melhor sensibilidade e especificidade para sugestão de depressão pós-parto (MALLOY-DINIZ; SCHLOTTFELDT; FIGUEIRA; NEVES *et al.*, 2010).

Estima-se que no período perinatal cerca de 25% das mulheres apresentam algum grau de estresse, ansiedade e/ou depressão, a níveis patológicos (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; VAN DEN BERGH; VAN DEN HEUVEL; LAHTI; BRAEKEN *et al.*, 2020). Destaque para a depressão pós-parto (DPP), com prevalência de 10 a 15%, considerada a segunda complicação mais comum do parto (ADAMSON; LETOURNEAU; LEBEL, 2018; CLOUT; BROWN, 2015; E COUTO; BRANCAGLION; CARDOSO; PROTZNER *et al.*, 2015); segundo Vliegen et al, 2014, e Pampaka et al, 2014, essa prevalência pode chegar a aproximadamente 30%, em alguns estudos (PAMPAKA; PAPTHEODOROU; ALSEIDAN; AL WOTAYAN *et al.*, 2019; VLIEGEN; CASALIN; LUYTEN, 2014). A ansiedade, por sua vez, afeta entre 9 e 25% das mulheres no período perinatal

(FAIRBROTHER; JANSSEN; ANTONY; TUCKER *et al.*, 2016; NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018). De acordo com Clout e Brown, 2015, a ansiedade é mais prevalente que a depressão, considerando-se todos os estágios da gestação (CLOUT; BROWN, 2015). Outros estudos apontam que ambas as entidades, ansiedade e depressão, ocorrem de forma comórbida entre 30 e 60% dos casos (CLOUT; BROWN, 2015; ROSS; EVANS; SELLERS; ROMACH, 2003; STANEVA; BOGOSSIAN; PRITCHARD; WITTKOWSKI, 2015).

Devido aos altos índices de transtornos mentais relacionados à gestação e ao pós-parto e aos impactos que apresentam nas vidas das mulheres, na relação materno-fetal, materno-infantil e na dinâmica familiar como um todo (LAHTI; SAVOLAINEN; TUOVINEN; PESONEN *et al.*, 2017) os estudos acerca do tema avançaram e extrapolaram para campos da medicina molecular e neuroimagem. Adamson *et al.*, 2018, verificaram por meio de uma revisão sistemática uma associação entre ansiedade perinatal e alterações, à ressonância magnética funcional, nos córtices frontal e temporal e no sistema límbico dos filhos dessas mulheres acometidas. Tais alterações afetariam, entre outras, as capacidades de linguagem, cognição e de regulação do comportamento e emoção (ADAMSON; LETOURNEAU; LEBEL, 2018).

Estudos acerca da genética da depressão pós-parto têm sido amplamente realizados, no entanto, não apresentam consenso quanto aos resultados. Dentre os componentes moleculares associados ao risco de desenvolvimento de depressão pós-parto, destaca-se o polimorfismo da região promotora ligada ao transportador de serotonina (serotonina-transporter-linked promoter region) – 5-HTTLPR. Entretanto, como já mencionado, os estudos apresentados, invariavelmente discordam entre si, quanto ao papel deste polimorfismo na manifestação da depressão pós-parto (SKALKIDOU; HELLGREN; COMASCO; SYLVÉN *et al.*, 2012).

Algumas pesquisas observaram que mulheres que sofreram algum tipo de transtorno mental durante a gestação estiveram mais sujeitas a eventos adversos como aumento de morbidades e mortalidade, parto pré-maturo e baixo peso ao nascer (GENTILE, 2017; STANEVA; BOGOSSIAN; PRITCHARD; WITTKOWSKI, 2015). A ansiedade em níveis elevados está associada ao maior risco para suicídio, maior duração do transtorno mental e maior probabilidade de falha terapêutica durante a gestação, essas alterações podem comprometer as vidas da mãe e sua prole (CONSORTIUM, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016; STANEVA; BOGOSSIAN; PRITCHARD; WITTKOWSKI, 2015).

A hipótese deste estudo é que a depressão perinatal é um subtipo de depressão marcada por sintomas ansiosos.

Justifica-se esta investigação, consideradas as divergências acerca do fenótipo desta entidade, a prevalência do transtorno e sua suposta subnotificação, bem como as potenciais consequências prejudiciais para gestante/puérpera e sua prole.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

O objetivo deste estudo é identificar a prevalência de sintomas ansiosos em grávidas e puérperas com depressão perinatal, voluntárias do estudo “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto”, conduzido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2.2 Objetivos secundários

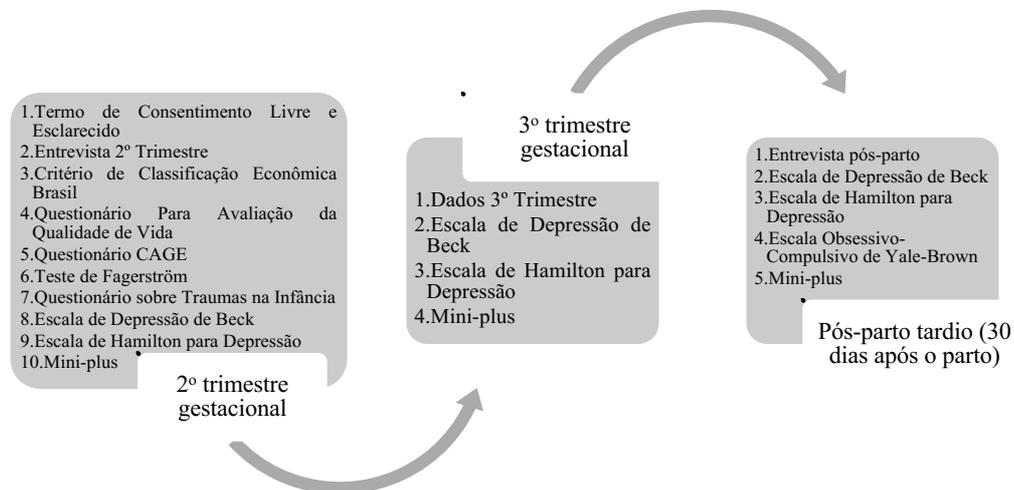
- Averiguar a prevalência de transtorno depressivo maior em gestantes e puérperas voluntárias do “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto”.
- Verificar a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em gestantes e puérperas voluntárias do estudo “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto”.

3 MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, foram avaliadas algumas informações presentes no banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto”, iniciado em 2010, na UFMG, sob coordenação do professor Humberto Corrêa da Silva Filho.

As voluntárias do estudo original são selecionadas a partir de uma amostragem por conveniência no ambiente de sala de espera do ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG. Os critérios para seleção são idade maior que 18 anos e estar em curso o segundo trimestre gestacional. Após consentimento expresso de sua participação no estudo por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as voluntárias são submetidas a uma série de entrevistas e questionários que têm por objetivo caracterização da população e rastreio de transtornos mentais, dentre os quais depressão e ansiedade, e são convidadas a retornar para novas entrevistas durante o terceiro trimestre e o pós-parto tardio (figura 1).

Figura 1. Desenho do estudo “Avaliação longitudinal de preditores moleculares, neuropsicológicos, de personalidade e sociais da depressão pós-parto”



A fim de analisar os dados de interesse a esta pesquisa, foram consideradas as respostas à Escala de Beck para Depressão Versão I (BDI), Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão, com 17 itens (HAM-D) (anexo A), Escala de Edimburgo para Depressão Pós-parto (EPDS) (anexo B) e os itens A (Episódio Depressivo Maior), P (Transtorno de Ansiedade Generalizada) e Z (Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão) do *Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI Plus, versão 5.0. Também foi conduzido um levantamento do perfil

sociodemográfico das participantes, considerando-se idade, escolaridade, classificação socioeconômica, religiosidade e risco gestacional.

3.1 Dos instrumentos selecionados

3.1.1 Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão, versão com 17 itens

A escala de Hamilton para Avaliação da Depressão, versão de 17 itens, é um instrumento para rastreio de depressão na população geral. Essa escala é preenchida pelo examinador, a partir de interrogatório e observação direta da voluntária. Os pontos de corte utilizados foram os seguintes: entre 7 e 17 pontos, depressão leve; entre 18 e 24 pontos, depressão moderada; acima de 24 pontos, depressão grave (BRANCAGLION, 2013). Para verificação de presença de sintomas ansiosos, foram utilizados como referência as respostas aos quesitos 9, 10 e 11 desta escala (FREIRE; FIGUEIREDO; GOMIDE; JANSEN *et al.*, 2014).

3.1.2 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

A EPDS é uma escala composta por 10 itens, utilizada para rastreio de depressão pós-parto. É autoaplicável e verifica a presença de sintomas depressivos nos sete dias que antecedem sua aplicação. O ponto de corte considerado neste estudo é de dez pontos, sugerindo rastreio positivo para depressão (FIGUEIRA; CORRÊA; MALLOY-DINIZ; ROMANO-SILVA, 2009). A exemplo da HAM-D, a EPDS também foi utilizada nas análises das respostas aos itens 4 e 5 desta escala, que também indicam presença de sintomas ansiosos (MALLOY-DINIZ; SCHLOTTFELDT; FIGUEIRA; NEVES *et al.*, 2010). No estudo que resultou o banco de dados aqui analisado, a EPDS foi utilizada também para rastreio de depressão gestacional.

3.1.3 Escala de Depressão de Beck

O Inventário ou Escala de Depressão de Beck é um instrumento utilizado para rastreio de depressão na população geral. É uma escala autoaplicável, composta por 21 itens que indicam sintomas depressivos. Os pontos considerados são: menor que dez pontos – depressão ausente; entre 10 e 18 pontos – depressão leve; entre 19 e 29 pontos – depressão moderada; a partir de 30 pontos – depressão grave (BRANCAGLION, 2013).

3.1.4 *Mini International Neuropsychiatric Interview*

O *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Mini-plus), versão 5.0 é o instrumento padrão ouro para rastreio de transtornos mentais. Trata-se de uma entrevista diagnóstica, baseada nos critérios do DSM-IV e da CID-10 (BRANCAGLION, 2013)

3.2 Análises estatísticas

As análises dos dados foram conduzidas com o auxílio de membros do projeto de extensão do curso de estatística da UFMG. As análises descritivas foram realizadas no software Excel e os testes e gráficos no software estatístico R.

O banco de dados utilizado como referência para o estudo consta de um “n” de 573 na coluna de identificação social das voluntárias. Sendo 573 o total de voluntárias no segundo trimestre gestacional, 571 no terceiro trimestre gestacional e 351 no pós-parto tardio. Essa diferença se deve a uma perda de acompanhamento longitudinal ao longo do estudo que resultou o banco de dados analisado.

Para analisar o perfil das pacientes, foram elaboradas tabelas com a frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas e para a idade foram calculadas a média, mediana, desvio padrão mínimo e máximo. Para verificar a prevalência dos diagnósticos de transtorno depressivo maior, transtorno misto de ansiedade-depressão e transtorno de ansiedade generalizada, nas escalas categorizadas BDI, HAM-D, EPDS e indicadores do MINI Plus, foi feito um levantamento comparativo de seus principais indicadores entre períodos por meio de tabelas de frequência absoluta para as respostas obtidas nos indicadores do MINI Plus e para as respostas obtidas nas escalas categorizadas.

Para fins de testagem da normalidade das escalas, foi utilizado o teste de Anderson Darling, indicado para amostras maiores que 50. Para verificar se o período gestacional exercia algum efeito sobre as pontuações obtidas nas escalas, o teste de Friedman foi aplicado, uma vez que estes dados não são paramétricos. Uma vez detectadas diferenças nos resultados obtidos de acordo com o período gestacional, lançou-se mão do teste de Friedman para comparações múltiplas do pacote agricolae.

Para avaliar se a presença de sintomas ansiosos entre as voluntárias que tiveram rastreio positivo para depressão é significativamente diferente da presença de sintomas ansiosos nas voluntárias que não tiveram rastreio positivo para depressão, foram aplicados Testes Qui-Quadrado.

4 RESULTADOS

Em relação a variáveis sociodemográficas, verifica-se da coorte analisada uma média de 36 anos de idade, 42% tendo concluído o ensino médio, 86% autodeclaradas cristãs (de denominação católica ou evangélica) e 56,5% enquadradas na classe econômica C. Na análise da classificação de risco gestacional, foi identificado que 70% alegaram gestação de alto risco.

Para fins de análises comparativas no rastreamento do diagnóstico, foram considerados apenas os dados das voluntárias que registraram indicadores de análises para todos os períodos em questão, possibilitando, assim, o acompanhamento longitudinal dessas mulheres em relação a manifestação de transtorno depressivo e ou transtorno de ansiedade ao longo da gestação e puerpério.

Observa-se uma variação no número total das análises que seguem, devido ao abandono da pesquisa por parte de algumas voluntárias.

Foram coletados dados do inventário MINI Plus, referentes aos itens A, P e Z, considerando-se diagnóstico dos transtornos aqui estudados. Há uma pequena variação no número de voluntárias que responderam aos questionários durante os segundo e terceiro trimestre gestacional e o puerpério. Em relação ao item A – Episódio Depressivo Maior cerca de 17% das voluntárias apresentaram rastreamento positivo para Episódio Depressivo Maior. No item P –, foi verificado rastreamento positivo em aproximadamente 9% para Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em relação ao Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (item Z), um valor acima de 99% resultou em rastreamento negativo para a doença e cerca de 0,05% rastreamento positivo para o transtorno. Não houve variação significativa no rastreamento das doenças entre os segundo e terceiro trimestre e o período pós-parto.

Tabela 1. Itens A, P e Z– Mini-plus

Item A – Episódio Depressivo Maior			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Negativo para DM	114	123	117
Depressão leve	13	13	08
Depressão moderada	10	05	11
Depressão grave	04	00	05
Total	141	141	141
Item P – Transtorno de Ansiedade Generalizada			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Negativo para TAG	129	127	127

Positivo para TAG	11	13	13
Total	140	140	140
Item Z – Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Negativo para Transtorno Misto	127	127	128
Positivo para Transtorno Misto	01	01	NA
Total	128	128	128

Acerca dos resultados do rastreio diagnóstico para transtorno depressivo por meio dos instrumentos BDI, HAM-D e EDPS, constata-se, a partir das análises, a manutenção dos resultados e pouca variação entre as escalas utilizadas (tabelas 1, 2 e 3).

De acordo com o teste de Anderson Darling, os p-valores obtidos foram iguais a 6.52e-12 ou menores, indicando que as escalas não possuíam distribuição normal. Os resultados obtidos no teste de Friedman e quando necessário, nas comparações múltiplas, seguem abaixo.

Tabela 2 – Resultados da Escala BDI

Escala de Depressão de Beck			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Sem depressão	66 (49,6%)	74 (55,6%)	82 (61,6%)
Depressão leve	39 (29,3%)	38 (28,6%)	30 (22,6%)
Depressão moderada	21 (15,8%)	18 (13,5%)	14 (10,5%)
Depressão grave	7 (5,3%)	3 (2,3%)	7 (5,3%)
Total	133 (100%)	133 (100%)	133 (100%)

Escala BDI: amostra de tamanho 133, p-valor obtido no teste de Friedman igual a 9.577e-05, indicando que há evidências de diferença nas medianas das escalas de acordo com a fase da gravidez em que são medidas. Comparações múltiplas evidenciam que no segundo trimestre as pontuações obtidas na escala BDI são maiores que no terceiro trimestre e pós-parto, referentes a presença de depressão. Não houve diferença significativa entre as pontuações obtidas no terceiro trimestre e pós-parto. Em termos percentuais, tem-se os seguintes valores: rastreio negativo para depressão: 49,7%, 55,6% e 61,6%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente; rastreio positivo para depressão: 50,3%, 44,4%, 38,4%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente.

Tabela 3– Resultados da Escala HAM-D

Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Sem depressão	66 (54,1%)	67 (54,9%)	85 (69,6%)
Depressão leve	45 (36,9%)	48 (39,4%)	34 (27,9%)
Depressão moderada	11 (9,0%)	6 (4,9%)	3 (2,5%)
Depressão grave	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)
Total	122 (100%)	122 (100%)	122 (100%)

Escala HAM-D: amostra de tamanho 122, p-valor obtido no teste de Friedman igual a 2.742e-08, indicando que há evidências de diferença nas medianas das escalas de acordo com a fase da gravidez em que são medidas. Segundo comparações múltiplas, observa-se que no pós-parto as pontuações obtidas na escala HAM-D são menores que no segundo e terceiro trimestre, referentes a presença de depressão. Não houve diferença significativa entre as pontuações obtidas no segundo e terceiro trimestre. Em termos percentuais, tem-se os seguintes valores: rastreio negativo para depressão: 54,1%, 54,9% e 69,6%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente; rastreio positivo para depressão: 45,9%, 45,1%, 30,4%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente.

Tabela 4 – Resultados da Escala EPDS

Escala de Edimburgo para Depressão Pós-parto			
Diagnóstico	2º trimestre	3º trimestre	Pós-Parto
Sem depressão	67 (66,3%)	85 (84,1%)	77 (76,2%)
Com depressão	34 (33,7%)	16 (15,9%)	24 (23,8%)
Total	122 (100%)	122 (100%)	122 (100%)

Escala EPDS: amostra de tamanho 101, p-valor obtido no teste de Friedman igual a 7.69e-07, indicando que há evidências de que há diferença nas medianas das escalas de acordo com a fase da gestação em que são medidas. Após comparações múltiplas, os resultados sugerem que no segundo trimestre as pontuações obtidas na escala EPDS são maiores que no terceiro trimestre e pós-parto. Não houve diferença significativa entre as pontuações obtidas no terceiro trimestre e pós-parto. Porém, excepcionalmente para essa escala, as menores pontuações foram obtidas no terceiro trimestre. Em termos percentuais, os valores verificados são: rastreio negativo para depressão: 66,3%, 84,1% e 76,2%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente; rastreio positivo para depressão: 33,7%, 15,9%, 23,8%, nos 2º e 3º trimestres e pós-parto, respectivamente.

A fim de verificar a presença de sintomas ansiosos nas gestantes e puérperas, foram analisadas as respostas aos itens 9, 10 e 11 da HAM-D e itens 4 e 5 da EPDS.

Em relação à escala HAM-D uma pontuação maior que zero nos itens 9, 10 e 11 sugere a presença de sintomas ansiosos. Foram filtradas as voluntárias que pontuaram de forma positiva para sintomas ansiosos e realizada nova análise a partir desses dados. No teste de Friedman, o p-valor obtido foi de 0.001742, indicando que há evidências de que há diferença nas medianas das escalas de acordo com a fase da gestação em que são verificadas. Realizando comparações múltiplas, os resultados apontam que no período pós-parto as pontuações obtidas na escala HAM-D são menores que no segundo e terceiro trimestre gestacionais. Não houve diferença significativa entre as pontuações obtidas no segundo e terceiro trimestre (tabela 4).

Tabela 5. Resultados dos itens 9, 10 e 11 contra a Escala HAM-D nos 2º e 3º Trimestres e pós-parto

Resultado	Sem depressão	Depressão leve	Depressão moderada/grave
Segundo Trimestre			
Item 9			
Sintomas ansiosos	22	42	23
Sem sintomas ansiosos	252	102	19
Item 10			
Sintomas ansiosos	82	122	4
Sem sintomas ansiosos	192	22	1
Item 11			
Sintomas ansiosos	54	89	35
Sem sintomas ansiosos	220	55	7
Resultado	Sem depressão	Depressão leve	Depressão moderada/grave
Terceiro Trimestre			
Item 9			
Sintomas ansiosos	6	11	3
Sem sintomas ansiosos	138	56	7
Item 10			
Sintomas ansiosos	48	51	9
Sem sintomas ansiosos	96	16	1
Item 11			
Sintomas ansiosos	21	33	9
Sem sintomas ansiosos	123	34	1
Resultado	Sem depressão	Depressão leve	Depressão moderada/grave
Pós-Parto			
Item 9			
Sintomas ansiosos	12	16	9
Sem sintomas ansiosos	153	47	10
Item 10			
Sintomas ansiosos	51	48	19
Sem sintomas ansiosos	114	15	NA
Item 11			
Sintomas ansiosos	37	41	16
Sem sintomas ansiosos	114	15	NA

É possível verificar, ainda, que durante o segundo trimestre gestacional as voluntárias com rastreio negativo para depressão ou positivo para depressão leve obtiveram mais respostas que não indicam sintomas ansiosos, considerando-se o item 9, o oposto do que foi verificado entre

as voluntárias com rastreio positivo para depressão moderada a grave. Em relação ao item 10, observa-se que as respostas das voluntárias com rastreio negativo para depressão resultaram menos sintomas ansiosos. O mesmo comportamento pode ser verificado com as respostas ao item 11 da escala. Quanto ao terceiro trimestre gestacional, todos os diagnósticos possíveis indicaram respostas que não sugerem ansiedade para o item 9, mas esse pode ser um resultado criado pelo pequeno número amostral de pacientes diagnosticadas com depressão moderada ou grave. Os demais itens apresentam o mesmo comportamento verificado anteriormente. Os dados do período pós-parto apresentam semelhança estatísticas aos resultados encontrados no terceiro trimestre. Os valores apresentados indicam a presença de sintomas ansiosos em 85% das voluntárias com rastreio positivo para depressão e 37% das voluntárias com rastreio negativo para depressão.

A escala EPDS foi utilizada para verificar a presença de sintomas ansiosos, de acordo com as respostas aos itens 4 e 5, em que pontuações maiores que um sugerem presença de sintomas ansiosos. Foram filtradas as respostas positivas para esses itens e uma nova análise foi realizada. No teste de Friedman, o p-valor obtido foi de 0.05706 evidenciando que não há diferença estatística significativa nas medianas das escalas de acordo com a fase da gestação em que são avaliadas.

Em relação às respostas obtidas nos segundo e terceiro trimestre e pós-parto é possível constatar que as voluntárias com rastreio positivo para depressão pela escala EPDS possuíram respostas que indicam sintomas ansiosos como verificado no item 4 desta escala, enquanto as voluntárias que não foram diagnosticadas com depressão mostraram mais resultados negativos para sintomas ansiosos. O mesmo padrão pode ser observado para os resultados verificados no item 5. O resultado no terceiro trimestre da gestação apresentou o mesmo padrão, isto é, maior ocorrência de indicadores de ansiedade quando as voluntárias possuíam rastreio positivo para transtorno depressivo, em ambos os itens. Em relação ao período pós-parto, as respostas dadas por aquelas com rastreio positivo para depressão foram totalmente equilibradas em relação à presença de sintomas ansiosos, no item 4, porém a diferença continuou nítida para as pacientes com rastreio negativo para depressão. No item 5, tanto para os indivíduos com rastreio positivo ou negativo para depressão foram observadas mais respostas negativas para sintomas ansiosos, comparado aos demais períodos analisados (tabela 5).

Tabela 6. Resultados dos itens 4 e 5 contra a Escala EPDS nos 2º e 3º Trimestres e pós-parto

Resultado	Sem depressão	Com depressão
Segundo trimestre		
Item 4		
Sintomas ansiosos	109	126
Sem sintomas ansiosos	183	21
Item 5		
Sintomas ansiosos	38	88
Sem sintomas ansiosos	254	59
Resultado	Sem depressão	Com depressão
Terceiro Trimestre		
Item 4		
Sintomas ansiosos	6	11
Sem sintomas ansiosos	138	56
Item 5		
Sintomas ansiosos	15	26
Sem sintomas ansiosos	144	17
Resultado	Sem depressão	Com depressão
Pós-parto		
Item 4		
Sintomas ansiosos	15	97
Sem sintomas ansiosos	63	91
Item 5		
Sintomas ansiosos	4	42
Sem sintomas ansiosos	74	146

Os valores apresentados indicam a presença de sintomas ansiosos em 73% das voluntárias com rastreio positivo para depressão e 34% das voluntárias com rastreio negativo.

O teste qui-quadrado foi aplicado para verificar se existe diferença significativa entre as frequências das categorias. Nesse teste a hipótese nula em questão é a afirmação de que a presença de sintomas ansiosos não depende do diagnóstico de depressão. Todos os p-valores se encontram próximos de 0, a partir disso e com um nível de significância fixado em 5%, tem-se evidência amostral para rejeitar a hipótese nula, ou seja, as respostas para os indicadores de sintomas ansiosos entre as pacientes que possuem rastreio positivo ou negativo para depressão foram significativamente diferentes.

5 DISCUSSÃO

Os achados encontrados neste estudo referentes ao rastreio por meio do MINI Plus indicam uma menor prevalência (média de 17%) de transtorno depressivo, se comparado às demais escalas (BDI \approx 44%; HAM-D \approx 40%; EPDS \approx 24%). Esses dados concordam com o indicado em Castro e Couto et al, 2016, em relação às diferenças entre os resultados verificados nas escalas autoaplicáveis, na HAM-D e no MINI Plus, entretanto, diferente do estudo apontado, verifica-se uma tendência discreta a queda na prevalência de transtorno depressivo à medida em que a gestação avança. A prevalência encontrada de depressão antenatal em Castro e Couto et al, 2016, foi de 13,5% e 10,1% nos segundo e terceiro trimestres respectivamente (E COUTO; CARDOSO; BRANCAGLION; FARIA *et al.*, 2016), enquanto que o presente estudo verificou uma prevalência de 19,1% e 12,7% para os períodos mencionados. Levis et al, 2020, encontraram uma prevalência entre 5 e 25% de DPP na EPDS (LEVIS; NEGERI; SUN; BENEDETTI *et al.*, 2020), este estudo, por sua vez, verificou uma prevalência média de 24% de transtorno depressivo em todos os períodos avaliados por meio desta mesma escala.

Em relação ao Transtorno de Ansiedade Generalizada, os resultados desta análise concluíram, a partir do Mini-Plus, uma prevalência de aproximadamente 17,1% durante a gestação e de aproximadamente 9% durante o puerpério tardio e uma prevalência global de aproximadamente 9%. Outros estudos revisados, que também verificaram a prevalência de TAG no período perinatal, encontraram os seguintes dados: 0–10,5% para a prevalência global (WILKINSON; O'MAHEN; FEARON; HALLIGAN *et al.*, 2016), 13 – 21% durante a gestação e 11–17% durante o pós-parto (KENDIG; KEATS; HOFFMAN; KAY *et al.*, 2017), 9–22% durante o pré-natal e 11–21% durante o puerpério (FAIRBROTHER; JANSSEN; ANTONY; TUCKER *et al.*, 2016) e 20–25% durante a gestação e 15–20% durante o pós-parto (NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018). Essas divergências em relação às prevalências de TAG durante o período perinatal, embora algo sutis, podem se justificar pela diversidade de escalas utilizadas nos variados estudos.

As particularidades das escalas aqui utilizadas para rastreio de depressão que, para além de resultados indicativos de rastreio positivo ou negativo para transtorno depressivo, podem sugerir a presença de sintomas ansiosos, foram observadas em Matthey et al, 2013, que conduziram uma revisão da literatura considerando as propriedades psicométricas da EPDS para avaliação de sintomas ansiosos no período perinatal (MATTHEY; FISHER; ROWE, 2013)

em Smith-Nielsen et al, 2018, que validaram a EPDS na Dinamarca para rastreio de depressão perinatal, conforme critérios diagnósticos do DSM-5 e da CID-10 (SMITH-NIELSEN; MATTHEY; LANGE; VÆVER, 2018). À semelhança dos resultados encontrados no presente estudo, a partir da EPDS, que apontaram maior prevalência de sintomas ansiosos em mulheres com rastreio positivo para depressão perinatal (aproximadamente 37% vs 12% durante o pós-parto e 73% vs 34%, considerando-se todos os períodos avaliados), essa escala também foi utilizada em Ross et al, 2003, cujos estudos indicaram uma maior prevalência (aproximadamente 50%) de respostas positivas para os itens associados a sintomas ansiosos em mulheres com rastreio positivo para DPP (ALVES; LEITE, 2020; ROSS; EVANS; SELLERS; ROMACH, 2003).

Alguns estudos conduzidos para verificar a validade de uma subescala da EPDS para medida de ansiedade na gestação e no puerpério (EPDS-A), sugerem a utilização dos itens 3, 4 e 5 para avaliação de ansiedade isoladamente (ADHIKARI; PATTEN; WILLIAMSON; PATEL *et al.*, 2021; EVANS; SPIBY; MORRELL, 2015; STASIK-O'BRIEN; MCCABE-BEANE; SEGRE, 2019). Para Van Der Zee-Van Den Berg et al, 2019, o item 10 da EPDS deveria ser incluído à subescala proposta para verificação de ansiedade (VAN DER ZEE-VAN DEN BERG; BOERE-BOONEKAMP; GROOTHUIS-OUDSHOORN; REIJNEVELD, 2019), Bina e Harrington, 2016, por sua vez, analisam que o item 10 estaria presente em ambos os processos depressivos e ansiosos, defendendo a não utilização do mesmo na subescala proposta para verificação de ansiedade (BINA; HARRINGTON, 2016). Tais estudos verificam a validade da subescala para identificação de ansiedade independente da presença de depressão. A proposta consiste em otimizar o rastreio de transtornos mentais comuns nas gestantes e puérperas a partir de uma mesma escala, de simples e rápida aplicação. Todos concordam com a alta sensibilidade e especificidade da EPDS para rastreio de depressão tanto na gestação quanto no pós-parto, mas alguns discordam acerca da sensibilidade da subescala para rastreio de ansiedade. Adhikari et al, 2021, utilizaram a STAI-6 e a STAI-20 para títulos de comparação com a EPDS-A. Os autores sugerem que a STAI-6 apresenta maior sensibilidade para rastreio de ansiedade em gestantes, se comparada à STAI-20, e não concluiu acerca da adequação da EPDS-A para essa mesma finalidade (ADHIKARI; PATTEN; WILLIAMSON; PATEL *et al.*, 2021). Em um estudo realizado com mulheres hospitalizadas, Stasik-O'Brien et al, 2019, concluem a favor da utilização da EPDS como uma escala de natureza multidimensional para verificação de sintomas ansiosos e depressivos, porém, destacam a possibilidade de viés amostral, vez que seu estudo foi conduzido exclusivamente com mulheres hospitalizadas, que supõem-se mais

suscetíveis a presença de sintomas ansiosos (STASIK-O'BRIEN; MCCABE-BEANE; SEGRE, 2019). Tendais et al, 2014, também compararam as escalas STAI-S e EPDS para averiguação de sintomas ansiosos no período perinatal. Os autores sugerem, a partir de seus resultados, que ambas as escalas demonstraram validade razoável para avaliação de ansiedade em gestantes (TENDAIS; COSTA; CONDE; FIGUEIREDO, 2014). Para Evans et al, 2015, mais estudos são necessários para validação da EPDS-A para diagnóstico de ansiedade no período perinatal (EVANS; SPIBY; MORRELL, 2015). Bina e Harrington, 2016, destacam que a EPDS-A pode ser utilizada para verificação de ansiedade independente de depressão (BINA; HARRINGTON, 2016).

O presente estudo utilizou os itens 4 e 5 da escala EPDS para verificação de sintomas ansiosos em gestantes e puérperas que apresentaram rastreio positivo para depressão nesta mesma escala. Embora outros estudos falem a favor da existência da EPDS-A para avaliação de ansiedade nessa população, cabe ressaltar que a proposta desses estudos é validar essa subescala para verificação de ansiedade independente da possibilidade de depressão. Desta forma, embora semelhantes, configuram-se propostas diferentes; e aqui neste estudo, o item 3 não foi contemplado para verificação de sintomas ansiosos pois trata especificamente de sentimento de culpa, que por sua vez faz parte dos critérios diagnósticos para depressão (ASSOCIATION, 2014).

Nakic et al, 2018, conduziram um estudo em que utilizaram a escala autoaplicável State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para verificação de estado e sintomas ansiosos, com o propósito de verificar prevalência de sintomas ansiosos em gestantes e puérperas e fatores de risco associados. O referido trabalho verificou uma prevalência global de sintomas ansiosos em 35,3% das participantes durante a gestação (NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018) versus 32% do presente estudo e 20,6% de sintomas ansiosos, durante o pós-parto tardio (NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018), versus 29% no presente estudo, sugerindo uma tendência à diminuição dos sintomas ansiosos após o parto – embora a diferença aqui seja discreta. Nacik et al, 2018, verificaram, ainda, a partir dos seus achados uma associação importante entre depressão e sintomas ansiosos (68,9%) (NAKIĆ RADOŠ; TADINAC; HERMAN, 2018). Esses resultados corroboram com os encontrados neste e nos demais estudos revisados, que indicam tendência de maior prevalência de sintomas ansiosos em gestantes ou puérperas com rastreio positivo para transtorno depressivo.

Este estudo verificou os seguintes resultados a partir das escalas EPDS e HAM-D, sendo 73% e 85% de prevalência de sintomas ansiosos em voluntárias com rastreio positivo para depressão

perinatal, considerando-se todos os períodos, para os dados das escalas EPDS e HAM-D, respectivamente, e 34% e 37% de sintomas ansiosos em voluntárias com rastreio negativo para depressão perinatal, em todos os períodos, para as escalas EPDS e HAM-D, respectivamente.

Observam-se, deste estudo, que os sintomas ansiosos são mais prevalentes durante o segundo trimestre gestacional, em gestantes que tiveram rastreio positivo para depressão, sendo identificada uma média de 85% de presença destes durante o segundo trimestre gestacional, 73% durante o terceiro trimestre gestacional e 58% no período pós-parto (dados obtidos por meio da escala EPDS) versus 37%, 34% e 19%, respectivamente para os períodos perinatais mencionados, em gestantes e puérperas com rastreio negativo para depressão. Dados semelhantes foram averiguados a partir da escala HAM-D em que se verificou uma maior prevalência de sintomas ansiosos em voluntárias com rastreio positivo para depressão, sendo 63% no segundo trimestre, 50% no terceiro trimestre e 60% no puerpério; dados para voluntárias que apresentaram rastreio negativo para depressão indicam uma média de 19%, 17% e 20%, respectivamente para os períodos perinatais mencionados, de presença de sintomas ansiosos. Embora os resultados de ambas as escalas sugiram maior prevalência de sintomas ansiosos durante o segundo trimestre gestacional, há diferença significativa entre os valores encontrados, que pode ser justificada pelas características das mesmas, em particular a aplicabilidade. Observa-se uma maior prevalência na escala EPDS – autoaplicável –, se comparada à HAM-D, aplicada por um examinador treinado.

Os achados aqui apresentados denotam a relevância do tema, uma vez que, considerando-se a hipótese de que a presença de sintomas ansiosos pode estar associada a um pior prognóstico, como verificado em Ross, 2003, identificar este padrão em gestantes e puérperas de forma precoce e assertiva poderá contribuir para a instituição de tratamento mais eficaz e minimizar potenciais desfechos deletérios (ROSS; EVANS; SELLERS; ROMACH, 2003).

6 CONCLUSÕES

Os resultados das análises estatísticas do banco de dados corroboram com a hipótese apresentada, para esta população.

Algumas limitações do estudo estão associadas à perda do acompanhamento longitudinal das voluntárias ao longo da pesquisa. Além disso, devido à dinâmica da coleta de dados do pré-natal, que ocorre na sala de espera do ambulatório de ginecologia e obstetrícia da UFMG, não é incomum que as voluntárias estejam pouco concentradas para o preenchimento das escalas além de abandonarem a entrevista para o comparecimento de sua consulta de pré-natal e não retornarem para a finalização, deixando o estudo com uma série de dados faltantes.

O estudo cujo banco de dados foi analisado foi especificamente desenhado para avaliar depressão pós-parto, não utilizando de escalas validadas especificamente para verificação de sintomas ansiosos na gestação e no pós-parto, a exemplo da STAI-6. Desta forma, para a verificação da hipótese apresentada, foram aproveitados os resultados das escalas aplicadas cujas características psicométricas permitam a identificação de sintomas ansiosos em voluntárias que apresentaram rastreio positivo para depressão.

Alguns dos estudos revisados atestam a sensibilidade da EPDS para verificação de sintomas ansiosos em mulheres que tenham apresentado rastreio positivo para depressão, bem como para o rastreio de transtorno de ansiedade generalizada, por meio da EPDS-A. Sendo assim, sugere-se incentivar o uso da escala EPDS na prática clínica para rastreio não apenas de depressão perinatal, mas também de ansiedade neste período.

A heterogeneidade dos estudos, em especial em relação ao ponto de corte para verificar a presença de depressão nas participantes, denota a importância da definição de um ponto de corte a ser utilizado globalmente, de modo que os estudos possam ser reproduzidos com mais fidedignidade.

Os resultados destacam a importância da discussão e aprofundamento desses achados, em particular no que tange a definição da depressão perinatal e especialmente em respeito às suas características.

Com base nos estudos revisados e nos achados aqui apresentados, sugere-se a necessidade de se revisar a classificação do que chamamos de depressão pós-parto ou depressão perinatal a fim de considerá-la uma entidade nosológica única, com critérios diagnósticos bem delimitados. Ainda considerando-se o impacto dos transtornos mentais na gestação, aqui especificamente

depressão e ansiedade, é importante que mais estudos sejam realizados para melhor definição desta condição a fim de promover recursos diagnósticos e terapêuticos mais eficientes. Não parece pertinente que uma condição tão prevalente e com tantos impactos associados para a saúde da gestante/puérpera e sua prole permaneça figurando como um especificador de um transtorno depressivo no DSM-5, ou como “Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte” na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, B.; LETOURNEAU, N.; LEBEL, C. Prenatal maternal anxiety and children's brain structure and function: A systematic review of neuroimaging studies. **Journal of affective disorders**, 241, p. 117-126, 2018.
- ADHIKARI, K.; PATTEN, S. B.; WILLIAMSON, T.; PATEL, A. B. *et al.* Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy? **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 42, n. 2, p. 140-146, 2021.
- ALVES, D. D. S.; LEITE, M. B. Uso da escala de depressão pós-parto de Edimburgo no Brasil. 2020.
- ASSOCIATION, A. P. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014. 8582711832.
- BIAGGI, A.; CONROY, S.; PAWLBY, S.; PARIANTE, C. M. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review (Revised). 2015.
- BINA, R.; HARRINGTON, D. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Screening tool for postpartum anxiety as well? Findings from a confirmatory factor analysis of the Hebrew version. **Maternal and child health journal**, 20, n. 4, p. 904-914, 2016.
- BRANCAGLION, M. Y. M. Estudo sobre aspectos psicossociais, qualidade de vida e traços de personalidade associados à depressão gestacional. 2013.
- CLOUT, D.; BROWN, R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. **Journal of Affective Disorders**, 188, p. 60-67, 2015.
- CONSORTIUM, P. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. **The Lancet Psychiatry**, 2, n. 1, p. 59-67, 2015.
- E COUTO, T. C.; BRANCAGLION, M. Y. M.; CARDOSO, M. N.; PROTZNER, A. B. *et al.* What is the best tool for screening antenatal depression? **Journal of affective disorders**, 178, p. 12-17, 2015.
- E COUTO, T. C.; CARDOSO, M. N.; BRANCAGLION, M. M.; FARIA, G. C. *et al.* Antenatal depression: prevalence and risk factor patterns across the gestational period. **Journal of affective disorders**, 192, p. 70-75, 2016.
- EVANS, K.; SPIBY, H.; MORRELL, C. J. A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. **Journal of Advanced Nursing**, 71, n. 9, p. 1986-2001, 2015.
- FAIRBROTHER, N.; JANSSEN, P.; ANTONY, M. M.; TUCKER, E. *et al.* Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. **Journal of affective disorders**, 200, p. 148-155, 2016.

FIGUEIRA, P.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA, M. A. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, 43, p. 79-84, 2009.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Depressão pós-parto. **PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde–Ciclo 1**, p. 111-164, 2017.

FREIRE, M. Á.; FIGUEIREDO, V. L. M. D.; GOMIDE, A.; JANSEN, K. *et al.* Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 63, p. 281-289, 2014.

GENTILE, S. Untreated depression during pregnancy: Short-and long-term effects in offspring. A systematic review. **Neuroscience**, 342, p. 154-166, 2017.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Postpartum depression: prevalence and associated factors. **Cadernos de saude publica**, 33, n. 9, 2017.

KENDIG, S.; KEATS, J. P.; HOFFMAN, M. C.; KAY, L. B. *et al.* Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, 46, n. 2, p. 272-281, 2017.

LAHTI, M.; SAVOLAINEN, K.; TUOVINEN, S.; PESONEN, A.-K. *et al.* Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and psychiatric problems in children. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 56, n. 1, p. 30-39. e37, 2017.

LEVIS, B.; NEGERI, Z.; SUN, Y.; BENEDETTI, A. *et al.* Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. **bmj**, 371, 2020.

MALLOY-DINIZ, L. F.; SCHLOTTFELDT, C. G. M. F.; FIGUEIRA, P.; NEVES, F. S. *et al.* Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 32, n. 3, p. 316-318, 2010.

MARTINI, J.; PETZOLDT, J.; EINSLE, F.; BEESDO-BAUM, K. *et al.* Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. **Journal of affective disorders**, 175, p. 385-395, 2015.

MATTHEY, S.; FISHER, J.; ROWE, H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. **Journal of Affective Disorders**, 146, n. 2, p. 224-230, 2013.

NAKIĆ RADOŠ, S.; TADINAC, M.; HERMAN, R. Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. **Acta Clinica Croatica**, 57, n. 1., p. 39-51, 2018.

PAMPAKA, D.; PAPTAEODOROU, S. I.; ALSEIDAN, M.; AL WOTAYAN, R. *et al.* Postnatal depressive symptoms in women with and without antenatal depressive symptoms: results from a prospective cohort study. **Archives of women's mental health**, 22, n. 1, p. 93-103, 2019.

ROSS, L. E.; EVANS, S. G.; SELLERS, E.; ROMACH, M. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. **Archives of Women's Mental Health**, 6, n. 1, p. 51-57, 2003.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016. 8582713797.

SKALKIDOU, A.; HELLGREN, C.; COMASCO, E.; SYLVÉN, S. *et al.* Biological aspects of postpartum depression. **Women's health**, 8, n. 6, p. 659-672, 2012.

SMITH-NIELSEN, J.; MATTHEY, S.; LANGE, T.; VÆVER, M. S. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. **BMC psychiatry**, 18, n. 1, p. 1-12, 2018.

STANEVA, A.; BOGOSSIAN, F.; PRITCHARD, M.; WITTKOWSKI, A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. **Women and Birth**, 28, n. 3, p. 179-193, 2015.

STASIK-O'BRIEN, S. M.; MCCABE-BEANE, J. E.; SEGRE, L. S. Using the EPDS to identify anxiety in mothers of infants on the neonatal intensive care unit. **Clinical nursing research**, 28, n. 4, p. 473-487, 2019.

TENDAIS, I.; COSTA, R.; CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. **The Spanish journal of psychology**, 17, 2014.

VAN DEN BERGH, B. R.; VAN DEN HEUVEL, M. I.; LAHTI, M.; BRAEKEN, M. *et al.* Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 117, p. 26-64, 2020.

VAN DER ZEE-VAN DEN BERG, A. I.; BOERE-BOONEKAMP, M. M.; GROOTHUIS-OUDSHOORN, C. G.; REIJNEVELD, S. A. The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect anxiety. **PloS one**, 14, n. 9, p. e0221894, 2019.

VLIEGEN, N.; CASALIN, S.; LUYTEN, P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. **Harvard review of psychiatry**, 22, n. 1, p. 1-22, 2014.

WILKINSON, E. L.; O'MAHEN, H. A.; FEARON, P.; HALLIGAN, S. *et al.* Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, 17, n. 1, p. 1-9, 2016.

ANEXO A – Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número que melhor caracteriza o paciente na última semana.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- 0() Ausente.
- 1() Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
- 2() Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
- 3() Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- 4() Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0() Ausente
- 1() Autorrecriinação; sente que decepcionou os outros.
- 2() Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.
- 3() A doença atual é um castigo.
- 4() Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

- 0() Ausente.
- 1() Sente que a vida não vale a pena.
- 2() Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
- 3() Ideias ou gestos suicidas.
- 4() Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

- 0() Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1() Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2() Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0() Sem dificuldades.
- 1() O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2() Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

- 0() Sem dificuldades.
- 1() Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2() Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0() Sem dificuldades.
- 1() Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2() Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
- 3() Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
- 4() Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0() Pensamento e fala normais.
- 1() Leve retardo à entrevista.
- 2() Retardo óbvio à entrevista.
- 3() Entrevista difícil.
- 4() Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0() Nenhuma.
- 1() Inquietude.
- 2() Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3() Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4() Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0() Sem dificuldade.

- 1() Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2() Preocupação com trivialidades.
- 3() Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4() Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA (Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrintestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaléia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar freqüentemente)

- 0() Ausente
- 1() Leve
- 2() Moderada
- 3() Grave
- 4() Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

- 0() Nenhum
- 1() Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome.
- 2() Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0() Nenhum
- 1() Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
- 2() Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0() Ausentes
- 1() Leves
- 2() Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0() Ausente
- 1() Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2() Preocupação com a saúde
- 3() Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4() Ideias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

- 0() Sem perda de peso.
- 1() Provável perda de peso associada à moléstia atual.
- 2() Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
- 3() Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

- 0() Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
- 1() Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
- 2() Mais de 1 Kg de perda por semana.
- 3() Não avaliada.

17. CRÍTICA

- 0() Reconhece que está deprimido e doente.
- 1() Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
- 2() Nega estar doente.

Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H.; ZUARDI, A. W. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. In: (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**, 2000. p.438-438.

ANEXO B – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Nos últimos sete dias

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 sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti.
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

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

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada 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 tenho tido dificuldade de dormir:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

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

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado:

- Sim, quase todo o tempo.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes nos últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez.

Fonte: SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007. ISSN 0102-311X.