

Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde

Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting

PRISCILA KRAUSS PEREIRA¹, GIOVANNI MARCOS LOVISI², LÚCIA ABELHA LIMA², LETÍCIA FORTES LEGAY²

¹ Doutoranda do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ); bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).
² Professor(a) do IESC/UFRJ.

Recebido: 23/9/2009 – Aceito: 29/12/2009

Resumo

Contexto: A depressão é um transtorno psiquiátrico comum entre as adolescentes grávidas e está associada a diversos fatores de risco. **Objetivos:** Estimar a prevalência da depressão em adolescentes grávidas e identificar os principais fatores de risco. **Métodos:** Dados seccionais foram coletados de 120 gestantes adolescentes atendidas em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro. Os instrumentos utilizados foram o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), para diagnosticar a depressão; a escala *Stressful Life Events*, para avaliar a presença de eventos estressantes; o *Abuse Assessment Screen* (AAS), para o rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação. **Resultados:** A prevalência de depressão gestacional foi de 14,2% (IC: 8,7-21,9), sendo os principais fatores associados: história anterior de depressão, sangramento anômalo e hospitalização na atual gravidez, história de acidente, incêndio ou catástrofe e maus-tratos durante a vida. **Conclusões:** Os resultados reforçam que a investigação dos fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento da depressão devem ser parte integrante do atendimento pré-natal a adolescentes grávidas.

Pereira PK, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(5):216-22

Palavras-chave: Depressão, gravidez na adolescência, estudos transversais, prevalência, fatores de risco.

Abstract

Background: Depression is a common psychiatric disorder among pregnant adolescents and it is associated with several risk factors. **Objectives:** This study aimed to assess the prevalence and associated factors of depression in pregnant adolescents. **Methods:** Sectional data were collected among 120 pregnant adolescents attending in a basic health unit in Rio de Janeiro. The following research instruments were used: the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose depression, the Stressful Life Events to assess stressful life events, the Abuse Assessment Screen (AAS) to screening violence against woman during pregnancy. **Results:** The prevalence of gestational depression was 14.2% (CI 95% 8.7-21.9) and associated factors were: history of depression before pregnancy, bleeding and hospitalization during pregnancy, history of accidents and catastrophes, and emotional or physical abuse during their life. **Discussion:** These results suggest that screening of risk factors, diagnosis and treatment of depression should be provided in the antenatal care of pregnant adolescents.

Pereira PK, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(5):216-22

Keywords: Depression, pregnancy in adolescence, cross-sectional studies, prevalence, risk factors.

Introdução

A depressão é hoje um sério problema de saúde pública que atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo todo, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens¹. O período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, sendo a depressão o transtorno mais frequente². Aproximadamente, de cada cinco gestantes, uma apresenta depressão³⁻⁷, não sendo a maioria dessas mulheres diagnosticada e tratada adequadamente^{8,9}.

Durante a gestação, a depressão pode ocasionar danos não só à saúde materna, mas também à saúde e ao desenvolvimento do bebê, como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e problemas no desenvolvimento da criança^{8,10-12}. Quadros depressivos não tratados durante a gravidez aumentam o risco de as gestantes exporem-se a tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência nessas consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal¹³.

A frequência da depressão parece ser mais alta entre as grávidas adolescentes do que em gestantes adultas¹⁴, sendo a gravidez um

importante fator de risco para o seu surgimento nessa fase da vida. Sintomas de ansiedade e depressão são mais frequentes em adolescentes grávidas em comparação com as adolescentes não grávidas^{15,16}. A depressão durante a gravidez na adolescência está associada a vários fatores de risco, tais como: antecedentes psiquiátricos, principalmente história pregressa de depressão; fatores relacionados à pobreza, como baixa renda, dependência financeira, baixa escolaridade, evasão escolar e desemprego; ser solteira; ausência de apoio social, como o familiar e o conjugal; eventos estressantes, como conflitos nos relacionamentos; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco e outras drogas; e história de violência^{4,16-18}. A própria gravidez na adolescência já está associada a significativos riscos médicos e psicossociais. No Brasil, cerca de um quarto do total de partos é em adolescentes (10 a 19 anos), sendo a gravidez a primeira causa de internações nessa população¹⁹.

Estudos nacionais revelam prevalências de 13% a 26% de depressão em grávidas adolescentes^{4,15-18}. Essa frequência também é encontrada em alguns estudos internacionais^{14,20,21}. Diferenças quanto à prevalência de depressão entre os estudos parecem estar associadas principalmente aos diversos instrumentos utilizados em sua avaliação. Pesquisas que utilizaram entrevistas diagnósticas

padronizadas, seguindo os critérios diagnósticos da CID-10²² ou DSM-IV²³, encontraram frequências abaixo de 15%^{17,18}, enquanto os estudos que utilizaram escalas e inventários para o rastreamento de sintomas depressivos encontraram prevalências maiores, em torno de 25% a 30%^{4,14-16,21}. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que sintomas depressivos são mais frequentes na população do que o transtorno depressivo propriamente dito.

Pesquisas longitudinais demonstraram que, além de a depressão durante a gravidez ser mais frequente, ela é o principal fator de risco à depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação^{3,5,24,25}. Como a ênfase da literatura tem sido direcionada principalmente para a depressão pós-parto, existem poucas pesquisas sobre a depressão durante a gravidez, principalmente nos países em desenvolvimento e com gestantes adolescentes. Em paralelo, as taxas de morbimortalidade infantil, de gravidez na adolescência e de depressão continuam muito altas na maioria desses países. Ainda que justificada a relevância do tema, são poucos os estudos e as discussões, principalmente em termos nacionais. O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a depressão durante a gestação e os seus fatores associados em adolescentes atendidas numa unidade básica de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) na cidade do Rio de Janeiro.

Métodos

Local de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico seccional que foi realizado no Posto de Assistência Médica (PAM) Hélio Pellegrino, uma unidade básica de saúde do SUS, situada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, que oferece atendimento em diversos serviços e especialidades médicas, entre eles o acompanhamento pré-natal a gestantes, e atende principalmente pacientes da rede pública de saúde, o que representa o atendimento de pacientes, em sua maioria, de baixa renda e escolaridade²⁶. Aproximadamente, 70% das mulheres brasileiras são usuárias do SUS²⁷. No serviço de pré-natal desse PAM é atendido mensalmente um total de 90 gestantes no terceiro trimestre de gestação, sendo cerca de 20 delas adolescentes²⁸.

Amostra

A população do estudo consistiu de todas as gestantes adolescentes no terceiro trimestre de gestação, atendidas entre agosto de 2006 e julho de 2007 no PAM Hélio Pellegrino. A adolescência, segundo a OMS, compreende a faixa etária de 10 a 19 anos²⁹. Baseando-se numa população estimada de 250 gestantes elegíveis, calculou-se o tamanho mínimo da amostra em 110 adolescentes, considerando uma frequência esperada de depressão de 15%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, sendo a seleção realizada de forma sistemática, com início aleatório e intervalos a cada duas pacientes atendidas.

Coleta dos dados

As entrevistas foram realizadas após a consulta do pré-natal, durante o terceiro trimestre de gestação, em uma sala tranquila e com privacidade assegurada, durando cerca de uma hora. Os cinco entrevistadores, todos graduandos de medicina, foram previamente treinados em todos os instrumentos.

Instrumentos

1. *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; versão 2.1): instrumento padronizado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, usado neste estudo para avaliar a depressão. Trata-se de uma entrevista diagnóstica estruturada que pode ser utilizada por entrevistadores leigos treinados e que fornece diagnóstico de transtornos mentais baseado nos critérios da CID-10 e do DSM-IV, a partir de um algoritmo computadorizado. Foi traduzido do inglês para o português e validado para o uso no Brasil, apresentando alta

confiabilidade para o diagnóstico de episódio depressivo maior ($k = 0,97$)³⁰, sendo utilizado por recentes estudos nacionais na avaliação da depressão em adolescentes grávidas^{17,18}. O CIDI detecta os transtornos mentais dos últimos 12 meses e durante a vida. Para o presente estudo, o CIDI foi utilizado para detectar transtorno depressivo (atual ou recorrente) nos últimos 12 meses, de acordo com os critérios da CID-10.

2. Questionário sociodemográfico: por meio de perguntas elaboradas pelos pesquisadores, foram registrados dados sobre idade, estado civil, escolaridade (anos de estudo), cor (autorreferida), naturalidade e profissão.

3. Para a classificação econômica, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica da ABEP³¹. Trata-se de uma classificação brasileira, baseada em informações sobre o grau de instrução do chefe da família e a posse e número de eletrodomésticos na casa. Essa classificação estratifica as entrevistadas em cinco diferentes categorias (de A a E). Essa variável foi agrupada no presente estudo em três categorias: classe alta (A e B), classe média (C) e classe baixa (D e E). Apesar de não avaliar o rendimento econômico, essa classificação fornece uma estimativa da renda média familiar por classe econômica.

4. Questionário para variáveis clínicas: as participantes foram interrogadas quanto à história psiquiátrica (história anterior de depressão, tratamento psiquiátrico prévio e uso abusivo de tabaco, álcool e drogas ilícitas). Variáveis obstétricas foram coletadas a partir do questionário e também do prontuário médico: planejamento da gravidez, número de gestações anteriores, doenças gestacionais atuais e anteriores (hipertensão da gravidez, pré-eclâmpsia, sangramento anômalo, ruptura prematura de membrana, placenta prévia, placenta acreta, DST e outros), desfechos desfavoráveis em gestações anteriores (abortamentos, prematuridade, baixo peso ao nascer), bem como a história patológica pregressa (diabetes, hipertensão crônica, cardiopatias, hepatite, nefropatias, pneumopatias, neuropatias, tuberculose, DST e ginecopatias).

5. *Stressful Life Events Scale*³²: por meio dessa escala, traduzida e validada para uso no Brasil, foram investigados 14 eventos estressantes vivenciados no último ano, tais como conflitos matrimoniais; história de separação/divórcio; perda do emprego; conflitos com pessoas próximas; problema físico grave; problemas financeiros; envolvimento judicial; história de acidente de trânsito, incêndio ou catástrofe; falecimento de pessoa próxima; história de abuso sexual; história de furto e história de agressão.

6. *Abuse Assessment Screen* (AAS)³³: foi usado para o rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação. Esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil³⁴, sendo específico para violência sofrida pela mulher durante a gravidez. O AAS é composto por cinco questões que abordam maus-tratos durante a vida, violência física no último ano, violência física durante a gravidez, abuso sexual no último ano e medo do agressor.

Análise dos dados

Foi calculada a prevalência de depressão gestacional (com intervalo de confiança de 95%). Foram utilizados testes de associações estatísticas, como o teste do qui-quadrado e o teste de Fischer para variáveis categóricas, além do teste t de Student para variáveis contínuas. Em todos eles se considerou um nível de significância de 5%. Foram estimados os *odds ratios* e os respectivos intervalos de confiança. As variáveis associadas com a depressão ($p \leq 0,10$) na análise univariada entraram no modelo de regressão logística. O programa SPSS 11.0.1 (*Statistical Package for the Social Sciences*) foi usado na análise estatística dos dados.

Aspectos éticos

O estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do PAM Hélio Pellegrino. Antes da entrevista, cada gestante foi informada sobre o estudo e convidada a participar, devendo para tanto assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Adolescentes que apresenta-

ram depressão foram encaminhadas ao Departamento de Psiquiatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle para tratamento.

Resultados

Das 125 gestantes convidadas a participarem do estudo, cinco recusaram, sem nenhuma razão específica (taxa de participação de 96%). A prevalência de depressão durante a gravidez foi de 14,2% (IC 95%: 8,7-21,9).

A idade média foi de 17,9 anos (desvio-padrão = 1,8 anos), sendo a faixa etária de maior proporção a de 15 a 19 anos, que, de acordo com a OMS, corresponde à etapa da adolescência final (Tabela 1)³⁹. Quase a metade das adolescentes estava solteira. A maioria possuía baixa escolaridade, estava desempregada, era negra ou parda e pertencia à classe média e baixa, com rendimentos variando de R\$ 300,00 a R\$ 1.000,00, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Mesmo não havendo associação estatística significativa, verifica-se que a prevalência de depressão na gestação foi maior entre as adolescentes solteiras (18,6%) e trabalhadoras informais (23,1%).

Aproximadamente, 16% das adolescentes referiram história anterior de depressão, sendo este um fator associado significativamente com a depressão na gravidez ($p = 0,02$) (Tabela 2). Vale ressaltar que 66,7% delas eram primíparas e 64,3% planejaram a gravidez. A história de baixo peso ao nascer, embora pouco frequente (0,8%), esteve associada à depressão durante a gestação ($p = 0,01$). As frequências de doenças gestacionais atuais foram mais baixas, já que se tratavam de gestações de baixo risco, sendo mais comuns e estatisticamente significativas: o sangramento anômalo (3,3%; $p = 0,04$) e a hospitalização (2,5%; $p = 0,008$). As principais doenças prévias à gravidez relatadas pelas gestantes adolescentes foram pneumopatias (10%) e hepatite (6,7%). Apesar da baixa frequência dessas doenças, destaca-se a alta prevalência de depressão, especialmente entre as adolescentes com cardiopatias ($p = 0,01$) e nefropatias ($p = 0,008$).

Os eventos estressantes mais comuns foram falecimento de pessoa próxima (40,8%), conflitos com pessoas próximas (33,3%),

problemas financeiros (31,7%), conflitos matrimoniais (29,2%), história de separação ou divórcio (23,3%) e perda do emprego (15%) (Tabela 3). A depressão durante a gravidez esteve associada a história de acidente, incêndio ou catástrofe ($p < 0,001$), conflitos com pessoas próximas ($p = 0,003$) e, ainda, história de furto ($p = 0,01$) e de agressão ($p = 0,04$), apesar das baixas frequências destes dois eventos.

No que se refere à violência contra a mulher (Tabela 3), nota-se que cerca de 45% do total de adolescentes entrevistadas revelaram já terem sido maltratadas alguma vez na vida, emocionalmente ou fisicamente, pelo seu parceiro ou por alguém próximo a elas. Durante a gravidez, mais de 7% relataram ter sofrido violência física. Destas, 22% apresentaram depressão na gestação. Pouco mais de 3% já sofreram abuso sexual, 15% referiram violência física no último ano e 8,3% disseram ter medo do agressor. Embora apenas a presença de maus-tratos durante a vida tenha se associado significativamente à depressão na gestação ($p = 0,004$), foi alta a prevalência de depressão nas gestantes adolescentes que sofreram abuso sexual (25%) e que revelaram ter medo do agressor (30%).

As variáveis associadas com a depressão durante a gravidez na análise univariada ($p < 0,10$), tais como história anterior de depressão, sangramento anômalo e hospitalização na atual gravidez, história de nefropatias, eventos estressantes (história de separação/divórcio, conflitos com pessoas próximas, envolvimento judicial, história de acidente/catástrofe e história de agressão) e maus-tratos entraram no modelo de regressão logística (Tabela 4). Foram excluídas da análise multivariada a história de baixo peso ao nascer, história de cardiopatias e história de furto, por causa do erro estatístico consequente da baixa frequência desses eventos em nossa amostra. Os fatores que permaneceram associados significativamente à depressão na gravidez após a análise de regressão foram: história anterior de depressão ($p = 0,02$), sangramento anômalo ($p = 0,04$), hospitalização ($p = 0,04$) e história de acidente, incêndio ou catástrofe ($p = 0,01$). Baseando-se na relevância clínica e no p-valor "borderline" (entre 0,05 e 0,10)³⁵, a presença de maus-tratos durante a vida, embora marginalmente associada à depressão gestacional, pode ser considerada uma variável significativa.

Tabela 1. Características sociodemográficas e sua associação com a depressão na gestação em 120 adolescentes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro com intervalo de confiança de 95%

Características			Depressão				p-valor
	n	%	n	%	(IC 95%)	OR (IC 95%)	
Faixa etária							
10 a 14 anos	5	4,2	0	0	(0,0-0,0)	1,2 (1,0-1,3)	0,35
15 a 19 anos	115	95,8	17	14,8	(9,1-22,9)	1	
Estado civil							
Solteira	59	49,2	11	18,6	(10,1-31,3)	2,1 (0,7-6,1)	0,17
Casada	61	50,8	6	9,8	(4,1-20,9)	1	
Escolaridade							
Oito anos ou menos de estudo	72	60,0	9	12,5	(6,2-22,9)	1,4 (0,5-3,9)	0,52
Mais de oito anos de estudo	48	40,0	8	16,7	(8,0-30,8)	1	
Cor							
Branca	40	33,3	7	17,5	(7,9-33,4)	0,7 (0,2-1,9)	0,46
Não branca	80	66,7	10	12,5	(6,5-22,2)	1	
Naturalidade							
Rio de Janeiro	91	75,8	12	13,2	(7,3-22,3)	1,4 (0,4-4,3)	0,58
Outros*	29	24,2	5	17,2	(6,5-36,5)	1	
Ocupação							
Desempregada	68	56,7	11	16,2	(8,7-27,5)	2,6 (0,5-12,6)	0,23
Trabalho informal	13	10,8	3	23,1	(6,2-54,0)	4,0 (0,5-27,9)	0,15
Trabalho formal	10	8,3	1	10,0	(0,5-45,9)	1,5 (0,1-18,5)	0,75
Estudante/do lar**	29	24,2	2	6,9	(1,2-24,2)	1	
Classe econômica							
D e E (baixa)	34	28,3	3	8,8	(2,3-24,8)	2,2 (0,6-8,2)	0,25
C (média)	75	62,5	13	17,3	(9,9-28,2)	1,0 (0,1-11,1)	0,97
A e B (alta)	11	9,2	1	9,1	(0,5-42,9)	1	

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

* Outras regiões do país (Nordeste: n = 21; 19,4%).

** Estudante (n = 14; 13%); do lar (n = 9; 8,3%).

Tabela 2. Variáveis clínicas e obstétricas e sua associação com a depressão na gestação em 120 adolescentes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro com intervalo de confiança de 95%

	n	%	Depressão			OR (IC 95%)	p-valor
			n	%	(IC 95%)		
Variáveis clínicas							
História psiquiátrica							
História anterior de depressão	19	15,8	6	31,6	(13,6-56,5)	3,8 (1,2-11,9)	0,02
Tabagismo	9	7,5	1	11,1	(0,6-49,3)	0,7 (0,1-1,2)	0,78
Uso abusivo de álcool	4	3,3	0	0,0	(0,0-60,4)	0,8 (0,7-0,9)	0,40
Uso abusivo de drogas ilícitas	3	2,5	0	0,0	(0,0-69,0)	0,8 (0,7-0,9)	0,47
História patológica pregressa							
Diabetes	1	0,8	0	0,0	(0,0-94,5)	0,8 (0,7-0,9)	0,68
HAS crônica	3	2,5	1	33,3	(1,8-87,5)	3,2 (0,3-36,9)	0,34
Cardiopatía	1	0,8	1	100	(5,5-100,0)	0,1 (0,1-0,2)	0,01
Hepatite	8	6,7	2	25,0	(4,5-64,4)	2,2 (0,4-11,7)	0,36
Nefropatia	3	2,5	2	66,7	(12,5-98,2)	13,6 (1,2-159,3)	0,008
Pneumopatia	12	10,0	1	8,3	(0,5-40,3)	0,5 (0,1-4,3)	0,54
Neuropatia	1	0,8	0	0,0	(0,0-94,5)	0,8 (0,7-0,9)	0,68
DST	3	2,5	1	33,3	(1,8-87,5)	3,2 (0,3-36,9)	0,34
Ginecopatia	3	2,5	0	0,0	(0,0-69,0)	0,8 (0,7-0,9)	0,48
Variáveis obstétricas							
Primíparas	80	66,7	13	16,3	(9,3-26,6)	1,7 (0,5-5,7)	0,36
História de abortamentos induzidos	8	6,7	0	0,0	(0,0-40,2)	0,8 (0,7-0,9)	0,23
História de abortamentos espontâneos	14	11,7	1	7,1	(0,4-35,8)	0,4 (0,1-3,5)	0,42
História de doenças gestacionais	9	7,5	0	0,0	(0,0-37,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,21
História de baixo peso ao nascer	1	0,8	1	100	(5,5-100,0)	0,1 (0,1-0,2)	0,01
História de prematuridade	6	5,0	1	16,7	(0,9-63,5)	1,2 (0,1-11,2)	0,85
Doenças gestacionais atuais:							
HAS da gravidez	3	2,5	1	33,3	(1,8-87,5)	3,2 (0,3-36,9)	0,34
Ruptura prematura de membrana	2	1,7	1	50,0	(2,7-97,3)	6,4 (0,4-107,1)	0,14
Sangramento anômalo	4	3,3	2	50,0	(9,2-90,8)	6,7 (0,9-51,5)	0,04
Hospitalização	3	2,5	2	66,7	(12,5-98,2)	13,6 (1,2-159,3)	0,008
Placenta prévia	1	0,8	0	0,0	(0,0-94,5)	0,8 (0,8-0,9)	0,68
Atual gravidez não planejada	44	36,7	6	13,6	(5,7-28,0)	0,9 (0,3-2,7)	0,89

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3. Eventos estressantes e violência e sua associação com a depressão na gestação em 120 adolescentes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro com intervalo de confiança de 95%

	n	%	Depressão			OR (95% IC)	p-valor
			n	%	IC (95%)		
Eventos estressantes							
Conflitos matrimoniais	35	29,2	4	11,4	(3,7-27,7)	0,7 (0,2-2,4)	0,58
História de separação/divórcio	28	23,3	7	25,0	(11,4-45,2)	2,7 (0,9-8,0)	0,06
Perda do emprego	18	15,0	4	22,2	(7,4-48,1)	1,9 (0,6-6,9)	0,29
Conflitos com pessoas próximas	40	33,3	11	27,5	(15,1-44,1)	4,7 (1,6-13,8)	0,003
Problema físico grave	1	0,8	0	0,0	(0,0-94,5)	0,8 (0,7-0,9)	0,68
Problemas financeiros	38	31,7	7	18,4	(8,3-34,9)	1,6 (0,6-4,7)	0,36
Envolvimento judicial	5	4,2	2	40,0	(7,3-83,0)	4,4 (0,7-28,8)	0,09
História de acidente, incêndio ou catástrofe	4	3,3	3	75,0	(21,9-98,7)	21,9 (2,1-224,9)	< 0,001
Falecimento de pessoa próxima	49	40,8	9	18,4	(9,2-32,5)	1,8 (0,6-5,0)	0,27
História de abuso sexual	2	1,7	0	0,0	(0,0-80,2)	0,8 (0,7-0,9)	0,56
História de furto	1	0,8	1	100	(5,5-100,0)	0,1 (0,1-0,2)	0,01
História de agressão	4	3,3	2	50,0	(9,2-90,8)	6,7 (0,9-51,4)	0,04
Violência							
Maus-tratos durante a vida	53	44,2	13	24,5	(14,2-38,6)	5,1 (1,6-16,8)	0,004
Violência física nos últimos 12 meses	18	15,0	4	22,2	(7,4-48,1)	2,0 (0,6-6,9)	0,28
Violência física na gravidez	9	7,5	2	22,2	(3,9-59,8)	1,8 (0,3-9,6)	0,47
Abuso sexual	4	3,3	1	25,0	(1,3-78,1)	2,1 (0,2-21,3)	0,52
Medo	10	8,3	3	30,0	(8,1-64,6)	2,9 (0,7-12,7)	0,13

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Discussão

O principal achado deste estudo foi que de cada sete gestantes adolescentes, uma apresentou depressão durante a gravidez, o que corresponde a uma prevalência de 14,2% (IC 95%: 8,7-21,9), demonstrando ser este um transtorno psiquiátrico comum entre as adolescentes grávidas. Foi encontrado ainda que história anterior de depressão; complicações obstétricas, como o sangramento anômalo

e a hospitalização; eventos estressantes no último ano, em especial história de acidentes, incêndios ou catástrofes; e violência contra a mulher, principalmente os maus-tratos durante a vida, estiveram associados à depressão durante a gravidez na adolescência. Entretanto, algumas limitações metodológicas deste estudo devem ser consideradas. Por ser um estudo seccional, fator e efeito são observados no mesmo momento histórico, não se podendo inferir uma associação causal entre os fatores de risco analisados e a depressão na gestação.

Tabela 4. Análise multivariada dos fatores associados à depressão na gestação em 120 adolescentes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro com intervalo de confiança de 95%

Variáveis	OR	IC 95%	p-valor
História psiquiátrica			
História anterior de depressão	6,5	1,4-31,4	0,02
Variáveis obstétricas			
Sangramento anômalo na atual gestação	17,6	1,1-294,5	0,04
Hospitalização na atual gestação	26,9	1,1-652,4	0,04
Eventos estressantes			
História de acidente, incêndio ou catástrofe	35,7	2,4-522,9	0,01
Violência			
Maus-tratos durante a vida	4,3	0,8-21,8	0,08

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Além disso, o fato de a população estudada pertencer a um único serviço ambulatorial público do SUS, com área de abrangência limitada e que atende principalmente usuários das classes socioeconômicas menos favorecidas, restringe a generalização dos nossos resultados.

A prevalência de depressão em gestantes adolescentes encontrada neste estudo foi mais baixa do que a prevalência encontrada por outros estudos, inclusive com gestantes adultas, no entanto essa frequência condiz com os achados de estudos nacionais com adolescentes que utilizaram o CIDI^{17,18}. Essa diferença na frequência da depressão entre os estudos pode ser explicada, entre outros fatores, pelos diversos instrumentos utilizados na avaliação do transtorno. Estudos que utilizaram inventários e escalas para o rastreamento de sintomas depressivos, como a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgo (EPDS), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), seja com amostras de gestantes adolescentes ou adultas, encontraram prevalências maiores, variando de 20% a 30%^{4,14-16,21}, o que pode ser compreendido pela alta frequência dos sintomas depressivos na população em geral. De maneira geral, são poucos os estudos internacionais sobre o tema, principalmente em países desenvolvidos, nos quais a gravidez na adolescência não costuma ser um problema tão frequente quanto nos países de baixa renda, onde se encontram altas taxas não só de adolescentes grávidas, mas também de transtornos mentais menores, como a depressão. Sabe-se que fatores relacionados à pobreza são importantes no desenvolvimento desses transtornos³⁶ e também determinantes da gravidez precoce³⁷.

De maneira consistente com a literatura, o risco de depressão foi maior entre as gestantes que apresentaram episódios depressivos anteriores à gravidez^{5-7,25}. Contudo, vale ressaltar que nenhuma das gestantes adolescentes que relatou história anterior de depressão, cerca de 16% de nossa amostra, recebeu tratamento psiquiátrico, o que revela ainda um sério problema na assistência pública em saúde mental em nosso país. Evidências confirmam que mulheres com histórico de depressão apresentam alto risco de recaída durante a gravidez e no período do pós-parto³⁸. Pode-se afirmar que a história anterior de depressão é o principal fator de risco para a depressão na gravidez, e neste estudo mais de 30% das gestantes adolescentes com pelo menos um episódio depressivo durante a vida apresentaram depressão também durante a gravidez, o que aponta para a necessidade de intervenção e prevenção da depressão na gestação antes mesmo desse período.

Outros fatores que foram associados à depressão durante a gravidez, e que são pouco estudados nas pesquisas sobre o tema, são as complicações obstétricas como o sangramento anômalo e as gestantes que precisaram ser hospitalizadas. Também foi alta a prevalência de depressão na gravidez entre as adolescentes com história de baixo peso ao nascer, prematuridade e abortos espontâneos em gestações anteriores. Como encontrado em outro estudo, essas complicações obstétricas prévias parecem ser importantes no aparecimento de sintomas depressivos na gravidez³, já que podem conduzir a sentimentos de insegurança, ansiedade e medo de que o desfecho negativo em gestações anteriores se repita na atual gravidez. Dessa forma, a história

obstétrica da gestante deve ser detalhadamente avaliada pelos profissionais de saúde durante o atendimento pré-natal. Além disso, mais de 36% das adolescentes entrevistadas neste estudo não planejaram a atual gravidez, indicando um sério problema quanto ao planejamento familiar. Aproximadamente, uma em cada oito adolescentes cuja gravidez não foi planejada apresentou depressão durante a gestação. Embora não tenha sido encontrada associação entre a gravidez não planejada e a depressão neste estudo, outros estudos revelam tal associação^{3,7,25}. Daí, a importância de políticas públicas voltadas para o planejamento familiar, direcionadas principalmente à população jovem.

Outro achado importante do presente estudo demonstra que os eventos estressantes também são fatores associados à depressão em adolescentes grávidas, assim como verificado na literatura^{3,5,6}. A própria gravidez pode ser considerada um evento estressante. Nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina e no Brasil, existe uma série de fatores que contribuem para a exacerbação de eventos estressantes durante a gravidez, tais como condições precárias de moradia, acesso desigual aos cuidados de saúde, distribuição desigual da renda, desemprego e altas taxas de criminalidade e violência³⁹. Em nossa pesquisa, os eventos estressantes que se associaram à depressão na gravidez foram aqueles relacionados à história de acidentes, furtos, agressões e envolvimento judicial, e a problemas e instabilidade nos relacionamentos, como divórcio e conflitos com pessoas próximas. Tais eventos podem acarretar também a diminuição do apoio social, o que vem sendo apontado como fator de risco para sintomas depressivos na gravidez^{4,24}. Entretanto, o evento estressante que permaneceu independentemente associado à depressão nas adolescentes grávidas de nosso estudo foi a história de acidentes, incêndios ou catástrofes, o que vem ao encontro do vivenciado na rotina dos jovens, principalmente de comunidades carentes cujos índices de violência são altos, e dos dados alarmantes de mortes por causas externas do Ministério da Saúde, já que estas correspondem à primeira causa de morte entre os jovens brasileiros⁴⁰.

Além disso, a violência doméstica também faz parte do cotidiano de um grande número de adolescentes, inclusive durante o período gestacional, o que é um agravante. A violência contra a mulher na sociedade brasileira é de alta prevalência e as adolescentes são as mais frequentemente vitimadas, pois ao fato de serem mulheres soma-se a baixa idade, o que representa um fator de vulnerabilidade⁴¹. Em nossa pesquisa, a prevalência de violência física durante a gravidez foi em torno dos 7%, similarmente a outros achados^{7,17,42,43}, podendo ser considerada alta, visto a gravidade do tema em questão. Quase a metade das adolescentes em nossa amostra revelou já ter sofrido maus-tratos pelo menos uma vez na vida, o que também condiz com o encontrado na literatura^{44,45}. O principal agressor na maioria desses casos foi o próprio parceiro, seja ele marido ou namorado. Segundo a OMS, a violência praticada pelo parceiro íntimo constitui a forma mais endêmica de violência contra a mulher⁴⁶. As consequências dessas situações de violência podem alcançar não somente o âmbito da saúde mental da adolescente, já que constituem um importante fator de risco à depressão^{6,7,17,42,43}, mas também atingir diretamente a saúde física do bebê, ocasionando complicações obstétricas, como a prematuridade, o baixo peso e até mesmo a mortalidade neonatal^{17,43}.

É importante ressaltar que no presente estudo a associação entre maus-tratos durante a vida e depressão em adolescentes grávidas não permaneceu significativa na análise multivariada. No entanto, em virtude de sua alta frequência entre as adolescentes, do p-valor "borderline" e de sua relevância clínica, como os seus riscos à saúde da mãe e do bebê, casos de violência devem ser cuidadosamente investigados durante o acompanhamento pré-natal. O Rio de Janeiro tem uma das mais altas taxas de violência do mundo, a maioria ocorrendo em áreas pobres, onde muitas das jovens que participaram do estudo vivem⁴⁷. De acordo com a OMS, a violência praticada contra as mulheres, também conhecida como violência de gênero, se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade e abrange a agressão física, sexual, psicológica e econômica⁴⁸. Trata-se de um problema que tem sérios impactos na saúde e bem-estar da mulher, gerando enormes custos para os indivíduos, os sistemas de saúde e a sociedade em geral⁴⁴.

Considerando-se a grande cobertura do pré-natal, principalmente nas regiões urbanas do país, como no Estado do Rio de Janeiro, onde quase a totalidade das gestantes (96%) realiza consultas pré-natais²⁷, e o fato de que, na nossa realidade de saúde pública nacional, o cuidado pré-natal pode ser o primeiro contato que as adolescentes têm com os serviços de saúde, a assistência pré-natal pode ser vista como uma valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da adolescente como um todo. Achados indicam ainda que o sucesso de programas de assistência ao desenvolvimento infantil também depende do bem-estar mental das mães¹⁰. Dessa forma, é importante que a investigação dos fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento da depressão sejam parte integrante do cuidado pré-natal, sendo realizados por obstetras e outros profissionais de saúde, incluindo equipes de saúde mental, objetivando a atenção integral à saúde da adolescente grávida.

Por fim, cabe destacar que, por trás da presença de depressão em gestantes adolescentes, está um outro problema: a própria gravidez na adolescência e sua alta frequência em países de baixa renda como o Brasil. A maioria das adolescentes de nossa amostra admitiu ter planejado a gravidez e cerca de um terço delas já eram mães. Apesar de toda informação e disponibilidade de métodos contraceptivos, adolescentes continuam engravidando. Esse paradoxo atinge muito mais os países em desenvolvimento, sendo o fenômeno da gravidez na adolescência considerado um sério problema social, visto que está associado a pobreza, evasão escolar, desemprego, entre outros fatores. Enquanto no Brasil 25% do total de partos são em adolescentes¹⁹, em países europeus, como Portugal, essa frequência cai para 5%, o que não descaracteriza, entretanto, a gravidez desse problema social também nos países desenvolvidos³⁷. Estudos revelam que a gravidez na adolescência pode representar para as jovens carentes, de baixa renda e vítimas de violência um novo rumo para sua vida e a possibilidade de um apoio social que elas nunca receberam, estando inclusive associada a características familiares, como a gravidez na adolescência da mãe e ao ambiente familiar de conflitos, violência e baixo suporte social^{4,37}. Dessa forma, para que as políticas de planejamento familiar sejam de fato efetivas, elas devem ser intersectoriais, ultrapassando as tradicionais campanhas de distribuição de preservativos em escolas e abrangendo outros setores da vida dessas jovens. Isso possibilitará às adolescentes, especialmente em das classes mais baixas, trilharem uma carreira estudantil e profissional, ou seja, permitirá a elas perspectivas de um futuro que as façam adiar um pouco mais a opção pela maternidade.

Agradecimentos

A todas as adolescentes participantes deste estudo e à FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), pelo suporte à pesquisa.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. The World Health Report – Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.
2. Bennett HA, Einarson A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698-709.
3. Alami KM, Kadri N, Berrada S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(6):343-6.
4. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):245-9.
5. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* 2006;51(12):955-60.
6. Lovisi GM, Lopes JR, Coutinho E, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med.* 2005;35:1485-92.
7. Patel V, Rodrigues M, Desouza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):43-7.
8. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):148-54.
9. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín.* 2006;33(2):92-102.
10. Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ.* 2004;328(7443):820-3.
11. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:946-52.
12. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JAS. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(5):178-86.
13. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal AS, Figueiroa JN. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007;16(3):185-94.
14. Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev.* 2006;8(2):123-38.
15. Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):573-81.
16. Freitas GVS, Cais CFS, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17(6):336-42.
17. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. *BMC Public Health.* 2007;7(1):209-9.
18. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):122-5.
19. Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.com.br>. Acessado em: 20 jul. 2009.
20. Romano E, Zoccolillo M, Paquette D. Histories of child maltreatment and psychiatric disorder in pregnant adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(3):329-36.
21. Villanueva LA, Pérez-Fajardo MM, Iglesias LF. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex.* 2000;68:143-8.
22. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.
23. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
24. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799-804.
25. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(3):221-7.
26. Schramm J, Szwarcwald CL, Esteves MAP. Obstetrical in-patient care and hospitalization risks in hospitals in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2002;36:590-7.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
28. Pereira PK. Prevalência de depressão em gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
29. Organización Mundial de la Salud. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Ginebra; 1975.
30. Wittchen HU, Robbins LN, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry.* 1991;159:645-53.
31. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acessado em: 20 mar. 2006.

32. Kendler KS, Kessler R, Walters EE, Maclean CJ, Sham PC, Neale MC, et al. Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry*. 1995;152:833-42.
33. Macfarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267:3176-8.
34. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):610-6.
35. Browner WS. Publishing and presenting clinical research. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
36. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.
37. Pereira AIF, Canavarro MC, Mendonça DV, Cardoso MF. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study between Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*. 2005;40(159):655-71.
38. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*. 2006;295(5):499-507.
39. Lopes C, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(6):1713-20.
40. Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.com.br>. Acessado em: 10 ago. 2009.
41. Taquette S, organizadora. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2007.
42. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pêrez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):877-85.
43. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11.
44. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Watts CH. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: World Health Organization; 2005.
45. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807.
46. Organização Mundial de Saúde. Violence against women: a priority health issue. WHO, 1997. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention. Acessado em: 15 maio 2009.
47. Szwarcwald CL, Bastos FI, Viacava F, De Andrade CL. Income inequality and homicide rates in Rio de Janeiro, Brazil. *Am J Public Health*. 1999;89:845-50.
48. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Geneva: World Health Organization; 2002.