

doi: 10.7213/psicol.argum.34.086.A007

Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes

An exploratory analysis about risk factors for psychological adjustment among pregnant women

Amanda Muglia Wechsler ^[a], Karoline Pereira dos Reis ^[b], Bruna Domingues Ribeiro^[c]

^[a] Doutora em Psicologia Clínica – Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro – SP – Brasil – amanda_wechsler@yahoo.com.br

^[b] Psicóloga pelo Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro – SP – Brasil – karolinee.reis@hotmail.com

^[c] Psicóloga pelo Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro – SP – Brasil – karolinee.reis@hotmail.com

Resumo

A gravidez é uma das fases de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas psicológicos. Algumas características sociodemográficas e obstétricas, bem como traços de personalidade e estratégias de enfrentamento empregadas durante este período podem facilitar ou dificultar o processo de ajustamento psicológico. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi explorar alguns fatores de risco que podem contribuir para o desajustamento psicológico de gestantes, assim como a incidência de sintomas ansiosos e depressivos nestes indivíduos, de modo a contribuir para delineamentos de pesquisas mais abrangentes. Recrutou-se uma amostra de conveniência de 30 gestantes que frequentavam uma Unidade Básica de Saúde e aplicou-se as Escalas Beck de Depressão e Ansiedade, a Escala Fatorial de Neuroticismo e um questionário sócio-demográfico. Os resultados obtidos evidenciaram níveis clínicos de ansiedade em 16,7% da amostra e de depressão em 10%. Também verificou-se que uma maior escolaridade das participantes e uma maior participação dos pais na preparação para o parto apresentavam uma relação estatisticamente significativa com menores níveis de ansiedade e depressão das gestantes, respectivamente. Por outro lado, a estratégia de enfrentamento de conversar com um profissional da saúde revelou moderar a

relação entre a escolaridade e os níveis de depressão das participantes; já o neuroticismo moderou a relação entre depressão e idade, e entre depressão e número de semanas de gestação. Conclui-se sobre a importância da elaboração de protocolos de intervenção psicológica direcionados a grupos de gestantes em risco psicológico.

Palavras-chave: adaptação psicológica; gestação; fatores de risco; cuidado pré-natal.

Abstract

Pregnancy is one of the most vulnerable periods concerning the development of psychological problems. Some social-demographic and obstetric characteristics, as well as personality traits and coping strategies during pregnancy may facilitate or hinder the psychological adjustment process in this stage. Thus, the aim of this research was to explore some risk factors that may contribute to psychological problems among pregnant women, and the incidence of anxious and depressive symptoms in these individuals, in order to contribute to broader research designs. We recruited a convenience sample of thirty pregnant women in a Brazilian Health Unit and applied the Beck Anxiety and Depression Scales, the Neuroticism Factorial Scale and a social-demographic questionnaire. Our results evidenced clinical levels of anxiety in 16,7% of the sample and depression in 10% of it. We also found that higher levels of schooling and more participation of the fathers in the labor preparation process were significantly associated to lower levels of anxiety and depression in the participants, respectively. On the other hand, the coping strategy of talking to a health professional functioned as a moderator between schooling and depression; as neuroticism moderated the relation involving age and depression and between depression and number of weeks of gestation. Our conclusions highlight the importance to design psychological intervention protocols aimed at groups of pregnant women who are at psychological risk.

Keywords: *psychological adaptation; pregnancy; risk factors; prenatal care.*

Introdução

A gravidez é uma fase de transição do desenvolvimento humano que implica em uma série de transformações físicas, psíquicas e socioeconômicas (Maldonado, 2002). Em função destas modificações, é uma das fases de maior vulnerabilidade a problemas psicológicos, considerando que muitas vezes as gestantes não contam com condições psicossociais propícias para adaptar-se a este novo papel (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó Jr., 2010).

Uma boa adaptação às mudanças intrínsecas ao processo gestacional, bem como baixos níveis de ansiedade e depressão durante este período estão relacionados a um ajustamento psicológico adequado, segundo Ontiveros-Pérez e López-España (2010). O termo ajustamento psicológico refere-se uma postura dinâmica e funcional frente às demandas da vida, com comportamentos pró-sociais, sentimentos de bem-estar e baixos níveis de problemas psicossociais (Reppold, 2005).

Algumas características da gestante podem contribuir para a ocorrência de problemas de ajustamento psicológico, tais como: baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, estado civil solteiro (Fall, Goulet & Vézia, 2013), histórico de transtornos psiquiátricos (Aktan, 2012), pouca idade e pouca identificação com o papel de mãe (Ontiveros-Pérez & López-España, 2010). Fatores ambientais também podem estar relacionados a um desajustamento psicológico durante a gestação, como: pouco suporte social e familiar (Le Strat, Dubertret & Le Foll, 2011), relação conjugal pouco satisfatória e acontecimentos cotidianos estressantes (O'Hara & Swain, 1996).

Além destas variáveis, traços de personalidade também parecem ter influência na adaptação ao papel maternal e na resistência aos estressores. Dentre eles, o neuroticismo parece ter relação considerável com a instabilidade emocional e sensações de mal-estar

(Zanon & Hutz, 2009). Assim, alguns estudos demonstram que o neuroticismo funcionaria como um moderador entre o desajustamento psicológico e características sociodemográficas (Engelhard, Van Den Hout & Kindt, 2003) ou como um preditor de depressão na gestação (Bunevicius et al., 2009) e no puerpério (Lee, Yip, Leung & Chung, 2000).

Outros moderadores importantes são as estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas durante a gravidez. Estas são concebidas como esforços direcionados à adaptação a situações adversas ou estressantes (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). A mobilização de estratégias de enfrentamento menos adaptativas durante a gravidez pode resultar em níveis mais elevados de desajustamento psicológico (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998). Já o uso de estratégias mais adaptativas (como a busca de informações e de apoio social) pode neutralizar o efeito de fatores sociodemográficos e obstétricos considerados de risco (Pereira, Santos & Ramalho, 1999).

Contudo, apesar destas constatações, a literatura sobre o ajustamento psicológico de gestantes é escassa, e poucos são os estudos brasileiros que procuram identificar variáveis envolvidas em quadros de desajustamento psicológico durante este período. Supõe-se que características específicas da realidade brasileira possam interferir no processo de adaptação à gravidez e desencadeiem problemas psicológicos e obstétricos no pré e pós-natal. Neste sentido, algumas pesquisas demonstram que problemas de ajustamento psicológico são fatores de risco para complicações obstétricas (Conde & Figueiredo, 2003), perturbações psiquiátricas pós-parto (Pereira et al., 1999), baixo peso do bebê ao nascer (Araújo, Vilarim, Sabroza & Nardi, 2010) e problemas comportamentais na infância (Bunevicius et al., 2009).

Portanto, a identificação de componentes que indiquem o possível desenvolvimento de psicopatologias durante a gestação pode auxiliar na prevenção destas problemáticas associadas e na elaboração de políticas públicas voltadas para grupos que estejam em risco psicológico. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo explorar alguns fatores de risco para o desajustamento psicológico de uma amostra de gestantes brasileiras, bem como a incidência de sintomas ansiosos e depressivos, de modo a contribuir com futuros estudos mais abrangentes.

Método

Participantes

Foi utilizada uma amostra por conveniência de 30 gestantes, com idades acima de 18 anos e frequentadoras de Unidades Básicas de Saúde públicas do município de Bebedouro (São Paulo). Foram excluídos sujeitos adolescentes, com gestação de risco ou com histórico psiquiátrico conhecido.

Instrumentos

Para medir o ajustamento psicológico das participantes foram utilizados os Inventários Beck de Ansiedade e Depressão (BAI e BDI). Para analisar a influência de variáveis sócio demográficas e obstétricas e de estratégias de enfrentamento e neuroticismo no ajustamento das gestantes foram empregados a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e um questionário sócio demográfico. Todos estes instrumentos estão descritos a seguir.

- Inventário de Ansiedade Beck - BAI

O Inventário BAI mede a ansiedade física, cognitiva e afetiva do indivíduo através de 21 itens, dispostos em formato Likert (0 a 3 pontos). Considera-se que de 0 a 9 pontos não há indicativos de ansiedade, de 10 a 19 há ansiedade leve, de 20 a 30 ansiedade moderada e acima deste valor, ansiedade severa. A consistência interna da versão brasileira é de 0.90 e as análises com a amostra deste estudo mostraram um alpha de Cronbach similar ao do manual, de 0.88. – não é necessário, pois já é um instrumento bastante utilizado e aprovado pelo CFP

- Inventário de Depressão Beck - BDI II

O Inventário Beck de Depressão mede a presença e intensidade de sintomas depressivos em adultos. Tal instrumento contém 21 itens, graduados de 0 a 3. Na versão brasileira, uma pontuação menor ou igual a 11 pontos indica ausência de depressão; entre 12 e 19 se considera que há depressão leve; entre 20 a 35 depressão moderada e acima disso, depressão grave. A consistência interna do instrumento oscila entre 0.79 e 0.91. Neste estudo, obteve-se um alpha de Cronbach de 0.77.

- Bateria Fatorial de Personalidade – BFP

Este instrumento inclui as seguintes dimensões de personalidade: Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura. Para este estudo, utilizou-se somente a escala geral de Neuroticismo, composta por 29 itens distribuídos em quatro subescalas: Vulnerabilidade (9 itens), Instabilidade (6 itens), Passividade (6 itens) e Depressão (8 itens). Cada item da escala de Neuroticismo está disposto em uma escala Likert, com graus que variam de 1 a 7. O manual sugere que os percentis entre 0 a 29 sejam considerados indicativos de níveis baixos de neuroticismo, entre 30 a 70 médios, e acima de 71 altos ou muitos altos. A precisão por alpha de Cronbach do instrumento original é de 0.89 na escala geral de Neuroticismo e a deste estudo também foi de 0.89.

- Questionário sócio demográfico e obstétrico

Os dados sociodemográficos e obstétricos das participantes foram obtidos a partir de questionário elaborado pelas pesquisadoras com base no instrumento construído por Silva (2008), contemplando: idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e número de pessoas que dividem a renda. A renda per capita das participantes foi calculada a partir da divisão do total da renda familiar pelo número de pessoas que dividem a renda. Quanto aos dados obstétricos, verificou-se o número de gestações anteriores, o número de abortos anteriores sofridos, o planejamento da gravidez, o número de semanas de gestação e o número de consultas pré-natais realizadas até o momento do recrutamento.

Neste questionário também foram investigadas as possíveis causas que as gestantes atribuíam para as suas alterações emocionais, o grau de envolvimento do pai da criança na gestação e as estratégias de enfrentamento que as participantes utilizavam durante o período gravídico. Todas estas perguntas estavam dispostas em formato dicotômico (sim/não).

Procedimento

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos e a coleta de dados ocorreu durante todo o ano de 2014. As participantes da pesquisa foram abordadas em suas residências durante a visita da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS). Duas estagiárias de Psicologia acompanharam a equipe e explicaram às gestantes os objetivos da pesquisa, depois de verificar se possuíam os critérios de inclusão.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram aplicados oralmente em todas as participantes, devido à dificuldade de entendimento das questões. Os instrumentos foram aplicados na mesma ordem com todas as participantes (a saber: questionário sociodemográfico, BAI, BDI e BFP), de forma a não enviesar os resultados em função do cansaço dos sujeitos.

Análise dos dados

Para a análise univariada dos dados, foram utilizadas a frequência, a média e o desvio padrão. Para as análises bivariadas, foi realizada uma divisão das participantes em quatro grupos, agrupados dois a dois: as que apresentavam ansiedade (n=14) vs. as que não apresentavam (n=16) e participantes com depressão (n=15) vs. sem depressão (n=15). Estes agrupamentos foram definidos a partir dos pontos de corte oferecidos nos manuais das Escalas Beck (acima de 10 e 11 pontos considera-se a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva, respectivamente).

Foram estruturados como variáveis binárias (dummies) os fatores relacionados com as alterações emocionais, o suporte providenciado pelo pai do bebê e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes, de acordo com a sua presença ou ausência. Optou-se por estas categorizações com vistas a otimizar os testes estatísticos em função do tamanho amostral utilizado neste estudo.

A fim de verificar se os grupos que apresentavam ansiedade ou depressão diferiam dos grupos sem ansiedade e depressão com relação às variáveis sócio demográficas e obstétricas, procedeu-se a uma análise não-paramétrica com o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Já para as análises com as variáveis binárias, foram calculadas as odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%, o Teste do χ^2 , testes de Fisher e de Pearson.

Para verificar os efeitos de moderadores (estratégias de enfrentamento empregadas e neuroticismo) na relação com as variáveis sociodemográficas e obstétricas e seu impacto no ajustamento psicológico das gestantes, foi empregada uma regressão hierárquica múltipla. Nesta análise, as variáveis foram codificadas como dummies e utilizou-se as pontuações brutas de ansiedade e depressão. Em todas as análises foi adotado como nível de significância $\alpha=0,05$, usando-se o software SPSS versão 19.

Resultados

As características sócio demográficas e obstétricas das participantes estão dispostas na Tabela 1. Uma análise geral do ajustamento psicológico das participantes revelou que 46,7% da amostra manifestava ansiedade, sendo que 16,7% apresentava ansiedade moderada ou grave. Também foi observado que 50% da amostra apresentava depressão, atendendo-se para o fato de que 10% das participantes exibiam sintomatologia depressiva moderada ou severa.

Ao analisar a relação entre as variáveis sócio demográficas e obstétricas com o ajustamento das gestantes, verificou-se que as participantes com maior escolaridade (nível médio ou superior) apresentavam níveis significativamente menores de ansiedade (exp. (B) <1) que as participantes com nível fundamental (vide Tabela 1). Não se constataram associações estatisticamente significativas com as demais variáveis.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e obstétricas contínuas e binárias e sua associação com a ansiedade e depressão da amostra do estudo (n=30).

Variáveis contínuas	M	DP	Ansiedade		Depressão	
			U	p	U	p
Idade (anos)	28,00	5,00	91,50	0,42	103,50	0,71
Renda per capita	1,16	0,89	109,00	0,95	99,50	0,58
Número gestações	1,67	1,00	92,00	0,37	108,00	0,83
Número abortos	0,07	0,25	108,50	0,85	112,50	0,99
Semanas gestação	24,30	8,38	104,00	0,78	96,50	0,50
Variáveis binárias	N	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Escolaridade						
Fundamental	7	23,3	1	0,03	1	0,99
Médio/superior	23	76,7	0,09 (0,01-0,88)		0,69 (0,12-3,79)	
Estado Civil						
Sem parceiro	23	76,7	1	0,40	1	0,39
Com parceiro	7	23,3	2,73 (0,44-17,05)		3,25 (0,52-20,37)	
Gravid. Planejada						
Não	8	26,7	1	0,69	1	0,68
Sim	22	73,3	0,60 (0,11-3,15)		2,00 (0,38-10,51)	
Cons. pré-natais						
Menos de 6	19	63,3	1	0,51	1	0,27
Mais de 6	11	36,7	1,65 (0,37-7,36)		0,42 (0,09-1,92)	

M=Média; DP= Desvio Padrão; U= U de Mann-Whitney. Estado civil sem parceiro= separadas, divorciadas, solteiras ou viúvas; Estado civil com parceiro= casadas ou amasiadas; Gravid. planejada= gravidez planejada; Cons. pré-natais = número de consultas pré-natais realizadas até o momento do recrutamento.

Na Tabela 2 estão descritos os fatores relatados pelas gestantes como responsáveis por suas alterações emocionais. Observa-se que a maioria da amostra relatou que a chegada da hora do parto (80%) e as mudanças corporais (73,3%) eram os fatores que mais contribuíam. No entanto, nenhum dos fatores investigados demonstrou relação estatisticamente significativa com os níveis de ansiedade e depressão da amostra.

Tabela 2. Descrição dos fatores responsáveis por alterações emocionais na gravidez e sua associação com a ansiedade e depressão da amostra do estudo (n=30).

Fatores	n	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Consultas pré-natais						
Sim	11	36,7	0,93 (0,21-4,11)	0,92	0,75 (0,17-3,33)	0,70
Não	19	63,3	1		1	
Espera dos resultados de exames						
Sim	20	66,7	0,23 (0,04-1,18)	0,12	1,00 (0,22-4,56)	0,99
Não	10	33,3	1		1	
Mudanças corporais						
Sim	22	73,3	3,60 (0,59-21,93)	0,27	0,23 (0,04-1,41)	0,21
Não	8	26,7	1		1	
Chegada da hora do parto						
Sim	24	80,0	5,91 (0,60-58,48)	0,17	1,00 (0,17-5,98)	0,99
Não	6	20,0	1		1	
Não reconhecer sintomas do parto						
Sim	10	33,3	0,67 (0,14-3,11)	0,71	1,00 (0,22-4,56)	0,99
Não	20	66,7	1		1	

Fatores	n	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p
Local do parto						
Sim	10	33,3	1,22 (0,27-5,59)	0,99	1,00 (0,22-4,56)	0,99
Não	20	66,7	1		1	
Dúvidas sobre saúde do bebê						
Sim	20	66,7	0,44 (0,09-2,09)	0,44	1,00 (0,22-4,56)	0,99
Não	10	33,3	1		1	
Dúvidas sobre aspecto físico do bebê						
Sim	21	70,0	1,14 (0,24-5,46)	0,99	2,67 (0,52-13,65)	0,43
Não	9	30,0	1		1	
Falta de informações sobre gestação ou parto						
Sim	7	23,3	1,73 (0,31-9,57)	0,67	0,69 (0,12-3,79)	0,99
Não	23	76,7	1		1	
Conciliar trabalho com maternidade						
Sim	12	40,0	4,00 (0,85-18,83)	0,07	1,75 (0,40-7,66)	0,46
Não	18	60,0	1		1	

Em relação ao impacto da participação dos pais durante a gravidez no ajustamento psicológico das participantes, a maioria das gestantes relatou que os pais de seus bebês

contribuíam financeiramente (90%) e demonstravam preocupação com elas (86,7%), vide Tabela 3. Nas análises bivariadas, verificou-se um efeito marginalmente significativo ($p=0,06$) entre uma maior participação dos pais na preparação para o parto e uma menor quantidade de sintomas depressivos nas gestantes ($\text{exp. (B)} < 1$).

Tabela 3. Descrição da participação do pai durante a gestação e sua associação com a ansiedade e depressão da amostra do estudo ($n=30$).

Participação do pai	n	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p
Compartilham atividades de lazer						
Sim	21	70,0	0,31 (0,06-1,59)	0,24	0,37 (0,07-1,92)	0,43
Não	9	30,0	1		1	
Dividem as atividades domésticas						
Sim	14	46,7	2,22 (0,51-9,61)	0,28	1,00 (0,24-4,20)	0,99
Não	16	53,3	1		1	
Ajuda na preparação para o parto						
Sim	19	63,3	0,61 (0,14-2,70)	0,51	0,22 (0,04-1,10)	0,06
Não	11	36,7	1		1	
Demonstra preocupação						
Sim	26	86,7	3,00 (0,27-32,75)	0,60	1,00 (0,12-8,21)	0,99
Não	4	13,3	1		1	
Acompanha nas consultas médicas						
Sim	9	30,0	0,88 (0,18-4,27)	0,99	0,18 (0,03-1,06)	0,11
Não	21	70,0	1		1	
Acompanha na realização de exames						
Sim	13	43,3	0,96 (0,23-4,10)	0,96	0,44 (0,10-1,92)	0,27
Não	17	56,7	1		1	
Contribui financeiramente				0,99		
Sim	27	90,0	1,86 (0,15-23,00)		0,46 (0,04-5,75)	0,99
Não	3	10,0	1		1	

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas participantes durante a gravidez foram: conversar com amigos (100%) e realizar passeios (83,3%). Entretanto, nenhuma das estratégias pesquisadas demonstrou relação estatisticamente significativa com o ajustamento psicológico das gestantes (vide Tabela 4).

Tabela 4. Descrição das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes durante a gestação e sua associação com a ansiedade e depressão (n=30).

Estratégias de enfrentamento	n	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Prática atividade física						
Sim	6	20,0	0,50 (0,07-3,26)	0,66	1,00 (0,17-5,98)	0,99
Não	24	80,0	1		1	
Conversa com amigos						
Sim	30	100,0	--	---	--	
Não	0	0,0	--		--	
Conversa com o pai do bebê						
Sim	27	10,0	1,86 (0,15-23,00)	0,99	0,46 (0,04-5,75)	0,99
Não	3	90,0	1		1	
Conversa com um profissional da saúde						
Sim	13	43,3	0,56 (0,13-2,41)	0,43	1,31 (0,31-5,58)	0,71
Não	17	56,7	1		1	
Lê livros ou revistas						
Sim	15	50,0	0,58 (0,14-2,48)	0,46	0,25 (0,05-1,14)	0,07
Não	15	50,0	1		1	

Estratégias de enfrentamento	n	%	Ansiedade		Depressão	
			OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	P
Ouve música						
Sim	24	80,0	0,36 (0,05-2,34)	0,38	0,42 (0,06-2,77)	0,65
Não	6	20,0	1		1	
Assiste televisão						
Sim	2	6,7	---	0,21	--	0,48
Não	28	93,3	--		--	
Faz uso de medicação						
Sim	0	0,0	--	---	--	---
Não	30	100,0	--		--	
Faz passeios						
Sim	25	83,3	0,52 (0,07-3,70)	0,64	0,61 (0,09-4,34)	0,99
Não	5	16,7	1		1	
Busca informações sobre gestação e/ou parto						
Sim	21	70,0	0,31 (0,06-1,59)	0,24	0,37 (0,07-1,92)	0,43
Não	9	30,0	1		1	

Apesar de não ter sido encontrado um efeito direto das estratégias de enfrentamento sobre os níveis de depressão das gestantes, foi detectado um efeito moderador destas estratégias. Especificamente com relação à estratégia de conversar com um profissional da saúde, observou-se um efeito moderador desta estratégia entre a escolaridade e a depressão das participantes, aumentando o valor explanatório do modelo em 15% (R²), de acordo com o explicitado na Tabela 5. Assim, quando uma maior escolaridade é combinada com conversas com profissionais de saúde, a depressão tende a ser significativamente reduzida (p=0,03).

O neuroticismo também parece ter um papel importante no ajustamento psicológico das gestantes. Foram observados índices acima da média deste traço de personalidade em 50% da amostra, estando positivamente correlacionados com a sintomatologia ansiosa das participantes (r=0,39; p=0,03), mas não com os sintomas depressivos (r=0,25; p=0,18). Apesar disto, os traços de personalidade neurótica possuem um efeito moderador estatisticamente significativo entre a depressão e a idade, e entre a depressão e o número de semanas da gestação das participantes (vide Tabela 5). O neuroticismo explica um acréscimo de 17% de variância na relação entre a idade e a depressão e de 19% na relação entre semanas de gestação e depressão. Portanto, quando uma menor idade e um menor tempo de gestação são combinados com baixos níveis de neuroticismo, a depressão das participantes é significativamente reduzida.

Tabela 5 – Efeito moderador da estratégia de enfrentamento de conversar com profissional da saúde na interação entre escolaridade e depressão e efeito moderador do neuroticismo na interação entre idade e depressão e semanas de gestação e depressão da amostra de estudo (n=30)

Variáveis	B	EP B	IC 95%	B	R ²
Passo 1					
Escolaridade	-5,52	2,97	-11,61 – 0,57	-0,34	0,12
Conversar com prof. saúde	-0,08	2,53	-5,27 – 5,12	-0,01	
Passo 2					
Escolaridade X Conv. prof. saúde	-12,79	5,51	-24,13 – -1,46	-0,85**	0,15**
Variáveis	B	EP B	IC 95%	B	R ²
Passo 1					
Idade	-0,10	0,25	-0,61 – 0,40	-0,08	0,07
Neuroticismo	1,62	1,15	-0,74 – 3,99	0,27	
Passo 2					
Idade X Neuroticismo	0,48	0,20	0,08 – 0,89	2,98**	0,17*
Variáveis	B	EP B	IC 95%	B	R ²
Passo 1					
Semanas de gestação	-0,07	0,15	-0,38 – 0,25	-0,08	0,07
Neuroticismo	1,52	1,12	-0,77 – 3,81	0,25	
Passo 2					
Sem. gestação X Neuroticismo	0,33	0,13	0,07 – 0,59	1,80**	0,19**

Conv. prof. saúde= Conversar com profissional da saúde; Sem. Gestação = semanas de gestação; Codificação utilizada: 0= Ensino fundamental; 1= Ensino médio/ superior. *p<0,10; ** p< 0,05

Discussão

A presença de sintomas ansiosos e depressivos durante a gestação já se encontra bem estabelecida na literatura (Correia & Linhares, 2007; e Pereira & Lovisi, 2008). Contudo, sua incidência não é consenso. Neste estudo, a sintomatologia ansiosa esteve presente em 46,7% da amostra e a depressiva em 50%, taxas similares às de Sainz-Aceves, Ureña, Contreras, Magaña e Romero (2013), que relataram uma incidência de ansiedade em 50,5% da amostra e de depressão em 67%.

Apesar disto, somente 16,7% e 10% das gestantes deste estudo apresentaram níveis clínicos de ansiedade e depressão, respectivamente. Estas taxas estão abaixo do constatado em pesquisas com gestantes brasileiras: no estudo de Baptista, Baptista e Torres (2006), verificou-se que 84,1% da amostra apresentava depressão e 29,5%, ansiedade; já na de Faisal-Cury e Menezes (2007), 45,3% da amostra apresentava ansiedade e 19,6% tinha níveis clínicos de depressão. Por outro lado, tais taxas são equivalentes às de gestantes provenientes de países desenvolvidos. Em pesquisas realizadas por Fall et al. (2013) e Le Strat et al. (2011), 11,9% e 12,4% das amostras possuíam depressão maior, respectivamente; já na revisão de literatura realizada por Pereira e Lovisi (2008), constatou-se que as taxas de depressão gestacional em países desenvolvidos variaram entre 10% a 15%. Possivelmente as taxas obtidas nesta pesquisa se assemelharam às destes países porque o município de coleta de dados possui alto Índice de Desenvolvimento Humano, em comparação com outras cidades brasileiras (IBGE, 2015).

Os baixos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa encontrados neste estudo podem ser função da estratégia de enfrentamento utilizada pelas participantes: a comunicação com os profissionais de saúde. Quando aliadas a uma maior escolaridade das gestantes, as conversas com os profissionais de saúde, nas quais as pacientes sanam suas dúvidas e compartilham suas angústias, servem como importante estratégia para reduzir seus níveis de depressão. Por outro lado, uma baixa escolaridade possivelmente dificulta a comunicação com os profissionais de saúde, fazendo com que esta relação não resulte em um decréscimo de sintomas emocionais.

A baixa escolaridade, por si só, também foi constatada como um fator de risco para a presença de níveis clínicos de ansiedade nas gestantes deste estudo, resultado semelhante aos encontrados por Jeong et al. (2013) e Le Strat et al. (2011). De forma geral, sabe-se que uma baixa escolaridade é um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na população (Santos & Siqueira, 2010), o que foi sugerido na presente pesquisa.

Por outro lado, a participação dos pais na preparação para o parto mostrou ser um fator de proteção à sintomatologia depressiva da amostra de gestantes estudada. Desta forma, sugere-se que o suporte dado pelo companheiro atua de forma a minimizar os estressores presentes na gravidez (Pereira et al., 1999) e aumentar a adesão da paciente às recomendações médicas (Martin, McNamara, Milot, Halle & Hair, 2007). Ademais, em concordância com Aktan (2012), ressalta-se que a percepção do apoio e envolvimento do parceiro, mais do que o estado civil em si, pode explicar os índices de depressão das gestantes.

Com relação ao neuroticismo, este tende a ser um fator de risco para o desenvolvimento de Transtornos afetivos, ansiosos e de Estresse Pós-Traumático no pré e pós-parto (Bunevicius et al., 2009; Engelhard et al., 2003). Neste estudo, confirmou-se que o tipo de

personalidade neurótica está fortemente associado à presença de sintomatologia ansiosa das gestantes. O fato de 50% da amostra ter apresentado neuroticismo acima da média e deste traço de personalidade ser um preditor da depressão pós-parto (Lee et al., 2000; O'Hara & Swain, 1996), revela a necessidade de uma atenção psicológica específica para esta população.

O neuroticismo também exerce uma função mediadora ao relacionar-se com a idade e o período da gestação. Apesar destas variáveis isoladas não exercerem um papel significativo nos níveis depressivos das participantes, quando combinadas com uma personalidade neurótica, tem influência estatisticamente significativa em seu ajustamento psicológico. Neste sentido, o presente estudo confirma os resultados relatados por Bunevicius et al. (2009), que encontraram uma relação entre a depressão de gestantes e altos níveis de neuroticismo.

Tal traço de personalidade, como verificado nesta pesquisa, se constitui um fator de risco principalmente em gestantes com maior idade e/ou com maior tempo de gestação. Supõe-se que mulheres mais velhas e que possuem maiores índices de neuroticismo apresentem maior depressão devido às pressões sociais por engravidar e aos temores de complicações obstétricas (Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008). Da mesma forma, entende-se que mulheres com maior tempo de gestação e personalidade neurótica encontrem-se mais deprimidas em função dos preparativos para o parto e das expectativas com relação ao bebê (Rodrigues & Schiavo, 2011). No entanto, o papel mediador do neuroticismo entre variáveis demográficas/ médicas e o ajustamento psicológico de gestantes ainda é pouco investigado na literatura científica, e mais estudos são necessários a fim de esclarecer a função deste traço de personalidade no contexto obstétrico.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo fazer uma análise exploratória sobre possíveis fatores de risco associados à presença de ansiedade e depressão em uma amostra de gestantes, assim como investigar a incidência destes sintomas. Os resultados sugerem uma sintomatologia clínica abaixo do encontrado em outras pesquisas brasileiras, o que sinaliza que mais estudos são necessários, principalmente controlando os efeitos de escolaridade e nível socioeconômico, que não costumam ser relatados em grande parte das publicações.

Uma importante inovação desta pesquisa foi medir o nível de neuroticismo e verificar o seu papel como moderador no ajustamento psicológico das participantes. Os resultados obtidos mostraram a interação deste traço de personalidade com as características sociodemográficas e médicas da amostra. Fatores de risco importantes para o desenvolvimento de depressão gestacional também foram observados, ressaltando a necessidade de mais pesquisas que investiguem estas variáveis, com amostras maiores e em diversas regiões brasileiras.

Implicações clínicas relevantes podem ser derivadas deste estudo. Os níveis elevados de neuroticismo em metade da amostra e a importância da participação dos companheiros durante a gestação sinalizam a necessidade de atenção psicológica a esta população. Apesar da participação dos pais antes e durante o parto ser direito assegurado à mulher brasileira, observa-se que não há acompanhamento e orientação psicológica a eles

sobre comportamentos colaborativos que possam reduzir os níveis de ansiedade/depressão de suas companheiras.

Além disto, ao observar que as conversas com os profissionais de saúde reduzem significativamente os níveis de depressão em gestantes com maior escolaridade, a presente pesquisa sugere a urgência de um maior preparo e conscientização destes profissionais acerca da humanização no acompanhamento pré-natal. Também se recomenda maior treinamento por parte destes profissionais para dialogar adequadamente com pacientes que possuem menor escolaridade, possibilitando assim que estes também se beneficiem deste contato.

Por ser uma pesquisa exploratória, algumas limitações podem ser apontadas, tais como o tamanho amostral, o uso de uma amostra de conveniência não-aleatória, o local de recrutamento e a falta de uso de instrumentos específicos para a população gestante. Além disto, todos os instrumentos utilizados foram de auto-relato, o que é uma problemática importante em populações com baixa escolaridade, como sinalizaram Pereira e Lovisi (2008). Apesar da aplicação dos testes ter sido realizada oralmente, com vistas a melhorar o entendimento das participantes sobre as questões, tal tipo de aplicação pode ter produzido efeitos de desejabilidade social. Entretanto, devido à carência de instrumentos psicológicos normatizados para a população brasileira, optou-se pelos que tinham melhores propriedades psicométricas.

Portanto, os resultados obtidos neste estudo não são conclusivos e mais pesquisas são necessárias a fim de investigar com mais profundidade os fatores aqui explorados. Assim, sugere-se que estudos futuros utilizem amostras maiores e mais abrangentes, além de delineamentos longitudinais, de modo a elucidar a função do neuroticismo durante todo o período gravídico-puerperal. Também são necessários mais trabalhos que expandam a compreensão sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes brasileiras, já que as publicações nesta área são escassas. Ressalta-se também a importância de elaboração e/ou validação de instrumentos de avaliação psicológica específicos para esta população. Por último, pesquisas sobre programas de intervenção para gestantes em risco psicológico também são fundamentais, visto que pouco se sabe sobre formatos e técnicas psicológicas eficazes para estas pacientes.

Referências

- Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21 (2), 183-194. doi: 10.1177/1054773811426350.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3 (2), 273-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.
- Araújo, D. M. R., Vilarim, M. M., Sabroza, A. R. & Nardi, A. E. (2010). Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (2), 219-227. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>.

- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC*, 7 (1), 39-48. Retrived from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>.
- Bunevicius, R., Kusminkas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K. & Pop, V. J. M. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88 (5), 599-605. doi: 10.1080/00016340902846049.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. & Rennó Jr, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (6), 278-284. Retrived from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n6/288.htm>.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209. doi: <http://hdl.handle.net/1822/4217>.
- Correia, L. L. & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 677-683. doi: 10.1590/S0104-11692007000400024.
- Engelhard, I. M., den Hout, M. A. & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35 (2), 381-388. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00200-3.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (1), 25-32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6.
- Fall, A., Goulet, L. & Vézina, M. (2013). Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *Springerplus*, 2 (1), 201. doi:10.1186/2193-1801-2-201.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12 (1), 99-106. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i1.5242>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015). Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br. Consultado em 10/03/2015.
- Jeong, H., Lim, J., Lee, M., Kim, S., Jung, I. & Joe, S. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: Focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry*, 35 (4), 354-358. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.02.009.
- Le Strat, Y., Dubertret, C. & Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135 (1-3), 128-138. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.004.

- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Leung, T. Y. S. & Chung, T. K. H. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medicine Journal*, 6 (4), 349-354. Retrived from: <http://www.hkmj.org/abstracts/v6n4/349.htm>.
- Maldonado, M. T. (2012). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16a ed. São Paulo: Editora Saraiva, 229 p.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74 (3), 735-752. doi: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.74.3.735>.
- Martin, L. T., McNamara, M. J., Milot, A. S., Halle, T. & Hair, E. C. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*, 11 (6), 595-602. doi 10.1007/s10995-007-0209-0.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816.
- Ontiveros-Pérez, M. & López-España, J. T. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27 (2), 92-98. Retrived from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>.
- Pereira, M. G., Santos, A. C. & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. Comunicação apresentada no Congresso de Medicina Familiar, Viseu; Congresso de Psicologia da Saúde, Áustria.
- Pereira, P. K. & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (4), 144-153. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
- Reppold, C. T. (2005). Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33 (9), 252-257. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>.
- Sainz-Aceves, K. G., Ureña, B. E. C., Contreras, M. E. D., Magaña, M. A. S. & Romero, M. A. R. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20 (1), 25-27.
- Santos, E. G. & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 238-246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>.

Silva, S. C. F. (2008). Ansiedade da mulher no último trimestre de gravidez. Monografia (Licenciatura em Enfermagem). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

Zanon, C. & Hutz, C. S. (2009). Relações entre bem-estar subjetivo, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 118-127. Retrieved from:
<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/86/52>.

Recebido / Received: 21/03/2016

Aprovado / Approved: 30/10/2016