

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
11(4): 234-42
out.-dez. 2015
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i4p225-233

Artigo Original

A DEPRESSÃO EM GESTANTES NO FINAL DA GESTAÇÃO

Valéria Feitosa de Sousa Moura¹
Luiz Jorge Pedrão²
Adrielle Cristina Silva Souza³
Rafaela Peres Boaventura³

Trata-se de um estudo quantitativo que objetivou verificar a existência de quadros depressivos em gestantes. Realizaram-se entrevistas e Inventário de Depressão de Beck, aplicados a 42 gestantes com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas. Obteve-se: 17% das gestantes tinham sinais indicativos de depressão e 7% disforia. Percebeu-se que, ter 35 anos ou mais, não ter companheiro, ter renda familiar baixa, ser negra e possuir emprego foram fatores de risco determinantes para a depressão. Nenhuma das gestantes que praticava atividades de lazer apresentou sinais indicativos de depressão, enquanto 20,6% que não desfrutavam destas atividades apresentaram depressão. Concluiu-se que, a depressão é uma realidade na vida das gestantes e o pré-natal é importante para detecção destes quadros.

Descritores: Depressão; Gestantes; Enfermagem Psiquiátrica.

¹ MSc, Enfermeira, Hospital e Maternidade Dona Regina, Palmas, TO, Brasil.

² Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Doutorandas, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Correspondência

Luiz Jorge Pedrão
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brazil
E-mail: lujope@eerp.usp.br

DEPRESSION AMONG PREGNANT WOMEN AT THE END OF PREGNANCY

The research can be described as a quantitative study which aimed to examine depressive patterns among pregnant women. Interviews were conducted as well as a Beck Depression Inventory, applied to 42 pregnant women with gestational age under 36 weeks. Obtained results: 17% of pregnant women had indicative signs of depression and 7% had dysphoria. During the research it was perceived that being 35 years or more, not having a partner, having a low family income, being black and having a job were risk factors and determinants for depression. None of the pregnant women who practiced recreational activities presented signs of depression, while 20.6% not enjoyed these activities showed depression. It is concluded that depression is a reality in the lives of pregnant women and prenatal care is important for the detection of these patterns.

Descriptors: Depression; Pregnant Women; Psychiatric Nursing.

LA DEPRESIÓN EN GESTANTES AL FINAL DEL EMBARAZO

Se trata de un estudio cuantitativo con objeto de verificar la existencia de cuadros depresivos en embarazadas. Fueron llevadas a cabo entrevistas y aplicado el Inventario de Depresión de Beck a 42 embarazadas con edad gestacional igual o superior a 36 semanas. Fueron encontrados: el 17% de las embarazadas tenía señales indicativas de depresión y 7% disforia. Se percibió que edad de 35 años o más, no tener pareja, renta familiar baja, ser negra y poseer empleo fueron factores de riesgo determinantes para la depresión. Ninguna de las embarazadas que practicaba actividades de ocio presentó indicativos de depresión, mientras el 20,6% que no disfrutaba de estas actividades presentaba depresión. Se concluye que la depresión es una realidad en la vida de las embarazadas y el prenatal es importante para detectar estos cuadros.

Descriptores: Depresión; Mujeres Embarazadas; Enfermería Psiquiátrica.

Introdução

Ao longo da história, a assistência à gestante voltou-se para a criação do recém-nascido (RN) saudável, assim, não eram tratadas as necessidades físicas e psicológicas da mãe⁽¹⁾. Porém, nos últimos tempos, consideram-se os fatores responsáveis pela mortalidade materna, como a multiparidade, baixa escolaridade, estado prévio de saúde da mulher (principalmente desnutrição e anemias), gestação na adolescência

e falta de planejamento familiar (orientação, no caso de gravidez de risco)⁽²⁾.

Atualmente, percebe-se a preocupação em pesquisar temas voltados à saúde da mulher, atentando-se para estas questões, que são consideradas prioritárias pelas equipes de saúde, mediante a busca de estratégias para oferecer melhor assistência à gestante. Entretanto, na literatura brasileira, poucos trabalhos foram encontrados sobre a ocorrência de transtornos mentais no decorrer do período gravídico-

puerperal, como a depressão⁽²⁾.

Desde a antiguidade existem registros sobre depressão, como o relato no velho testamento da história do Rei Saul, um dos mais antigos, onde descreve-se a síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ajax, na *Iliada* de Homero. Cerca de 400 a.C, Hipócrates fez os primeiros relatos de melancolia. No final do século XIX e início do século XX, os estudos desenvolvidos por Kraepelin contribuíram fundamentalmente para caracterização dos quadros de humor como entidades nosológicas⁽³⁾.

A gestação é um período de transição, parte do processo natural do desenvolvimento humano, que gera várias transformações no bem-estar da mulher, alterando seu psiquismo e, também, seu papel sociofamiliar⁽⁴⁾.

Quanto ao aparecimento de depressão em mulheres, o período gravídico-puerperal apresenta grande incidência de transtornos mentais, necessitando, portanto, de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, tanto da mulher quanto do filho, e prevenir dificuldades futuras⁽⁴⁻⁵⁾.

A gravidez é, efetivamente, um período crítico do ciclo vital da mulher, sendo uma situação que envolve transformações profundas, caracterizada por mudanças físicas, psíquicas e sociais. O pós-parto é considerado o período em que o sofrimento psíquico pode levar à depressão, constituindo-se na depressão pós-parto, que se manifesta com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, interferindo nas futuras relações interpessoais⁽⁴⁾.

Os transtornos mentais ocorridos na gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogênea. Estes transtornos incluem desde quadros transitórios até situações graves, que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante, feto e até para o companheiro⁽⁵⁾.

Desta forma, fica evidente que o cuidado prestado pelos profissionais da equipe de enfermagem é fundamental para a prevenção ou recuperação da depressão neste período de grande importância na vida da mulher. O enfermeiro deve oferecer orientação antecipada, avaliar continuamente a saúde mental das gestantes e das novas mães, oferecendo intervenções terapêuticas de enfermagem, além de fazer

encaminhamentos quando a resolução não estiver ao alcance de sua competência profissional, pois uma falha, mesmo que pequena, pode resultar em consequências cuja gravidade é difícil de pressupor⁽⁵⁾.

Sendo assim, este estudo mostra-se importante para que a partir da identificação de sua ocorrência, instituições e profissionais da saúde possam elaborar estratégias de prevenção e controle da depressão gestacional, resultando em benefícios para a qualidade do atendimento prestado, evitando despesas onerosas para o reestabelecimento da saúde e aperfeiçoando o atendimento oferecido à mulher e familiares.

Assim, este estudo buscou verificar a existência de quadros depressivos em gestantes no final da gestação, comparando gestantes com e sem sinais de depressão, em relação às variáveis idade, estado civil, cor da pele, renda, vínculo empregatício, doenças associadas, gravidez planejada e atividades de lazer.

Método

Estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal, com base em dados primários, visando avaliar a presença de sintomas depressivos em gestantes. O presente estudo foi realizado em uma maternidade de baixo risco no município de Ribeirão Preto, no ano de 2008. A amostra constituiu-se por 42 gestantes com idade gestacional igual ou acima de 36 semanas, atendidas na consulta de pré-natal da referida maternidade, em um período de 15 dias, estabelecidos para a realização da pesquisa. A delimitação deste período ocorreu devido ao retorno semanal à consulta de pré-natal, sendo a maioria as mesmas pacientes, saturando a amostra. Foram incluídas na pesquisa as gestantes que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas, alfabetizadas e que preencheram por completo dois instrumentos de coleta de dados propostos, sendo eles: um questionário, construído especificamente para as finalidades da presente pesquisa, contendo informações gerais sobre a gestante e o Inventário de Depressão de Beck⁽⁶⁻⁷⁾, sendo

um dos instrumentos mais aceitos, tanto para avaliação da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos, quanto para detecção da possibilidade de quadros depressivos em população considerada normal⁽⁸⁾.

Existem diferentes propostas de pontos de corte para distinguir o nível de depressão através do Inventário de Depressão de Beck⁽⁶⁾. As diretrizes são diferentes para amostras não diagnosticadas, escores acima de 15 para detectar disforia e escores acima de 20 para depressão. Os dados foram processados manualmente, dispostos em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se um banco de dados no Microsoft Office Access 2003.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e as gestantes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (protocolo número 0472/2006).

Resultados e Discussão

Ao comparar as gestantes com e sem sinais de depressão, verificou-se que 7% (3) das gestantes apresentavam disforia, compreendida como dor excessiva, angústia, agonia, agitação e inquietação e 17% (7) apresentaram depressão, definida como um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade⁽⁹⁾.

De modo geral, a depressão é uma doença muito frequente, acometendo de 10% a 20% da população, e estudos mostram que sua incidência está aumentando⁽¹⁰⁾. Destaca-se que, um estudo realizado com o objetivo de avaliar a associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, aplicando a escala de depressão de Edimburg, mostrou que 29,5% das mulheres apresentaram sintomatologia depressiva⁽¹¹⁾, constituindo, assim, um número maior do que o encontrado no presente estudo.

Em relação à idade das gestantes, variou entre 16 e 39 anos, considerando-se adolescentes

as gestantes com idade entre 16 e 19 anos, 21% da amostra; jovens, aquelas com idade entre 20 e 34 anos, 74% da amostra; e idosas gestacionais, aquelas com 35 anos ou mais, 5% da amostra. A gravidez na adolescência associa-se a um risco elevado de suicídio, tanto durante a gestação quanto no pós-parto e, paralelamente, maior incidência de depressão⁽¹²⁾.

Na adolescência, todas as mulheres apresentam crescimento acelerado de características sexuais e também enfrentam as etapas de desenvolvimento, como o estabelecimento da identidade, desenvolvimento da orientação sexual, emancipação da família e determinação da meta profissional. Algumas destas situações podem provocar grande estresse nesta fase e a gestação é um estresse adicional⁽¹³⁾.

Cruzando a idade das gestantes com indicativos de depressão, apenas 11,1% das adolescentes apresentavam estes sinais. A idade com maior risco de depressão, de acordo com a presente pesquisa, foi a faixa acima de 35 anos, 50% da amostra. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo, mostrando que a depressão foi mais frequente em gestantes adultas, com 46,5%, em relação às adolescentes, com 37,5%⁽⁴⁾.

Quanto ao estado civil, 46% das gestantes tinham união consensual, 31% solteiras, 21% casadas e 2% separadas. Apesar de 31% (13) serem solteiras, três (23,0%) delas tinham algum companheiro, mesmo não morando juntos, as demais, 10 (77%), não tinham nenhum tipo de companheiro oferecendo apoio durante este período.

Em relação às gestantes com sinais indicativos de depressão e presença de um companheiro, observou-se que 30% que não tinham companheiro apresentaram depressão, contra 12,5% daquelas com companheiro, que exibiram o referido transtorno, como mostra a Tabela 1. Um dos fatores de risco mais frequentemente associados à depressão na gestação é a falta de parceiro ou de suporte familiar e social⁽¹⁴⁾.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes com sinais indicativos de depressão em relação à presença de um companheiro. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008.

Companheiro	Sem depressão		Disforia		Depressão		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	27	84,4	1	3,1	4	12,5	32	100
Não	5	50,0	2	20,0	3	30,0	10	100

A maternidade onde realizou-se a pesquisa localizava-se em uma região da periferia e tinha como objetivo atender uma população com renda mais baixa, confirmado no presente estudo. A maioria das gestantes pesquisadas, 54,7% (23), relatou receber entre mais de um salário mínimo a cinco salários mínimos, 40,5% (17) tinham renda familiar menor ou igual a um salário mínimo e apenas 4,7% (2) das gestantes recebiam mais de cinco salários mínimos.

Como mostra a Tabela 2, as gestantes com renda menor, 35,3%, apresentaram risco

de depressão, enquanto aquelas com renda familiar acima de cinco salários mínimos não apresentaram sinais indicativos de depressão. Este resultado não indica que gestantes com maior estabilidade financeira não apresentem depressão. Este fato pode ter ocorrido devido à redução da amostragem em faixa salarial acima de cinco salários mínimos, mas, de certa forma, vai ao encontro dos resultados de outro estudo, que mostrou que os fatores de risco mais frequentemente associados à depressão na gestação foram as dificuldades econômicas⁽¹⁴⁾.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes com sinais indicativos de depressão em relação à renda familiar. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008.

Renda	Sem depressão		Disforia		Depressão		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor ou igual a um salário	10	58,8	1	5,9	6	35,3	17	100
Mais de um a cinco salários	20	87,0	2	8,7	1	4,3	3	100
Mais de cinco salários	2	100	-	-	-	-	2	100

Segundo a cor da pele das gestantes participantes da pesquisa, a maioria declarou-se branca, 57,1% (24), seguido por parda, 31% (13), e pele negra, 11,9%⁽⁴⁾.

A prevalência da depressão na gestação é maior em grupo de mulheres de baixa renda, negras e com baixo nível de escolaridade⁽¹⁴⁾, pelo fato da saúde mental das mulheres negras ser afetada por sua dupla condição, ou seja,

ser negra e mulher⁽¹⁵⁾. Contudo, a incidência exata de depressão em mulheres negras não está clara.

Na relação entre a presença de sinais indicativos de depressão e cor da pele, 40% das gestantes negras apresentaram depressão, enquanto que nenhuma das gestantes brancas apresentou sinais indicativos de depressão, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes com sinais indicativos de depressão em relação à cor da pele. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008.

Cor da pele	Sem depressão		Disforia		Depressão		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	23	95,8	1	4,2	-	-	24	100
Preta	3	60,0	-	-	2	40,0	5	100
Parda	7	53,8	2	15,4	4	30,8	13	100

No presente estudo, 33,3% (14) das gestantes trabalhavam fora de casa, como mostra a Tabela 4, e as demais, 66,7% (28), eram donas de casa. Uma variedade de empregos foi citada pelas gestantes, tais como: auxiliar de limpeza; camareira; doméstica; operadora de caixa; auxiliar de enfermagem; e promotor.

Na relação entre sinais indicativos de depressão e trabalho, verificou-se que 21,4% das gestantes que possuíam emprego apresentaram sinais indicativos de depressão, enquanto que 14,3% das gestantes que não possuíam emprego apresentaram sinais indicativos de depressão.

Até meados do século XX os valores para a mulher resumiam-se em casar, ter filhos, cuidar deles, do marido e dos afazeres de casa. Por uma série de circunstâncias, dentre elas os acontecimentos e situações provocadas pelas guerras mundiais, a mulher começou a perceber que era capaz de realizar outras tarefas, e isto

despertou outras necessidades, as quais deram origem a outros valores⁽¹⁶⁾.

Assim, a mulher vem conquistando seu espaço na sociedade e no campo profissional, ao lado do homem, porém, muitas mulheres não conseguiram obter o “meio-termo” em suas ações impostas pelo desenvolvimento do contexto atual. Conscientes de suas dificuldades sofrem pela impossibilidade de conciliar inteiramente suas funções tradicionais e profissionais, sentindo-se culpadas frente ao marido, filhos e ambiente profissional, recriminando-se por sua incapacidade de harmonizar todos os aspectos envolvidos nesta situação. Perante ao acúmulo de tarefas fica, então, suscetível a uma série de crises internas, podendo evoluir para o quadro depressivo⁽¹⁶⁾.

A Tabela 4 mostra que o acúmulo de responsabilidades pode ser um fator predisponente ao aparecimento de depressão.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes com sinais indicativos de depressão em relação a possuir um trabalho. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008.

Trabalho	Sem depressão		Disforia		Depressão		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	9	64,3	2	14,3	3	21,4	14	100
Não	23	82,1	1	3,6	4	14,3	28	100

Importante destacar que, a presente pesquisa foi realizada em uma maternidade de baixo risco, significando que a maioria das gestantes não apresentava comorbidades que se agravariam com a gestação ou seriam desencadeadas neste período, que pudessem colocar em risco tanto a vida da gestante quanto do feto. Apenas duas (5%) das 42 gestantes apresentavam algum tipo de doença, sendo que uma referiu ter asma e a outra hipertensão e diabetes.

Há uma alta incidência de depressão em pacientes internados por doenças não psiquiátricas. Este tipo de depressão passa despercebido em muitos casos, não sendo devidamente tratados. A depressão é encontrada em todos os níveis de gravidade de doenças não psiquiátricas, embora sua intensidade e frequência sejam maiores

entre os pacientes com doenças mais graves. Estudos sugerem que, cerca de um terço dos pacientes internados por problemas não psiquiátricos relatam sintomas de leves a moderados de depressão e até um quarto pode ter uma doença depressiva. A depressão, portanto, é acompanhante comum de muitas doenças⁽¹³⁾.

No presente estudo, relacionando doença com a presença de sinais indicativos de depressão, observou-se que 50% das gestantes que referiram ter algum tipo de doença apresentaram sinais indicativos desta psicopatologia, como mostra a Tabela 5, porém, a amostra das pacientes que referiram ter alguma doença foi pequena, pelo fato da maternidade do estudo ser de baixo risco, sendo necessários estudos com gestantes de alto risco para confirmação de tal relação.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes com sinais indicativos de depressão em relação à presença de alguma doença. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008.

Doença	Sem depressão		Disforia		Depressão		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	1	50,0	-	-	1	50,0	2	100
Não	31	77,5	3	7,5	6	15,0	40	100

Ao relacionar a ocorrência de transtorno mental com antecedentes familiares, quatro (9,52%) gestantes afirmaram ter histórico familiar de transtornos mentais, duas relataram que tais transtornos eram depressão e as outras duas não sabiam quais eram os tipos de transtornos. Porém, ao relacionar histórico familiar de transtorno mental com presença de sinais indicativos de depressão, não foi observada associação, visto que as gestantes que tinham na família pessoas com estes transtornos não apresentaram sinais indicativos de depressão.

O padrão de herança genética ocorre através de mecanismos complexos, sendo impossível excluir os efeitos psicossociais no desenvolvimento de transtornos mentais, exercendo papéis causativos no aparecimento dos transtornos de humor em algumas pessoas^(3,15).

A probabilidade de ter um transtorno de humor diminui à medida que se distancia o grau de parentesco⁽³⁾. Este fato pode ter ocorrido no presente estudo, visto que as gestantes não foram interrogadas sobre o grau de parentesco relacionado aos parentes que tinham algum histórico de transtorno mental. Outras hipóteses podem relacionar-se ao suporte familiar e social destas gestantes, que além dos fatores genéticos existem também os fatores psicossociais influenciando o desenvolvimento de quadros depressivos, ou, ainda, pelo número pequeno de gestantes que apresentaram histórico familiar de transtornos mentais.

Outro tópico estudado na presente pesquisa foi o planejamento da gestação. Neste aspecto, os resultados mostraram que 18 (42,86%) das gestantes planejaram a gestação e 24 (57,14%) não planejaram, apontando que a maioria das gestantes não planejaram suas gestações. Este fato não favorece a depressão durante a gestação, no presente estudo, onde as gestantes que não planejaram a gestação não apresentaram sinais

indicativos de depressão, sendo que apenas duas que não planejaram, apresentaram disforia.

A gravidez não planejada, muitas vezes, é bem aceita pela mulher, evitando o desenvolvimento de quadros depressivos. Ressalta-se, também, que a não aceitação da gestação não deve ser equiparada à rejeição do filho. A mulher pode não aceitar a gravidez, mas pode sentir amor pelo filho que vai nascer⁽¹⁷⁾, fato não relatado neste estudo, pois as gestantes não foram interrogadas em relação à aceitação da criança.

Ao relacionar o desenvolvimento do transtorno com práticas de lazer, apenas oito (19,5%) das gestantes tinham alguma atividade de lazer, e foram citadas como atividades de lazer: leitura, caminhada, ir ao cinema e passear com a família. O lazer é uma necessidade social, cuja finalidade é promover um relaxamento compensador do estresse da sociedade e do desgaste físico e mental, também compreendido como ocupação, na qual o indivíduo pode entregar-se de livre e espontânea vontade, seja para repousar, divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou, ainda, para cultivar o convívio social com amigos e, principalmente, familiar, livrando-se das obrigações profissionais, familiares e/ou sociais⁽¹⁸⁾.

Os achados do presente estudo mostraram que nenhuma das gestantes praticantes de atividades de lazer apresentou sinais indicativos de depressão, enquanto que 20,6% das gestantes que não tinham atividade de lazer apresentaram sinais indicativos de depressão. Um estudo anterior⁽¹⁹⁾ mostrou que as mulheres que não participaram de atividades regulares de lazer apresentaram maior prevalência de transtornos mentais (40,9%) do que aquelas que participaram regularmente de alguma atividade de lazer (31,6%), apontando que, a impossibilidade ou a restrição do tempo livre pode comprometer a saúde mental.

Frente aos dados significativos aqui relatados, sugere-se a realização de outras pesquisas, compreendendo-se a importância de investigar a frequência de ocorrência de depressão em gestantes, vislumbrando melhorias na assistência a gestantes e puérperas, aumentando a qualidade de vida destas mulheres.

O estudo realizado apresentou limitações quanto à população e amostra. A população definida para este estudo foi de gestantes acompanhadas apenas em uma maternidade de baixo risco, não incluindo mulheres mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais. Outra limitação importante refere-se ao tamanho da amostra, que devido ao número reduzido considerou apenas os resultados encontrados para a população em questão.

Conclusão

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a depressão é uma realidade entre as gestantes, visto que 17% delas apresentaram sinais indicativos de depressão e 7% apresentaram disforia, com frequência maior entre as gestantes com idade igual ou acima de 35 anos, negras, que trabalhavam, com menor renda familiar, sem companheiro e atividades de lazer, ressaltando a importância de uma assistência que envolva elementos da família e equipes de saúde e enfermagem, com o estabelecimento de vínculo facilitador da verbalização de suas preocupações e sentimentos.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde (FEBRASGO); 2003.
2. Luis MAV, Oliveira ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto – SP – Brasil. *Rev Esc de Enferm USP*. 1998;32(4):314-24.
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
4. Falcone VM. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):612-8.
5. Lowdermilk DL, Fishel AH. Complicações pós-parto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 746-74.
6. Gorenstei NC, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedade psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5 ed esp):245-50.
7. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evolution. *Clin Psychol Rev*. 1988;(8):77-100.
8. Marcolan JF. Análise comparativa das escalas psicométricas de depressão: um subsídio para a avaliação clínica do enfermeiro psiquiátrico. [Tese de Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. 163 p.
9. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10)*. São Paulo: EDUSP; 1997.
10. Espinose AF. *Guia Prático de Enfermagem: Psiquiatria*. In: Espinose AF. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Mac Graw-Hill; 2002. p. 41-98.
11. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Rev Psicol*. 2006 jan/jun;7(1):39-48.
12. Vasques R, Piñeros S. Sicopatología en madres adolescentes. *Pediatría*. 1997;32(4):229-38.
13. Sinclair BP. Promoção e prevenção de saúde. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 57-77.
14. Lovise GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*. 2005;35(10):1485-92.
15. Stuart GV, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
16. Luís MAV. Contribuição da assistência de enfermagem de saúde mental dirigida à população de gestantes em nível de prevenção primária. [Dissertação de Mestrado em

Enfermagem Psiquiátrica]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1983. 120 p.

17. Saunders RB. Cuidado de Enfermagem durante a Gestação. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 219-63.

18. Camargo RAA, Bueno SMV. Leisure, life besides work for a soccer team of hospital workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003;11(4):490-8.

19. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua rela o com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005;5(3):337-48.

Recebido: 11.07.2014
Aprovado: 20.10.2015