

PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA PREVENÇÃO DE DEPRESSÃO PERINATAL E ANSIEDADE

Neuraci Gonçalves de Araújo

Elder Cerqueira-Santos

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou investigar os efeitos da implementação de um programa de pré-natal psicológico (PROMÃE) na prevenção de sintomatologia depressiva e ansiosa, com base na terapia cognitivo-comportamental, em 60 gestantes atendidas em serviços obstétricos públicos ou privados, com idades entre 18 e 44 anos ($M = 28,77$; $DP = 7,18$), alocadas em dois grupos: intervenção ($n = 27$) e controle ($n = 33$). O primeiro participou de nove encontros semanais, em grupo, além de uma visita domiciliar no início do puerpério. Na comparação intergrupo, as participantes do PROMÃE apresentaram redução significativa dos sintomas ansiosos e depressivos quando comparadas ao grupo controle, aos 30 dias do puerpério. Na comparação intragrupo, no PROMÃE esses sintomas diminuíram com o tempo, com significância aos 30 e 90 dias pós-parto.

Palavras-chave: Prevenção; Depressão perinatal; Ansiedade.

PSYCHOLOGICAL PRENATAL IN THE PREVENTION OF PERINATAL DEPRESSION AND ANXIETY

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effects of the implementation of a psychological prenatal program (PROMÃE) on the prevention of depressive and anxious symptoms in 60 pregnant women who attended public or private obstetric services, aged between 18 and 44 years old ($M = 28,77$; $DP = 7,18$), allocated in two groups: intervention ($n = 27$) and control ($n = 33$). The first group participated in nine weekly group meetings, as well as a home visit at the beginning of the postpartum period. In the intergroup comparison, the PROMÃE participants had a significant reduction in anxious and depressive symptoms compared to the control group at 30 days of puerperium. In the intragroup comparison, in the PROMÃE these symptoms decreased with time, with significance at 30 and 90 days postpartum.

Keywords: Prevention; Postpartum depression; Anxiety.

PSICOLOGÍA PRENATAL EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD PERINATALES

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar los efectos de la implementación de un programa prenatal psicológico en terapia cognitivo-comportamental (PROMÃE) en la prevención de síntomas depresivos y ansiosos en 60 mujeres embarazadas atendidas en servicios obstétricos públicos o privados, con edades entre los 18 y 44 años ($M = 28,77$; $DP = 7,18$), asignadas en dos grupos: intervención ($n = 27$) y control ($n = 33$). El primer grupo participó en nueve reuniones de grupo semanales, así como en una visita a domicilio al principio del periodo posparto. En la comparación intergrupala, las participantes del PROMÃE tuvieron una reducción significativa de los síntomas ansiosos y depresivos en comparación con el grupo de control a los 30 días del puerperio. En la comparación intragrupo, en el PROMÃE estos síntomas disminuyeron con el tiempo, con significación a los 30 y 90 días del puerperio.

Palabras clave: Prevención; Depresión posparto; Ansiedad.

A depressão e a ansiedade perinatais são transtornos mentais comuns (TMC) que podem ocorrer da gestação até o primeiro ano do pós-parto e têm consequências desenvolvimentais negativas para mães e filhos (Morais et al., 2017; Silva & Ferraro, 2018). Listada entre os problemas de saúde pública mundial materna (Almond, 2009), a depressão tem índices que variam conforme o desenho do estudo, população investigada e período avaliado (gestação ou puerpério), de 7,2% (Cantilino et al., 2010) a 40,6% (Ramezani et al., 2016). Na ansiedade, os índices giram em torno de 4,2% (Falah-Hassani et al., 2017) a 49,3% (Rezaee & Faramarzi, 2014).

As consequências negativas associadas à depressão e ansiedade perinatais são amplamente estudadas e firmadas, entre elas: influências no curso da gestação - aumento dos sintomas típicos dessa fase e complicações obstétricas (Doktorchik et al., 2017; Meijssen et al., 2011); prejuízos à amamentação (Felipe et al., 2014; Silva et al., 2017), à comunicação mãe-bebê, e ao desenvolvimento do bebê (Airosa & Silva, 2013; Flores et al., 2013; Van de Loo et al., 2018); risco de suicídio materno (Tavares et al., 2012) e alteração no comportamento materno e apego inseguro (Schmidt et al., 2005).

Apesar dessas consequências serem bem reconhecidas, ainda são limitados a investigação e tratamento da saúde mental da mulher na gestação e puerpério (Wenzel & Kleiman, 2015). A necessidade de ações que visem a prevenção dos transtornos perinatais é apontada por diversos autores (Fonseca & Canavarro, 2018; Kliemann et al., 2017; O'Hara & McCabe, 2013). Assim como o destaque para a importância do suporte social (Nascimento et al., 2022). Por isso, é crescente no exterior o número de ensaios clínicos randomizados baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com foco na prevenção da saúde mental materna (Sockol et al., 2013).

Estudo australiano com 173 mulheres randomizadas em dois grupos identificou redução significativa do número de casos acima do ponto de corte para sintomas depressivos e ansiosos no grupo intervenção, em comparação com o controle (Milgrom et al., 2011). Evidências de eficácia da TCC na redução dos sintomas depressivos e melhora na satisfação conjugal também foram encontradas em um estudo realizado com

27 mulheres coreanas (Cho et al., 2008). Na China, em um estudo focado no treinamento de autogerenciamento emocional baseado na TCC e realizado com 240 participantes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e menor número de mulheres diagnosticados com depressão pós-parto na entrevista clínica estruturada no grupo de intervenção, em comparação ao controle (Zhao et al., 2015).

Outro programa que demonstrou evidências de eficácia em três estudos aplicados em regiões diferentes dos Estados Unidos foi o *Mothers and Babies Course*, que integrou a saúde mental ao serviço de visita domiciliar. Em amostras de 71 (Tandon & Perry, 2011), 78 (Tandon et al., 2014) e 120 mulheres (Tandon et al., 2018) encontraram evidências de que a intervenção reduz significativamente o número de mulheres com depressão em comparação ao controle.

Em menor proporção, há estudos que não encontraram evidências da eficácia da prevenção baseada na TCC, entre eles, o primeiro estudo que testou a eficácia de programa (Muñoz et al., 2007) *Mothers and Babies Course* comparando sintomas depressivos em 41 mulheres. Eles não encontraram diferenças com significância estatística entre os grupos intervenção e controle na redução de sintomas, embora sobre as taxas de incidência de episódio depressivo maior tenha ocorrido um pequeno tamanho de efeito; outros estudos que não demonstraram efeito significativo foram o de Austin et al. (2008), realizado com 191 na Austrália, o de Ginsburg et al. (2012) com 47 participantes nos Estados Unidos e de Bittner et al., (2014) com 74 mulheres na Alemanha, embora tenham apresentado redução de sintomas de depressão e ansiedade.

Algumas hipóteses são levantadas para as diferenças de efeito: ausência de entrevista diagnóstica em alguns estudos; amostra apresentando escores baixos na avaliação de base, pois os efeitos são melhores observados em ensaios com população em risco para transtornos mentais (Sokol, 2015); grupo de comparação ativo, pois as intervenções ofertadas a estes participantes incluem, muitas vezes, recursos que favorecem a redução de sintomas (Austin et al., 2008; Ginsburg et al., 2012). Programas mais estruturados, consistentes com as necessidades das mulheres e com mais vínculo entre intervencionista e participantes tendem a apresentar efeitos mais fortes (Tandon et al., 2014).

Apesar de altas taxas apontadas em estudos nacionais para sintomas depressivos, 7,2-26,9% (Morais et al., 2015) e de ansiedade 10,6% (Silva & Ferraro, 2018), nenhum ensaio clínico brasileiro baseado na TCC para prevenção da depressão e ansiedade perinatais foi localizado até o início desse. Fato que surpreende e ressalta a importância dessa pesquisa, considerando a eficácia comprovada da TCC para transtornos depressivos e ansiosos (Goodman et al., 2014; Hou et al., 2014).

Este estudo objetivou investigar os efeitos da implementação de um programa de pré-natal psicológico (PROMÃE) na prevenção de sintomatologia depressiva e ansiosa, com base na terapia cognitivo-comportamental. Especificamente visou investigar a presença de sintomas depressivos e de ansiedade durante a gestação e no puerpério em dois grupos distintos: intervenção e controle; identificar os fatores associados às variáveis de desfecho, entre elas a percepção suporte social; comparar os índices de sintomatologia de ansiedade e depressão, e de percepção do suporte social entre os grupos intervenção e controle em pós-teste. Tais objetivos visaram testar a hipótese de que é possível reduzir os índices de ansiedade e de depressão perinatal com a inserção de um programa pré-natal psicológico baseado na TCC.

MÉTODOS

A pesquisa teve delineamento quase-experimental do tipo ensaio clínico, longitudinal e não randomizado. Teve como objetivo investigar os efeitos da implementação de um programa de pré-natal psicológico (PROMÂE) na prevenção de sintomatologia depressiva e ansiosa, com base na terapia cognitivo-comportamental.

PARTICIPANTES

A amostra final foi composta por 60 mulheres atendidas em serviços obstétricos público ou privado, com idade entre 18 e 44 anos ($M = 28,77$; $DP = 7,18$), na cidade de Aracaju, Sergipe. Elas foram divididas em dois grupos, intervenção ($n=27$) e controle ($n=33$), conforme interesse e disponibilidade das gestantes. A caracterização da amostra está descrita nos resultados (Tabela 1). O tamanho ideal da amostra foi calculado considerando o número de itens da maior escala relacionada aos desfechos primários, a IDATE-estado (20 itens) que multiplicado por três daria 60. Levando-se em conta as altas taxas de perda amostral em estudos experimentais, optou-se por ampliar em 50% a amostra inicial.

INSTRUMENTOS

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Percepção de Suporte Social- Adulto (EPSUS-A) foram utilizados para investigar, respectivamente: presença de sintomatologia depressiva; ocorrência de sintomas de ansiedade; a percepção de suporte social.

Além das escalas, foi adotado um questionário elaborado pela pesquisadora, visando obter as informações sociodemográficas, (idade, status do relacionamento, escolaridade, moradia, renda e número de filhos), sobre a gestação (número de gestações, histórico de aborto, tempo de gestação e planejamento da gravidez) e saúde da gestante (problemas de saúde, histórico de depressão anterior, diagnóstico de TMC, transtorno mental na família e de tratamento psiquiátrico atual).

A EPDS é a escala de rastreio da depressão pós-parto (DPP) mais utilizada no puerpério (Aliane et al., 2011; Schardosim & Heldt, 2011), mas também adotada na gestação (Hahn-Holbrook et al., 2018). Avalia os sintomas na última semana e as respostas apresentam valores de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas assinalados. Na correção dessa escala, é necessário fazer a inversão dos valores (para 3, 2, 1, 0) atribuídos às questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 antes de apurar o escore total por meio da soma dos valores correspondentes a cada item assinalado. A escala apresentou excelentes critérios psicométricos com coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0,87, além de 86,4% de sensibilidade e 91,1% de especificidade (Malloy-Diniz et al., 2010). No presente estudo, o alfa variou de 0,88 a 0,90, a depender do momento aplicado.

Para o rastreamento da ansiedade na gravidez e pós-parto a mais utilizada é a State Trait Anxiety Inventory – STAI (Arch, 2013), criada por Spielberger em 1970 e traduzida para português em 1990 por Angela Biaggio como IDATE (Inventário de Ansiedade Traço e Estado). É um instrumento dividido em duas subescalas que mensuram a ocorrência da ansiedade naquele momento (IDATE-Estado) e padrão usual

de ansiedade do respondente (IDATE-Traço). Cada uma composta de 20 afirmativas, com respostas que podem pontuar de um (absolutamente não) a quatro (muitíssimo). Apresenta índices de consistência interna altos: Coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 a 0,95 para ansiedade-estado, e de 0,89 a 0,92 para ansiedade traço (Caumo et al., 2016). Na presente pesquisa, os coeficientes variaram de $\alpha = 0,92$ a 0,95 para IDATE-E e de 0,90 a 0,91 para o IDATE-T.

A EPSUS-A avalia a percepção de suporte social do indivíduo na interação com seu meio a partir das respostas dadas a 36 itens, considerando fatores afetivos, interações sociais, instrumental (recursos materiais) e enfrentamento de problemas. A escala apresenta índices de confiabilidade satisfatórios, com valores alfa de Cronbach ($\alpha = 0,94$) em sua totalidade (Cardoso & Baptista, 2014). No presente estudo, o coeficiente foi $\alpha = 0,96$.

Para identificar a ocorrência da sintomatologia indicativa dos transtornos depressivos e ansiosos, foram adotados pontos de corte considerados na literatura como mais adequados para a população brasileira: escores ≥ 13 para a EPDS (Santos et al., 2007), ≥ 41 as subescalas IDATE estado e traço (Araújo et al., 2008). Para classificar o nível de suporte social, seguiram-se as normas constantes no manual da EPSUS-A, considerando a pontuação geral aplicada à amostra do sexo feminino, a saber: baixo (0-64), médio (65-86) e alto (87-108).

PROCEDIMENTO

Recrutamento e coleta de dados

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 98705518.9.0000.5546), no período de janeiro a maio de 2019, o recrutamento de participantes foi realizado. Adotou-se como critérios de inclusão: estar grávida, sem restrição quanto ao trimestre de gestação, ter pelo menos 18 anos e aceitar, voluntariamente, responder a todos os instrumentos da pesquisa. O critério de exclusão adotado foi a demonstração de incapacidade de compreender e/ou responder as questões da pesquisa.

Inicialmente, a busca por participantes nas unidades de serviços de obstetrícia (Unidade Básica de Saúde e Hospital Universitário) ocorreu por meio da indicação de enfermeiros e assistentes sociais. Eles passavam o contato das gestantes a eles vinculados ou apresentavam à pesquisadora aquelas que estivessem sendo atendidas nos dias em que a pesquisadora estava nessas unidades. Devido à baixa taxa de resposta positiva inicial e visando alcançar o tamanho mínimo da amostra inicial ($n = 90$), o estudo foi também divulgado por meio das redes sociais (Instagram, Facebook e WhatsApp) e/ou cartazes dispostos nos postos de saúde com os dizeres: “Vamos conversar sobre saúde mental na gestação e puerpério? Participe de uma pesquisa sobre o assunto”, e informações sobre contato com a autora principal e instituição proponente.

A figura 1 mostra o fluxo das participantes, do recrutamento inicial ($n = 178$) à amostra final analisada ($n = 60$). Seguindo as recomendações das resoluções 466/2012 (Ministério da Saúde, 2012) e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2016), todas foram convidadas a ler e a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em concordância com os procedimentos e participação na pesquisa.

Após o aceite das gestantes, foi realizada a avaliação de base (T1). Os instrumentos EPDS, IDATE (estado e traço), EPSUS e o questionário, anteriormente descrito, foram entregues para que elas respondessem individualmente, e, quando solicitado pela participante, a pesquisadora ou a auxiliar de pesquisa, fazia a leitura dos instrumentos.

Depois de verificar se todos os questionários foram respondidos corretamente, as 90 gestantes elegíveis foram convidadas a participar do programa de pré-natal psicológico. Foram apresentadas a elas opções de dias e horários diversos para a realização dos encontros. Àquelas que não quiseram ou não tinham disponibilidade para participar da intervenção, foi dada a opção de continuar na pesquisa e alocadas no grupo controle, ficando acordado que elas avisariam quando o bebê nascesse.

A Figura 1 mostra o fluxo de participantes. Das participantes elegíveis em T1 ($n = 90$), seis desistiram de continuar na pesquisa, 28 aceitaram participar da intervenção e 56 foram alocadas no grupo controle (Figura 1). Este grupo, recebeu o acompanhamento usualmente oferecido nos serviços obstétricos além de mensagem enviada pela pesquisadora por *WhatsApp*, com um texto abordando a diferença entre *baby blues* e depressão pós-parto que incluía a caracterização deste transtorno e suas consequências, bem como as formas de tratamento. As participantes do PROMÃE foram distribuídas em oito subgrupos que variaram de 3 a 5 pessoas cada.

Todas as participantes eram contatadas após a data prevista para o parto, quando não lembravam de informar espontaneamente o dia do nascimento do bebê, para agendamento das entrevistas pós-parto (conforme disponibilidade da participante para receber a visita da pesquisadora). As escalas foram reaplicadas pela pesquisadora no puerpério em dois momentos, o primeiro entre 25 e 35 dias pós-parto (T2) e o segundo entre 80 e 90 (T3) dias. Para evitar o viés de desajustabilidade social, na aplicação das escalas foi sempre frisado a importância de a participante responder exatamente como estava se sentindo no período avaliado por cada escala.

A aplicação das escalas no período gestacional foi na recepção dos serviços de atendimentos obstétricos e durava entre 30 e 40 minutos. A reaplicação ocorreu na residência das puérperas e a duração variou entre 30 e 90 minutos, em função das interrupções para atender às necessidades fisiológicas do bebê. As participantes com sintomatologia indicativas de caso grave foram orientadas a buscar tratamento psicoterápico e ou psiquiátrico a partir de uma lista de serviços públicos que foi disponibilizada no momento ou para a clínica escola da Universidade.

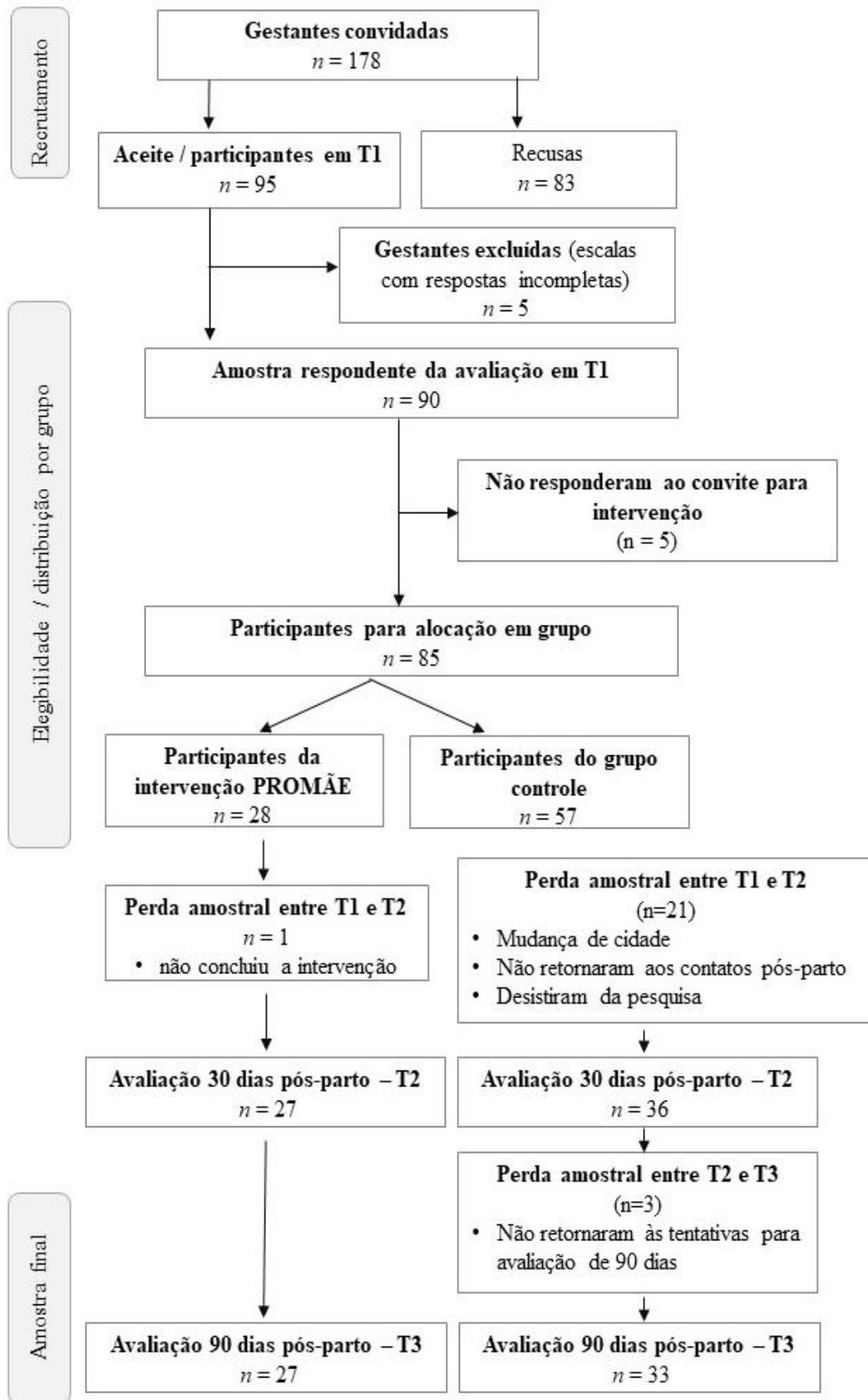


Figura 1 - Fluxo de participantes: do recrutamento à análise final

Intervenção

O programa foi desenvolvido pela pesquisadora, a qual o nomeou de PROMÃE. Ele foi estruturado a partir da experiência da pesquisadora com gestantes e puérperas. Em termos de referencial teórico, o PROMÃE teve influência de dois programas bem elaborados e bem-sucedidos quanto ao efeito na prevenção da depressão: “*Towards parenthood*” (Milgrom et al., 2009) e “*Mothers and Babies Course*” (Muñoz et al., 2007; Tandon et al., 2014), cujos manuais estão disponíveis na internet.

O programa foi inicialmente estruturado com oito encontros em grupo, com duração média de três horas cada e um individual no pós-parto, tendo como intervencionista a pesquisadora. Os temas foram previamente definidos, considerando os fatores citados na literatura como associados à ansiedade puerperal e à depressão pós-parto, bem como as estratégias adotadas pela TCC em tratamentos de ansiedade e depressão e aspectos inerentes ao exercício da maternidade. A agenda e objetivo de cada encontro estão descritos na Figura 2.

Porém, com flexibilidade de inclusão de conteúdo de acordo com a demanda dos grupos. Foi a partir dessa premissa que, neste estudo, além dos oito previstos, foi acrescentado um extra, realizado com a amostra dividida em 3 subgrupos. Esse encontro foi incluído no programa, após ser percebido que as participantes apresentavam baixa autoestima em relação a aparência física.

Conduzido pela pesquisadora, especialista em TCC, o programa seguiu o modelo de sessão dessa abordagem, em cada encontro era realizado: feedback do encontro anterior; avaliação do humor; verificação da tarefa de casa (TC); apresentação, discussão e/ou prática relacionada ao tema agendado; levantamento de demandas e feedback do dia.

Os três primeiros grupos iniciaram em fevereiro e os demais em maio de 2019. Para facilitar o acesso ao programa, foram disponibilizados a todas as gestantes meios de transporte para as idas aos encontros de grupo.

Encontro	Objetivo e/ou conteúdo
1º	<ul style="list-style-type: none">Promover a apresentação e integração das participantes; informar a dinâmica e funcionamento dos encontros; psicoeducar sobre a relação entre pensamento, emoção e comportamento e preenchimento do Registro de Pensamento Diário (RPD); investigar a percepção das participantes sobre a gestação e a maternidade; levantar o que faziam nas horas livres. Criar de grupo no WhatsApp – para construir rede de apoio. TC: RPD de situações geradoras de desconfortos emocionais.
2º	<ul style="list-style-type: none">Avaliar a compreensão da relação entre pensamento, emoção e comportamento, a partir da TC (RPD); Psicoeducar sobre a ansiedade na gestação e puerpério: sintomas, consequências e manejo dos sintomas; ensinar a técnica de resolução de problemas; explicar e aplicar a técnica de relaxamento guiado “um lugar seguro”. TC: escolher um problema e aplicar a técnica de resolução de problemas; praticar o relaxamento. Roteiro autobiográfico.
3º	<ul style="list-style-type: none">Reforçar o aprendizado da técnica de resolução de problemas, a partir da análise de sua aplicação da resolução de problemas (TC); psicoeducar sobre distorções cognitivas; treinar a assertividade (expressão de incomodo, fazer e negar pedidos, e de fazer elogios); trazer a mãe para o momento presente, estabelecer e/ou ampliar o vínculo mãe-bebê por meio do relaxamento guiado: “diálogo mãe-bebê”. TC: praticar a assertividade; fazer algo por elas; realizar alguma atividade prazerosa com seu parceiro ou amigos.

4º	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a TC para identificar dificuldades na prática da assertividade; reforçar a importância da prática de atividade prazerosa com a reflexão “Gosto e faço, gosto e não faço”; psicoeducação da depressão perinatal: sintomas, fatores protetores (rede de apoio, suporte do cônjuge e atitudes assertivas) e seus impactos para a díade mãe-bebê; psicoeducar sobre reestruturação cognitiva; identificar recursos de cada participante já adotados em situações geradoras de tristezas. TC: identificar situações que poderiam ser gatilhos de pensamentos depressivos e buscar pensamentos alternativos.
5º	<ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamentos e emoções relacionadas ao parto; exibir vídeo sobre o parto; abordar a violência obstétrica, possibilidade de ação para reduzir ou evitar sua ocorrência. Relaxamento “meu bebê está nascendo” com o objetivo de levá-las a reconhecer o esforço da mãe e da criança em um parto natural. TC: listar as pessoas com as quais elas poderiam contar como rede de apoio e imaginar de que forma cada uma poderia ajudá-la. Essas tarefas podem ajudar a aumentar a percepção de como é sua rede de apoio.
6º	<ul style="list-style-type: none"> Levantar as dúvidas e mitos relacionados a amamentação; apresentar vídeo educativo sobre a amamentação disponível na internet; abordar fatores emocionais que interferem na amamentação; identificar percepção que tem do parceiro em relação à sua participação na gestação e puerpério; ressaltar a importância do autocuidado (sono, da atividade física e alimentação saudável) e sua relação com a saúde da mãe e do bebê; o cuidado com a relação afetiva. TC: conversar com o parceiro sobre o aprendido no curso e como ele poderá participar dos cuidados com o bebê; confeccionar uma lista de recursos para acalmar e divertir um bebê.
Encontro extra	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a autoestima – ensaio fotográfico
7º	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre os cuidados com o recém-nascido, suas necessidades nos primeiros seis meses e a importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento dele; planejar a rede de apoio à maternidade. TC: listar possíveis dificuldades no puerpério e brincadeiras para interagir com os bebês; verificar com sua possível rede de apoio de que forma cada um poderá ajudar.
8º	<ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamentos e emoções relacionadas ao parto e puerpério. Vivência imaginária da maternidade (do parto ao primeiro mês do puerpério); Feedback sobre o PRO-MAE. Encerramento das atividades em grupo.
9º	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar: saber como está sendo a experiência da maternidade, possíveis necessidades e intervenções conforme a demanda; reforçar os conteúdos/estratégias aprendidos nos encontros.

Figura 2 - Programação dos encontros do PROMÃE

Análise de dados

Os dados foram analisados no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) por meio de estatísticas não paramétricas, tendo em vista não ser possível atender aos pré-requisitos dos testes paramétricos. As estatísticas descritivas foram realizadas por meio de frequência e teste qui-quadrado (χ^2) e as diferenças encontradas entre os grupos foram analisadas como possíveis covariáveis. A comparação entre as participantes que abandonaram o estudo ($n = 25$) e as que continuaram no PROMÃE ($n = 27$) e controle ($n = 33$) foi realizada pelo teste Kruskal-Wallis. Os efeitos da intervenção foram examinados pelo teste U de Mann-Whitney, comparando as diferenças entre os índices de sintomas de ansiedade e depressão dos grupos PROMÃE e controle em cada um dos três tempos (T1, T2, T3), bem como da percepção de suporte social. Foi adotada ANOVA de Friedman com teste *post hoc* para avaliar intragrupo a evolução dos índices no tempo (T1 – T2 e T1 – T3). Em todas as análises, adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

A frequência de sintomatologia indicativa dos transtornos depressivos e ansiosos foi analisada por estatística descritiva, utilizando os pontos de corte considerados na literatura como mais adequados para a população brasileira e/ou citados no manual dos instrumentos (Araújo et al., 2008; Cardoso & Baptista, 2014). Buscou-se, ainda nessas análises, identificar o número de participantes que mudaram de categoria em relação ao ponto de conte.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS E FATORES ASSOCIADOS

A taxa de abandono foi de 28,6% ($n = 24$), sendo que destes, 95,8% ($n = 23$) eram do grupo controle. Foram realizados testes qui-quadrado e Kruskal-Wallis para examinar as diferenças nas variáveis investigadas nos questionários (sociodemográficas, gestacional, de saúde) e escores basais das escalas entre os três grupos (abandono, PROMÃE e controle). As análises indicaram que os grupos eram razoavelmente equilibrados quanto as suas características e dados clínicos, exceto para a variável história de depressão anterior ($p = 0,039$), na qual as participantes do PROMÃE citaram com mais frequência sua ocorrência em relação as demais.

Em que tange a amostra que concluiu as 3 avaliações ($n = 60$), houve três diferenças significativas entre os grupos nas características das participantes em T1 (Tabela 1). As participantes do PROMÃE, que eram significativamente mais velhas ($p = 0,020$), relataram com mais frequência história de depressão anterior ($p = 0,048$) e estavam em sua maioria no segundo trimestre de gestação ($p < 0,001$). Estas variáveis foram, posteriormente, analisadas como covariáveis. Não houve diferença com significância nos escores basais das escalas.

No geral, os dados apurados na ocasião do recrutamento indicaram que a maioria das participantes que completaram as três avaliações morava de aluguel, estudou mais que o ensino fundamental, mantinha relação com parceiro e era nulípara. Em relação a renda, algumas participantes não informaram e, devido à grande variação de valores (R\$ 170,00 a 15.000,00), os dados foram agrupados por faixa, considerando o tercil, sendo que mais de um terço delas recebia até R\$ 1.000,00.

No que se refere à história gestacional, a maioria da amostra relatou não ter planejado a gestação, ser multigesta, nunca ter abortado e estar no segundo trimestre de gestação. Quanto à saúde da gestante, a maioria mencionou não ter problemas de saúde, sem autorrelato histórico de depressão anterior ou transtorno mental comum e não ter história familiar de transtorno mental. Apenas 5% relataram fazer tratamento psiquiátrico na ocasião da primeira entrevista.

Foram analisados na amostra geral ($n = 60$) os fatores associados à sintomas depressivos e ansiosos (Tabela 1). Na gestação, ter renda até R\$ 1.000,00, autorrelato de transtorno mental na família, percepção de baixo suporte social, gestação não planejada e problemas de saúde, foram associados a sintomatologia depressiva e ansiosa na gestação, enquanto histórico de TMC apenas à primeira.

No puerpério (T3), nível de escolaridade médio (completo ou incompleto), história de depressão anterior, percepção de baixo suporte social e gestação não planejada estiveram associados às duas variáveis de desfecho. Problemas de saúde e

TMC, apenas, à depressão, enquanto ser múltipara esteve associado a sintomas de ansiedade.

Desses fatores associados, a variável história de episódio depressivo anterior foi analisada como covariável, por ter apresentado diferença significativa entre as características dos grupos na avaliação de base. As análises por grupo dessa covariável indicaram que em ambos os grupos ela foi associada à sintomatologia depressiva e ansiosa ($p < 0,001$).

Efeito da intervenção

Houve boa adesão, a maioria (59,3%) das participantes compareceu a todos os encontros, as demais faltaram de um a três encontros. A média de presença foi de 8,29 (DP = 0,99) de um total de nove encontros.

Tabela 1

Resultado da comparação dos dados sociodemográficos, gestacional e de saúde entre grupos, e associação desses dados com os escores de depressão e ansiedade

Variável	Comparação intergrupo			Valor de <i>p</i>	Valor de <i>p</i> para associação aos sintomas (N=60)				
	Intervenção N = 27	Controle N = 33	Total N = 60		Gestação (T1)		Puerpério (T3)		
	F% (n)	F% (n)	F% (n)		EPDS <i>p</i>	IDATE <i>p</i>	EPDS <i>p</i>	IDATE <i>p</i>	
Idade	18 a 28 anos	33,3 (9)	63,7 (21)	50,0 (30)	0,020	0,085	0,694	0,667	0,749
	29 a 45 anos	66,7 (18)	36,3 (12)	50,0 (30)					
Status relacionamento	Com parceiro	85,2 (23)	75,8 (25)	80,0 (48)	0,364	0,256	0,086	0,412	0,095
	Sem parceiro	14,8 (4)	24,2 (8)	20,0 (12)					
Escolaridade	Fundamental	14,8 (4)	27,3 (9)	21,7 (13)	0,303	0,265	0,436	0,033	0,014
	Médio	40,8 (11)	45,4 (15)	43,3 (26)					
	Superior	44,4 (12)	27,3 (9)	35,0 (21)					
Moradia	Própria	44,4 (12)	27,3 (9)	35,0 (21)	0,165	0,130	0,065	0,189	0,341
	Aluguel/Parentes	55,6 (15)	72,7 (24)	65,0 (39)					
Renda familiar ¹	Até 1000,00	47,8 (11)	38,5 (10)	42,9 (21)	0,061	0,020	0,012	0,037	0,008
	1001,00 a 2000,00	21,4 (3)	42,3 (11)	28,6 (14)					
	Acima de 2001,00	39,1 (9)	19,2 (5)	28,6 (14)					
Número de gestação	Primigesta	44,4 (12)	42,4 (14)	43,3 (26)	0,875	0,565	0,456	0,262	0,100
	Multigesta	55,6 (15)	57,6 (19)	56,7 (34)					
Número de filhos	Nulípara	63,0 (17)	48,5 (16)	55,0 (33)	0,262	0,092	0,094	0,085	0,035
	Múltipara	37,0 (10)	51,5 (17)	45,0 (27)					

Continua ...

Conclusão tabela 1

Variável		Comparação intergrupo			Valor de <i>p</i>	Valor de <i>p</i> para associação aos sintomas (<i>N</i> =60)			
		Intervenção <i>N</i> = 27	Controle <i>N</i> = 33	Total <i>N</i> = 60		Gestação (T1)		Puerpério (T3)	
		F% (<i>n</i>)	F% (<i>n</i>)	F% (<i>n</i>)		EPDS <i>p</i>	IDATE <i>p</i>	EPDS <i>p</i>	IDATE <i>p</i>
Aborto	Não	66,7 (18)	72,7 (24)	70,0 (42)	0,610	0,752	0,939	0,984	0,253
	Sim	33,3 (9)	27,3 (9)	30,0 (18)					
Trimestre de gestação	Segundo	81,5 (22)	33,3 (11)	55 (33)	<0,001	0,776	0,167	0,315	0,903
	Terceiro	18,5 (5)	66,7 (22)	45 (27)					
Planejamento da gestação	Não	66,7 (18)	87,8 (28)	76,7 (46)	0,098	0,016	0,049	0,013	0,010
	Sim	33,3 (9)	15,2 (5)	23,3 (14)					
Problema de saúde	Não	1,9 (14)	54,5 (18)	53,3 (32)	0,834	0,008	0,006	0,014	0,071
	Sim	48,1 (13)	45,5 (15)	46,7 (28)					
História de depressão anterior	Não	44,4 (12)	69,7 (23)	58,3 (35)	0,048	<0,001	<0,001	<0,001	0,013
	Sim	55,6 (15)	30,3 (10)	41,7 (25)					
Diagnóstico de TMC anterior	Não	66,7 (18)	69,7 (23)	68,3 (41)	0,802	0,009	0,075	0,011	0,053
	Sim	33,3 (9)	30,3 (10)	31,7 (19)					
Tratamento psiquiátrico atual	Não	92,6 (25)	97,0 (32)	95,0 (57)	0,439	0,574	0,406	0,354	0,512
	Sim	7,4 (2)	3,0 (1)	5,0 (3)					
Transtorno Mental na família	Não	40,7 (11)	63,6 (21)	53,3 (32)	0,077	0,002	0,012	0,179	0,168
	Sim	59,3 (16)	36,4 (12)	46,7 (28)					
Percepção de suporte social	Baixo	44,4 (12)	33,3 (11)	38,3 (23)	0,563	0,022	0,009	0,001	<0,001
	Médio	40,7 (11)	42,4 (14)	41,7 (25)					
	Alto	14,8 (4)	24,2 (8)	20,0 (12)					

¹Algumas participantes (*n* = 11) não informaram a renda. TMC – Transtorno Mental Comum.

A Tabela 2 mostra a mediana e quartis referentes aos sintomas de depressão, ansiedade e de percepção de suporte social em cada tempo, bem como os resultados dos testes de significância em relação as diferenças entre grupos (teste U de Mann-Whitney exato). Em relação ao efeito da intervenção sobre os sintomas depressivos, comparando T1 com T2 e T3, aos 30 dias do pós-parto, as puérperas do controle (mediana = 9,00), apresentavam significativamente mais sintomas que as puérperas do PROMÃE (mediana = 6,00), $U = 605,50$; $p = 0,016$; $r = -0,30$). Quanto à IDATE-estado, a significância ocorreu na avaliação de 90 dias, ($U = 582,00$; $p = 0,042$; $r = -0,26$), estando as participantes do controle (mediana = 42,00) com mais sintomas de ansiedade que as do PROMÃE (mediana 36,00). Em T2, o valor de p ficou no limiar ($U = 577,00$; $p = 0,051$; $r = -0,25$). Não houve significância estatística intergrupo no que se refere à ansiedade-traço e percepção de suporte social.

Tabela 2

Comparação intergrupo das médias dos escores das escalas em cada tempo

Variável	Tempo	PROMÃE	Controle	Teste U de Mann-Whitney		
		N = 27	N = 33	U	p	r
		M (25-75)	M (25-75)			
EPDS	T1	8,00 (4,00-16,00)	9,00 (4,00-12,00)	397,50	0,480	-0,09
	T2	6,00 (3,00-10,00)	9,00 (6,00-15,00)	605,50	0,016	-0,30
	T3	5,00 (3,00-8,00)	8,00 (4,00-13,00)	543,50	0,146	-0,18
IDATE-E	T1	45,00 (37,00-55,00)	44,00 (39,50-51,00)	434,50	0,874	-0,21
	T2	37,00 (32,00-42,00)	42,00 (34,00-54,50)	577,00	0,051	-0,25
	T3	36,00 (29,00-43,00)	42,00 (33,50-52,00)	582,00	0,042	-0,26
IDATE-T	T1	43,00 (35,00-56,00)	44,00 (36,50-57,00)	452,00	0,926	-0,01
	T2	39,00 (35,00-42,00)	44,00 (36,00-56,00)	573,50	0,057	-0,44
	T3	36,00 (32,00-47,00)	44,00 (36,50-53,00)	572,50	0,059	-0,77
EPSUS	T1	68,00 (38,00-82,00)	77,00 (57,00-87,50)	544,00	0,145	-0,18
	T2	69,00 (51,00-88,00)	71,00 (49,00-81,00)	436,50	0,897	-0,01
	T3	69,00 (54,00-88,00)	63,00 (48,00-72,00)	357,00	0,191	-0,17

A comparação intragrupo (ANOVA de Friedman) entre os escores avaliados na gestação com os investigados no puerpério, mostrou que houve redução significativa dos sintomas de depressão [$X^2(2) = 16,351$; $p < 0,001$], ansiedade-estado [$X^2(2) = 16,327$; $p < 0,001$], e traço [$X^2(2) = 14,699$; $p = 0,001$], no grupo PROMÃE. Análises *post hoc* (T1-T2 e T1-T3) revelaram redução com o passar do tempo na sintomatologia depressiva ($p = 0,001$), de ansiedade-estado ($p < 0,001$) e ansiedade-traço ($p = 0,001$) em T1-T3 mais significativas que em T1-T2, respectivamente ($p = 0,029$; $p < 0,001$ e $p = 0,145$). Ao contrário do grupo intervenção, no controle, as análises revelaram

aumento dos sintomas depressivos no puerpério, enquanto os sintomas de ansiedade-estado apresentaram discreta redução, quando comparados ao período gestacional. Quanto à ansiedade-traço, os sintomas reduziram em T1-T2 e elevaram em T1-T3. No entanto, nenhuma alteração do controle apresentou significância estatística intragrupo (Tabela 3).

Tabela 3

Comparação intragrupo das variáveis EPDS, IDATE e EPSUS no tempo

Teste ANOVA de Friedman									
Variável	Tempo	Posto médio	PROMÃE (N=27)			Posto médio	Controle (N=33)		
			X ²	gl	p		X ²	gl	p
EPDS	T1	2,57	16,351	2	< 0,001	2,03	2,000	2	0,368
	T2	1,87				2,15			
	T3	1,56				1,82			
IDATE Estado	T1	2,59	16,327	2	< 0,001	2,06	0,326	2	0,850
	T2	1,87				2,02			
	T3	1,54				1,92			
IDATE Traço	T1	2,52	14,699	2	0,001	1,92	1,468	2	0,480
	T2	1,98				2,17			
	T3	1,50				1,91			
EPSUS	T1	1,83	2,876	2	0,237	2,52	14,434	2	0,001
	T2	1,91				1,86			
	T3	2,26				1,62			

Em relação à percepção de suporte social, a evolução dos escores foi inversa. No PROMÃE os escores de percepção aumentaram e no controle reduziram no puerpério quando comparados a avaliação de base. A significância estatística ocorreu apenas para o grupo controle [$X^2(2) = 14,434$; $p = 0,001$]. Análise post hoc desta evolução indica que a percepção de suporte social por parte das participantes do controle foi ficando mais baixa com o tempo, $p = 0,001$ (T1-T3) e $p = 0,024$ (T1-T2).

Análises de frequência com base no ponto de corte das escalas EPDS e IDATE (Tabela 4) indicaram que das 60 participantes que concluíram o estudo: 26,7%, 21,7% e 25,5% apresentaram sintomatologia indicativa de transtorno depressivo, respectivamente, em T1, T2 e T3; 61,7%, 43,3% e 45,0% de transtorno de ansiedade-estado e 68,3%, 53,3% e 55,0% sintomas indicativos de ansiedade-traço. Na EPDS, houve redução do número de participantes do PROMÃE que pontuaram acima do ponto

de corte de 33% para 18,5% ($n = 9/n = 5$), enquanto no controle houve aumento de 21,2% para 30,3% ($n = 7/n = 10$), na comparação entre gestação e os três meses de puerpério. Entre elas, surgiram cinco novos casos no controle, ao passo que no PROMÃE não ocorreram casos novos. No IDATE, ambos os grupos apresentaram diminuição do número de participantes, PROMÃE ($n = 14/n = 8$) e controle ($n = 23/n = 19$), neste grupo surgiram quatro novos casos.

Quando comparadas as porcentagens de participantes dos grupos PROMÃE e controle que apresentaram redução na sintomatologia depressiva entre T1 e T3 (Tabela 4), constatou-se que 85,2% (23/27) dos participantes da intervenção apresentaram melhoras em comparação com 51,5% (17/33) das participantes do controle. Em relação ao estado ansioso, houve redução dos escores em 81,5% (22/27) dos participantes do PROMÃE em comparação com 54,5% (18/33) do controle. Redução com significativa diferença entre os grupos tanto em relação a EPDS ($X^2 = 7,576$; $gl = 1$; $p = 0,0,06$) quanto ao IDATE-estado ($X^2 = 4,848$; $gl = 1$; $p = 0,0,28$).

Tabela 4

Frequência de participantes que alcançaram o ponto de corte das escalas

Escala		Intervenção $N = 27$ (100%) % (n)	Controle $N = 33$ (100%) % (n)	Total $N = 60$ % (n)
EPDS ≥ 13	T1	33,3 (9)	21,2 (7)	26,7 (16)
	T2	11,1 (3)	30,3 (10)	21,7 (13)
	T3	18,5 (5)	30,3 (10)	25,0 (15)
IDATE-E ≥ 41	T1	51,9 (14)	69,7 (23)	61,7 (37)
	T2	29,6 (8)	54,5 (18)	43,3 (26)
	T3	29,6 (8)	57,6 (19)	45,0 (27)
IDATE-T ≥ 41	T1	66,7 (18)	69,7 (23)	68,3 (41)
	T2	37,0 (10)	66,7 (22)	53,3(32)
	T3	40,7 (11)	66,7 (22)	55,0(33)

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo apoiam trabalhos anteriores que demonstraram evidências de eficácia das intervenções preventivas baseadas na TCC que visam a prevenção do surgimento de novos casos e agravamento de sintomas depressivos (Cho et al., 2008; Milgrom et al., 2011; Tandon & Perry, 2011). Contrariando achado anterior (Bittner et al., 2014), os resultados mostram que também são eficazes para prevenir sintomas de ansiedade. Até onde se sabe, este estudo é o primeiro ensaio clínico baseado na TCC para a prevenção de sintomas de depressão e ansiedade perinatais.

Em comparação ao grupo controle, o efeito da intervenção PROMÃE foi significativo aos 30 dias do pós-parto na redução dos sintomas de depressão com tamanho de efeito médio. Supõe-se que a ausência de significância entre os grupos aos três meses para sintomas depressivos, seja em função da remissão natural no grupo controle, uma vez que, na comparação intragrupo, o efeito do programa sobre os sintomas depressivos se manteve significativo nos dois períodos avaliados do puerpério em relação ao período gestacional, ao passo que no controle não houve alterações significativas. Outra hipótese é que a verbalização de sua experiência, angústia e sofrimento durante a aplicação das escalas de 30 dias, tenha contribuído para alívio dos sintomas, o chamado efeito Hawthorne (Ngai et al., 2009). Outra explicação é que nas participantes do PROMÃE, os escores médios já tinham atingido os valores mínimos ($M = 6,48$; $DP = 5,13$) a exemplo do estudo que comprovou a eficácia da intervenção, $M = 6,45$; $DP = 1,09$ (Mao et al., 2012). Vários estudos apontam que quando escores médios são em níveis baixos, é mais difícil identificar efeitos com significância (Bittner et al., 2014; Sockol, 2015).

O efeito sobre a sintomatologia de ansiedade-estado foi significativo aos 90 dias do puerpério com tamanho de efeito próximo ao médio. Na comparação intragrupo, a intervenção mostrou significância tanto no primeiro quanto no terceiro mês do pós-parto, com sintomas reduzindo no decorrer do tempo, ao passo que no controle não houve alterações significativas. Esses resultados podem ser decorrentes do aprendizado adquirido a partir do conteúdo do programa.

No Brasil, um estudo que rastreou sintomas depressivos em diversos Estados do país identificou taxa de 26,3% de prováveis casos (Theme Filha et al., 2016), reforçando as evidências de efeito. O presente estudo encontrou taxas menores (18,5%) no grupo intervenção PROMÃE e maiores no controle (30,3%). A redução do número de mulheres que pontuaram acima do ponto de corte e o alto percentual de participantes que apresentaram redução dos sintomas de depressão e ansiedade em relação à avaliação de base são também evidências de efeito positivo do programa. A taxa de 85,2% foi próxima a da redução encontrada no estudo de Tandon & Perry, (2011), referente as mulheres da intervenção que reduziram sintomas (84%) e maior (51,5%) do que a encontrada no controle (41%) do referido estudo.

No que tange aos desfechos secundários, ansiedade-traço e percepção de suporte social, há indícios de efeitos do programa sobre eles. Houve redução dos escores da IDATE-traço significativa no PROMÃE, porém não observada no controle. Duas hipóteses podem ser levantadas para este desfecho: a de que a aquisição de novas habilidades por meio da intervenção (habilidades de comunicação, autocontrole das respostas a situações estressoras, técnicas de relaxamento, entre outras) tenha contribuído para a mudança na autopercepção e a de que a subescala IDATE-traço não sustenta a propriedade psicométrica de confiabilidade teste-reteste, como apontado em uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação de ansiedade (DeSousa, 2013), pois pressupõe-se que se é traço não deveria apresentar grandes variações com o passar do tempo. Novos estudos seriam necessários para investigação dessas hipóteses.

A associação entre o baixo suporte social e sintomas depressivos e ansiosos identificada nesse estudo encontra vasto respaldo na literatura (Kinser et al., 2018; Kliemann et al., 2017; Milgrom et al., 2011; Nascimento et al., 2022). O aumento da percepção de suporte social no grupo PROMÃE, associado à redução dos sintomas de depressão e ansiedade, sugere que a intervenção eleva um importante fator cognitivo protetor da depressão (Mendelson et al., 2013). No entanto, na comparação entre grupos

não foi significativa. A ausência de diferença entre os grupos também ocorreu em estudo anterior embora seu resultado intragrupo tenha sido o inverso ao apresentado no presente estudo. No deles, o controle teve melhora da percepção, provavelmente em função de ele ser um grupo ativo, cujas estratégias podem ter favorecido a mudança dos índices (McKee et al., 2006). Uma possível explicação para a não significância pode ser a redução do nível da percepção de apoio social no grupo controle ($p = 0,001$). O treino de assertividade realizado na intervenção (a comunicação com o parceiro foi um dos principais focos do treino), a rede de apoio formada pelo grupo e mantida após a intervenção podem ter favorecido a aumento da percepção de suporte social nas participantes do PROMÃE.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Os resultados apresentados neste estudo contribuem para fortalecer as evidências de que prevenção baseada na TCC pode auxiliar na redução de sintomas de depressão e ansiedade, diminuindo também a possibilidade de novos casos. As evidências desse estudo corroboram a ideia de que a saúde mental precisa ser inserida na assistência pré-natal. Algumas limitações ao estudo podem ser listadas, entre eles: não ser randomizado, não ser duplo-cego, além de dificuldades para controlar variáveis externas. Neste estudo, foi identificado que, na gestação, a frequência de mulheres que alcançaram o ponto de corte para depressão e ansiedade já era alto e a maioria delas não recebia qualquer tratamento para reduzir os sintomas.

REFERÊNCIAS

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36226540008>
- Aliane, P. P., Mamede, M. V., & Furtado, F. E. (2011). Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. *Psicologia em Pesquisa*, 5(2), 146-156. <https://doi.org/10.24879/201100500200335>
- Almond, P. (2009). Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health*, 129(5), 221-227. <https://doi.org/10.1177/1757913909343882>
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000300013>
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 217-228. <https://doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.010>
- Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N., & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A

- randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001>
- Bittner, A., Peukert, J., Zimmermann, C., Junge-Hoffmeister, J., Parker, L. S., Stöbel-Richter, Y., & Weidner, K. (2014). Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioral group program. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 28(3), 185-195. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000027>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(6), 278-284. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: Estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003012>
- Caumo, W., Calvetti, P. Ü., & Henriques, A. A. (2016). Inventário de Ansiedade Traço-Estado. In C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbühler, *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental* (pp. 156-159). Artmed.
- Cho, H. J., Kwon, J. H., & Lee, J. J. (2008). Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study. *Yonsei Medical Journal*, 49(4), 553-562. <https://doi.org/10.3349/ymj.2008.49.4.553>
- DeSousa, D. A., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2013). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015
- Doktorchik, C., Premji, S., Slater, D., Williamson, T., Tough, S., & Patten, S. (2018). Patterns of change in anxiety and depression during pregnancy predict preterm birth. *Journal of Affective Disorders*, 227, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.001>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000617>
- Felipe, A. O. B., Souza, J. J., & Carvalho, A. M. P. (2014). Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 21(5), 16-27. [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-622-\(21-3\)-jul-Set-2014.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-622-(21-3)-jul-Set-2014.pdf)
- Flores, M. R., Souza, A. P. R., Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2013). Association between risk indicators for child development and maternal emotional state. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000046>
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2018). Depressão pós-parto. In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & M. Teodoro. (Orgs.) *PROPISICO: Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde, ciclo 1* (pp. 1-36). Artmed Panamericana.
- Ginsburg, G. S., Barlow, A., Goklish, N., Hastings, R., Baker, E. V., Mullany, B., Tein, J. Y., & Walkup, J. (2012). Postpartum depression prevention for reservation-based american indians: Results from a pilot randomized controlled trial. *Child & Youth Care Forum*, 41(3), 229-245. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9161-7>
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373-387. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>

- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hou, Y., Hu, P., Zhang, Y., Lu, Q., Wang, D., Yin, L., ... Zou, X. (2014). Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 47-52. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1170>
- Kinser, P. A., Thacker, L. R., Lapato, D., Wagner, S., Roberson-Nay, R., Jobe-Shields, L., Amstadter, A., & York, T. P. (2018). Depressive symptom prevalence and predictors in the first half of pregnancy. *Journal of Women's Health (2002)*, 27(3), 369-376. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6426>
- Kliemann, A., Boing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>
- Malloy-Diniz, L. F., Schlottfeldt, C. G. M. F., Figueira, P., Neves, F. S., & Corrêa, H. (2010). Escala de depressão pós-parto de Edimburg: Análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 316-318. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000300018>
- Mao, H. J., Li, H. J., Chiu, H., Chan, W. C., & Chen, S. L. (2012). Effectiveness of antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(4), 218-224. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x>
- McKee, M. D., Zayas, L. H., Fletcher, J., Boyd, R. C., & Nam, S. H. (2006). Results of an intervention to reduce perinatal depression among low-income minority women in community primary care. *Journal of Social Service Research*, 32(4), 63-81. https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J079v32n04_04
- Meijssen, D., Wolf, M., Koldewijn, K., van Baar, A., & Kok, J. (2011). Maternal psychological distress in the first two years after very preterm birth and early intervention. *Early Child Development and Care*, 181(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/03004430903159852>
- Mendelson, T., Leis, J. A., Perry, D. F., Stuart, E. A., & Tandon, S. D. (2013). Impact of a preventive intervention for perinatal depression on mood regulation, social support, and coping. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 211-218. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0332-4>
- Milgrom, J., Ericksen, J., Leigh, B., Romeo, Y., Loughlin, E., McCarthy, R., & Saunders, B. (2009). *Towards parenthood: Preparing for the changes and challenges of a new baby*. ACER Press.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.045>
- Ministério da Saúde. (2012). *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012, 1-8. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Ministério da Saúde. (2012). *Resolução nº 510*, de 07 de abril de 2016, 1-8. Ministério da Saúde.

- http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
- Morais, A. O. D. S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A., ... Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016>
- Morais, M. L. S., Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 40-49. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>
- Muñoz, R. F., Le, H.-N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., Jr., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K., & Lieberman, A. F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamás y Bebés/ Mothers and Babies course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 70-83. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.021>
- Nascimento, J. W. A., Conceição, D. C. O., Pessôa Filho, A. T., Silva, C. A. V., Araújo, J. S., Mota, C. S. M., Silva, F. R. S., Almeida, J. F. P., Silveira, M. E. R. R., & Souza, A. L. (2022). Factors associated with the occurrence of postpartum depression: A systematic review. *Research, Society and Development*, 11(3), e43811326858. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26858>
- Ngai, F., Chan, S. C., & Ip, W. (2009). The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resoucefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1298-1306. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.007>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A., & Mousavi, S. A. (2016). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 172-182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1266470>
- Rezaee R., Faramarzi M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19, 45-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25949251>
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J., Botelho, I. P., Lapolli, C., Magalhães, P. V., Barbosa, A. P., & Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>
- Schardosim, J. M., & Heldt, E. (2011). Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: Uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 159-166. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100021>
- Schmidt, E. D., Piccoloto, N. M., & Muller, M. C. (2005) Depressão pós-parto: Fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>
- Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N., Santos, R., & Lira, P. (2017). Association between postpartum depression

- and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria*, 93(4), 356-364. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>
- Silva, L. M. (2018). *Prevalência dos transtornos ansiosos em mães durante a gestação, sua incidência no puerpério e sua associação com a saúde da criança nos primeiros meses de vida* [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo.
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1205-1217. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>
- Tandon, S. D., Leis, J. A., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2014). Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 873-881. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1313-y>
- Tandon, S. D., Perry, D. F., Mendelson, T., Kemp, K., & Leis, J. A. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 707-712. <https://doi.org/10.1037/a0024895>
- Tandon, S. D., Ward, E. A., Hamil, J. L., Jimenez, C., & Carter, M. (2018). Perinatal depression prevention through home visitation: a cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 641-652. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9934-7>
- Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., & Silva, R. (2012). Prevalência do risco de suicídio e de comorbidades em mulheres pós-parto em Pelotas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.12.001>
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G., & Leal, M. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Van De Loo, K. F. E., Vlenterie, R., Nikkels, S. J., Merkus, P. J. F. M., Roukema, J., Verhaak, C. M. et al. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, 45(4), 478-489. <https://doi.org/10.1111/birt.12343>
- Zhao, Y., Kane, I., Wang, J., Shen, B., Luo, J., & Shi, S. (2015). Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Research*, 226(1), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.016>
- Wenzel, A., & Kleiman, K. (2015). *Cognitive behavioral therapy for perinatal distress*. Routledge.

Submetido: 25/09/2021

Revisado: 25/03/2022

Aprovado: 22/04/2022

Sobre os autores:

Neuraci Gonçalves de Araújo é mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe.

Elder Cerqueira-Santos é docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe.

Correspondência: neuracipsi@gmail.com