

# Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática

## *Association between social support and depression during pregnancy: a systematic review*

Daianna Lima Thiengo<sup>1</sup>, Jacqueline Fernandez de Cintra Santos<sup>2</sup>,  
Vanessa C. Mason<sup>3</sup>, Lúcia Abelha<sup>4</sup>, Giovanni Marcos Lovisi<sup>5</sup>

### RESUMO

A ausência de apoio social pode tornar gestantes mais suscetíveis à ocorrência de transtornos como a depressão. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática e analisar os recentes estudos sobre a associação entre apoio social e a depressão gestacional. A revisão consistiu na busca de artigos publicados nas bases de dados PubMed/Medline, Science Direct, SciELO e Scopus no período de 1980 a 2010. Foram considerados critérios de inclusão estudos epidemiológicos observacionais; que utilizaram escalas validadas para avaliação tanto do apoio social quanto da depressão; que tenham sido publicados em inglês, espanhol ou português; e de maior qualidade metodológica, avaliados conforme critérios metodológicos, utilizando o instrumento Checklist for Measuring Quality – Downs & Black. Resultados: Dos 26 estudos selecionados, 23 (88,5%) encontraram associação. Conclusão: Apesar de tais resultados, não há dúvidas quanto à necessidade de mais estudos sobre o assunto, permitindo não apenas a compreensão da magnitude do problema, já que a depressão é uma questão de saúde pública, mas também a comparação com outras publicações e conhecimento dos fatores a ela associados. O conhecimento desta associação torna-se fundamental para a implantação de programas preventivos.

**Palavras-chave:** apoio social; transtornos de adaptação; gravidez; revisão por pares.

### ABSTRACT

The absence of social support can do pregnant more susceptible to the onset of mental disorders like depression. This study aimed to perform a systematic review and analyze recent studies about the association of social support and depression pregnancy. The review covered articles published in PubMed/Medline, Science Direct, SciELO and Scopus between 1980 and 2010. Inclusion criteria were observational studies; researches that used validated scales to assess both social support and depression; that have been published in English, Spanish or Portuguese; and high methodological quality studies, evaluated according to methodological criteria, through Checklist for Measuring Quality – Downs & Black. Results: Of the 26 articles selected, 23 studies (88.5%) found an association between social support and depression during pregnancy. Conclusion: In spite of these results, there are no doubts about the need for more research about the subject, allowing not only understanding the magnitude of the problem, because depression is an issue of public health, but also comparison with other studies and the knowledge of associated factors. The knowledge of this association is fundamental for the implementation of preventive programs.

**Keywords:** social support; adjustment disorders; pregnancy; peer review.

Trabalho realizado no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup> Mestranda em Saúde Pública pela Universidade de Columbia – Nova York, EUA.

<sup>4</sup> Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>5</sup> Professor Adjunto do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Daianna Lima Thiengo – Avenida Horácio Macedo, s/n – Ilha do Fundão – Cidade Universitária – CEP: 21941-598 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: daianna.thiengo@yahoo.com.br.

Fonte de financiamento: CNPq – processo nº 470.455.2009-8

Conflito de interesse: nada a declarar

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, estudos apontam que o apoio social pode estar associado à etiologia, à precipitação, ao curso e à recuperação de indivíduos com transtornos mentais<sup>1,2</sup>. O apoio social pode ser avaliado pela integração social do indivíduo, por meio de rede de serviços e percepção de pessoas próximas que lhe estão acessíveis, fazendo com que se sinta amado, cuidado e seguro<sup>3</sup>.

Valla<sup>4</sup> afirma que o apoio social contribui para a sensação de coerência da vida e o seu controle sobre a mesma e traz benefícios não só para quem o recebe, na forma de informação ou auxílio, mas também para quem o oferece. O contato social é um fator importante para o equilíbrio de doenças, já que a adaptação ao meio e ao ambiente pode diminuir a suscetibilidade tanto às doenças físicas quanto às doenças mentais<sup>5</sup>. Pessoas que não recebem apoio do meio social e estão em uma situação estressante são mais suscetíveis a terem problemas de saúde relacionados ao estresse<sup>6</sup>.

De acordo com Olstad et al.<sup>7</sup>, existem duas teorias que explicam a associação entre apoio social e saúde mental. A primeira refere-se ao fato de que o apoio social afeta diretamente a saúde mental, desencadeando transtornos mentais. Já a segunda diz respeito ao modelo de eventos estressores - transtornos mentais, nos quais o apoio social funcionaria como mediador do estresse (efeito buffer), modificando o seu efeito, ou seja, o indivíduo com alto nível de apoio social reage mais positivamente às situações estressantes se comparado a outros que não dispõem deste tipo de recurso.

Na presença de apoio social, os riscos de adoecer por doenças como a depressão tendem a ser reduzidos<sup>8</sup>. Estudos epidemiológicos mostram que a falta de companheiro(a) ou confidente e o isolamento social associam-se à maior ocorrência de depressão, principalmente em mulheres, especificamente devido à ausência de apoio social<sup>9</sup>.

No sexo feminino, é observado aumento de sintomatologias, ou até mesmo o surgimento de transtornos psiquiátricos, durante a gestação<sup>10,3</sup>, quando há transformações no organismo da mulher, alterando o psiquismo e o seu papel social<sup>11</sup>. A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez, variando de 10 a 20%<sup>12</sup>, e pode estar associada a fatores como história prévia de depressão, características sociodemográficas (baixa renda, desemprego), complicações obstétricas, eventos estressantes (dificuldades financeiras), violência doméstica, complicações obstétricas, história familiar de depressão, resiliência e apoio social<sup>13,14</sup>.

O papel do apoio social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos em que são observadas modificações psicossociais e fisiológicas como é o caso da gravidez<sup>15</sup>.

Deste modo, torna-se necessária maior compreensão sobre a associação entre apoio social e depressão gestacional. Para isto, revisões sistemáticas são particularmente úteis, pois integram as informações de um conjunto de estudos que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, auxiliando na orientação para investigações futuras<sup>16</sup>. No Brasil, não foram encontradas revisões sistemáticas para melhor compreensão deste tema.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática, analisando as recentes pesquisas que investigaram a associação entre apoio social e depressão gestacional, visando uma melhor compreensão do tópico em questão.

## MÉTODOS

O método adotado consistiu de uma revisão sistemática da literatura a respeito da associação entre apoio social e depressão durante a gestação. Foram utilizadas as bases de dados bibliográficos PubMed/Medline, Science Direct, SciELO e Scopus dos últimos dez anos (1980 até julho de 2010). Por meio de buscas verificou-se que estudos anteriores a este período tiveram como foco de avaliação o apoio social e depressão no período do pós-parto.

Na estratégia de busca foram utilizadas as palavras-chave: “social support”, “apoyo social” e “apoio social” relacionadas a apoio social; “pregnancy”, “embarazadas”, “gestantes”, “risk factors”, “factores del riesgo” e “fatores de risco” relacionadas a gestação; “depression during pregnancy”, “depréssion durante el embarazo” e “depressão durante a gestação” quando tratou-se sobre a depressão gestacional. Outra estratégia foi a busca manual em listas de referências dos artigos identificados e selecionados pela eletrônica.

Foram considerados critérios de inclusão estudos epidemiológicos observacionais como caso-controle, seccionais, seguimento e coorte; estudos que utilizaram escalas validadas para avaliação tanto do apoio social quanto da depressão; trabalhos publicados em inglês, espanhol e português; e estudos de maior qualidade metodológica, avaliada pela escala Downs & Black<sup>17</sup>.

Os artigos selecionados a priori foram posteriormente avaliados e pontuados conforme critérios metodológicos propostos por Downs & Black<sup>17</sup> no instrumento denominado *Checklist for Measuring Quality* aplicáveis ao delineamento dos artigos para avaliação de sua qualidade. Tais critérios avaliam a informação, as validades interna (vieses e confundimentos) e externa e a capacidade de detecção de efeito significativo do estudo. O presente artigo utilizou a versão composta por 27 itens, sendo excluídos os relacionados a estudos experimentais (4, 8, 12 a 15, 19, 23, 24 e 27). Deste modo, ao final, foram avaliados 17

itens, com, no máximo, 18 pontos (Figura 1). Tais critérios foram utilizados por outros autores em artigos de revisão nacional<sup>18,19</sup>. Os que apresentaram classificação acima de 70% (cerca de 12 pontos) foram incluídos no estudo por serem considerados de maior qualidade metodológica. A busca bibliográfica resultou em 737 artigos. Destes, 392 foram excluídos por serem revisões de literatura e estudos repetidos nas diferentes bases de dados. Dos 345 restantes, 256 foram excluídos por não respeitarem os critérios de inclusão. Para a análise final, 89 estudos foram avaliados qualitativamente, sendo 63 excluídos por não alcançarem o escore desejado. Com isso, 26 artigos foram analisados na presente revisão (Figura 2).

Os estudos selecionados foram comparados aos seguintes eixos: autores, ano de publicação, país de origem, local de pesquisa, tipo de estudo, tamanho da amostra, média de idade das participantes (Tabela 1), escala de apoio social e respectiva confiabilidade, instrumento para avaliação da depressão e respectiva confiabilidade, prevalência de depressão, período em que a depressão foi avaliada, outras variáveis de interesse do estudo (Tabela 2), resultados principais (associação entre apoio social e depressão gestacional) e escore de avaliação de qualidade metodológica (critérios de Downs & Black)<sup>17</sup> (Tabela 3).

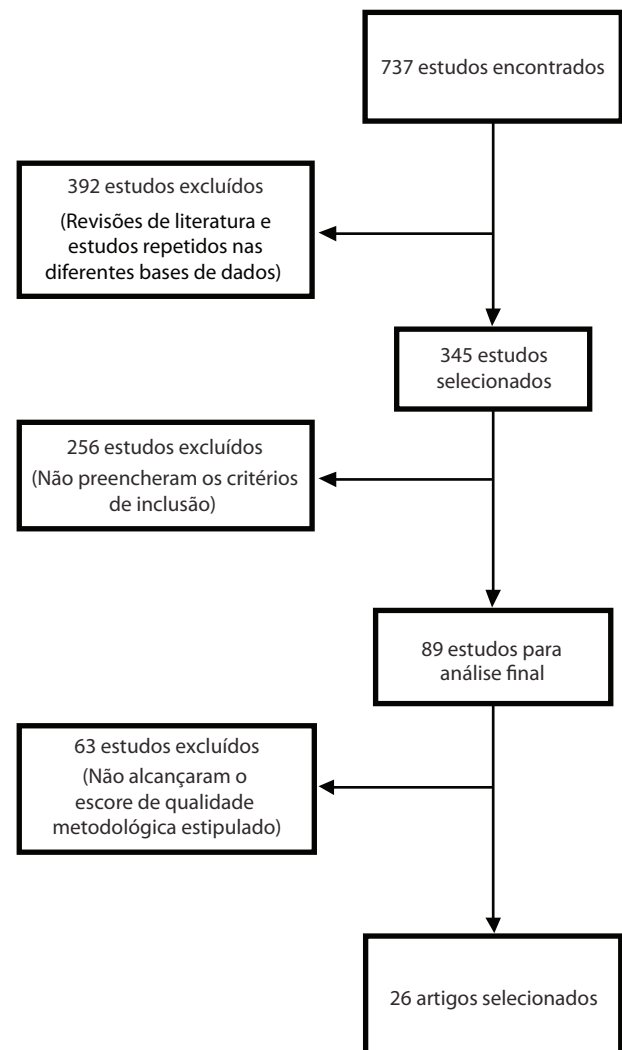
Hipóteses ou objetivos claramente descritos
Desfecho claramente descrito na introdução ou metodologia
Características dos participantes incluídos
Distribuição das principais variáveis de confusão
Principais resultados claramente descritos
Informação sobre estimativas da variabilidade aleatória nos dados
Características das perdas
Informações sobre valores de probabilidade do desfecho
Representatividade dos indivíduos incluídos no estudo
Se foi deixado de forma clara pelos autores algum resultado que não tenha sido baseado em hipótese estabelecida anteriormente pela pesquisa;
Se em estudos de coorte a análise foi ajustada para diferentes durações de acompanhamento ou se em estudos de casos e controles o tempo entre a intervenção e o desfecho foi o mesmo para casos e controles
Adequação dos testes estatísticos
Se as medidas utilizadas para os principais desfechos foram acuradas
Se os participantes dos diferentes grupos foram recrutados na mesma população
Se os participantes dos diferentes grupos foram recrutados no mesmo período de tempo
Se a análise incluiu ajuste adequado para as principais variáveis de confusão
Se foram consideradas as perdas de participantes durante o acompanhamento

**Figura 1.** Itens do “Check list for Measuring Quality” utilizados para avaliação qualitativa dos artigos.

## RESULTADOS

A maioria (84,6%) dos estudos foi realizada em países desenvolvidos, principalmente Estados Unidos e Canadá. Das três pesquisas em países em desenvolvimento, duas foram conduzidas no Brasil. Com relação ao local de pesquisa, prevaleceram os serviços de pré-natal (61,5%) e maternidades (26,9%), embora 11,5% tenham acontecido na residência das entrevistadas, geralmente por meio de questionários autopreenchíveis enviados por correspondência.

Do total, 65,3% apresentaram desenho seccional. Dentre os estudos longitudinais, predominaram os de coorte - apenas 4 foram de seguimento (*follow-up*). O tamanho das amostras variou entre 44 e 1.329 gestantes, sendo identificadas 10 pesquisas com mais de 300 participantes, das quais apenas 1 foi realizado em um país em desenvolvimento. No Brasil, só foram encontrados três estudos sobre o tema, todos apresentando amostras pequenas, não representativas da população, e sem processo aleatório na seleção da amostra. Esses fatos podem gerar erros na estimativa dos fatores avaliados.



**Figura 2.** Fluxograma da busca bibliográfica.

**Tabela 1.** Características dos estudos selecionados sobre apoio social e depressão gestacional entre 1980 e 2010.

Autores	País/Ano de publicação	Local de pesquisa	Tipo de estudo	Amostra	Média de idade das participantes em anos (desvio padrão)
Spoozak et al.	EUA/2009	Maternidade	Seccional	783	30,0 (DP*=NI*)
Mckee et al.	EUA/ 2001	Maternidade	Coorte	155	24,0 (DP=5,00)
Webster et al.	Austrália/2000	Maternidade	Seguimento (13,6% perdas)	901	27,0 (DP=6,30)
van den Akker	Reino Unido/2007	Residência	Coorte	81	NI
Baptista et al.	Brasil/2006	Serviço de pré-natal	Seccional	44	24,6 (DP=4,20)
Zayas et al.	EUA/2002	Serviço de pré-natal	Seccional	148	24,0 (DP=5,28)
Westdahl et al.	EUA/2007	Maternidade	Seguimento (Não referido o número de perdas)	1.047	20,4 (DP=2,62)
Pajulo et al.	Finlândia/2001	Serviço de pré-natal	Seccional	391	28,0 (DP=4,80)
Freitas et al.	Brasil/2002	Serviço de pré-natal	Seccional	120	16,4 (DP=1,10)
Rodriguez et al.	EUA/2008	Serviço de pré-natal	Seccional	210	27,7 (DP=5,80)
Leigh & Milgrom	Austrália/2008	Maternidade	Seguimento (56% de perdas)	367	30,8 (DP=5,10)
Elsenbruch et al.	Alemanha/2007	Maternidade	Seccional	896	29,0 (DP=5,02)
Da Costa et al.	Canadá/2000	Residência	Coorte	100	29,0 (DP=4,22)
Ritter et al.	Canadá/2000	Serviço de pré-natal	Seccional	191	24,4 (DP=NI)
Sagrestano et al.	EUA/2004	Serviço de pré-natal	Seccional	197	25,7 (DP=6,16)
Ethier et al.	EUA/2002	Serviço de pré-natal	Coorte	634	28,0 (DP= NI)
Blaney et al.	EUA/2004	Serviço de pré-natal	Seccional	307	28,0 (DP=6,90)
Zelcowitz et al.	Canadá/2004	Maternidade	Seccional	119	30,5 (DP=4,90)
Jesse et al.	EUA/2005	Serviço de pré-natal	Seccional	130	29,0 (DP= NI)
Martínéz et al.	Espanha/2008	Serviço de pré-natal	Seccional	200	NI
Rojas et al.	Venezuela/2005	Serviço de pré-natal	Seccional	905	21,5 (DP= 10,30)
Kitamura et al.	Japão/1993	Serviço de pré-natal	Seccional	1.329	28,0 (DP=4,30)
Pereira et al.	Brasil/1999	Serviço de pré-natal	Seccional	60	29,0 (DP=NI)
Séguin et al.	Canadá/1995	Residência	Coorte	144	25,0 (DP=4,10)
Stevenson et al.	EUA/1998	Serviço de pré-natal	Seccional	110	16,7 (DP=NI)
Norbeck & Tilden	EUA/ 1983	Serviço de pré-natal	Seguimento (30% de perdas)	117	26,2 (DP=4,10)

\*DP: desvio padrão; \*\*NI: não informado.

Outras variáveis também investigadas foram baixa escolaridade, baixa renda, grupo superior a 35 anos, participantes negras e hispânicas, eventos estressantes (dificuldades financeiras, conflitos matrimoniais), violência doméstica, complicações durante a gestação, o número de filhos (mais que três filhos), transtorno de ansiedade e história anterior de depressão. Outros estudos também destacaram itens como história de aborto, não viver com o pai da criança, ideação suicida, tabagismo e dependência de drogas, história de abuso sexual, estratégias de *coping* negativo e ser HIV positivo.

Em relação às escalas utilizadas para avaliar o apoio social na gestação, o *Social Support Questionnaire* (SSQ)<sup>20</sup> foi a mais utilizada, seguida pelo *Norbeck Social Support Questionnaire* (NSSQ)<sup>21</sup>, *Inventory of Social Support* (ISS)<sup>22</sup>, *Perceived Social Support Scale* (PSSS)<sup>23</sup>, *Perceived Availability of Support Scale* (PASS)<sup>24</sup>, *Arizona Social Support Interview Schedule*<sup>25</sup> e *Perceived Social Support Family Scale* (PSS-Fa) e *Friends Scale*<sup>26</sup>.

Dos 26 estudos selecionados, apenas 3 (11,5%) deles não encontraram associação entre apoio social e depressão gestacional<sup>27-29</sup>. A média de prevalência de depressão gestacional

variou entre 7,7% e 58,0%. Poucas pesquisas encontraram prevalência abaixo de 20%, sendo mais frequentes taxas de 20,8 a 58,0%. Sete estudos não fizeram referência à prevalência de depressão.

O segundo trimestre foi o momento da gravidez mais comum para a avaliação do apoio social e depressão. Apenas um estudo de coorte avaliou o assunto ao longo dos três trimestres da gestação.

Entre as escalas utilizadas para a avaliação da depressão gestacional esteve o *Inventário Beck de Depressão*, o qual mensura a gravidade dos sintomas depressivos<sup>30</sup>, seguido pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), que é auto-preenchível, avalia a intensidade de sintomas depressivos no período pós-parto e foi validada também para uso durante a gravidez<sup>31</sup>. Outros instrumentos, como o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D)<sup>32</sup>, elaborado pelo National Institute of Mental Health para acessar sintomas depressivos a partir de 20 perguntas autopreenchíveis, também foram usados. Entrevistas diagnósticas como o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)<sup>33</sup>, da Organização

**Tabela 2.** Características dos estudos selecionados sobre apoio social e depressão gestacional entre 1980 e 2010.

Autores	Escala de apoio social	Escala de depressão	Prevalência de depressão %	Período em que a depressão foi avaliada (trimestre)	Outras variáveis de interesse dos estudos
Spoozak et al.	Kendler Social Support Interview <small>(alpha não referido)</small>	Composite International Diagnostic Index <small>(k*=0,95)</small>	9,0	2°	Baixa escolaridade, baixa renda, idade (acima de 35 anos)
Mckee et al.	Norberck Social Support Questionnaire <small>(a*=-0,92)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	51,0	3°	Baixa renda, solteira, hispânica ou negra
Webster et al.	Maternity Social Support Scale <small>(a=0,51)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	NI***	2°	Solteira e com complicações obstétricas
van den Akker	PSSS <sub>4</sub> <small>(a= 0,85)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	NI	Ao longo da gestação	Conflitos matrimoniais e transtornos de ansiedade
Baptista et al.	Perceived Social Support Scale <small>(a=0,85)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	29,5	Qualquer momento	Transtornos de ansiedade e história prévia de aborto
Zayas et al.	Norberck Social Support Questionnaire <small>(a=0,92)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	51,0	Qualquer momento	Eventos estressantes, ser hispânica ou negra e baixa renda
Westdahl et al.	Social Relationship Scale <small>(a=0,84)</small>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale <small>(a=0,85)</small>	33,0	2°	Baixa renda, baixa escolaridade e não viver com o pai da criança
Pajulo et al.	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	7,7	2° e 3°	Baixa renda, dependência de drogas e número de filhos (>3)
Freitas et al.	European Parasuicide Standardized Interview Schedule <small>(a=0,88)</small>	Hospital Anxiety and Depression Rating Scale <small>(a=0,77)</small>	20,8	Qualquer momento	Ideação suicida e ser solteira
Rodriguez et al.	Social Support Survey <small>(a=0,83)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	41,0	2° e 3°	Violência doméstica e eventos estressantes
Leigh & Milgrom	Social Provisions Scale <small>(a=0,87)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	16,9	3°	Transtornos de ansiedade, eventos estressantes, baixa renda e história prévia de abuso sexual
Elsenbruch et al.	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	15,8	3°	Tabagismo e história anterior de depressão
Da Costa et al.	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	25,0	1°	Eventos estressantes
Ritter et al.	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	27,0	2°	Eventos estressantes e baixa renda
Sagrestano et al.	Inventory of Social Support <small>(a=0,92)</small>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale <small>(a=0,85)</small>	NI	2°	Violência doméstica e baixa renda
Ethier et al.	Perceived Availability of Support Scale <small>(a=0,85)</small>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale <small>(a=0,85)</small>	NI	2°	Ser HIV positivo
Blaney et al.	Perceived Availability of Support Scale <small>(a=0,85)</small>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale <small>(a=0,85)</small>	9,4	2°	Baixa escolaridade, isolamento social, estratégias de coping negativas e ser hispânica ou negra
Zelcowitz et al.	Arizona Social Support Interview Schedule <small>(a=0,78)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	42,0	3°	Conflitos matrimoniais
Jesse et al.	Prenatal Psychosocial Profile <small>(a=0,78)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	27,0	2°	Eventos estressantes e não referir religião
Martínez et al.	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Edimburgo Postnatal Depression Scale <small>(a=0,87)</small>	15,0	3°	Baixa renda, baixa escolaridade, idade (>35) e número de filhos (>3)
Rojas et al.	Inventory of Social Support <small>(a=0,92)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	58,0	2°	Baixa renda e número de filhos (>3)
Kitamura et al.	Social Support Survey <small>(a=0,83)</small>	Self-rating Depression Scale <small>(a=0,84)</small>	20,0	Qualquer momento	Eventos estressantes, história obstétrica, personalidade, idade, nível educacional, habitação, alcoolismo, ser fumante, ser solteira
Pereira et al.	Social Support Survey <small>(a=0,83)</small>	Brief Symptom Inventory <small>(a=0,81)</small>	NI	Qualquer momento	Sentido de coerência e relacionamento conjugal
Séguin et al.	Arizona Social Support Interview Schedule <small>(a=0,78)</small>	Beck Depression Inventory <small>(a=0,93)</small>	38,2	2°	Eventos de vida estressantes e baixo nível socioeconômico
Stevenson et al.	Perceived Social Support Family Scale <small>(a=0,85)</small> Perceived Social Support Friends Scale <small>(a=0,81)</small>	Brief Symptom Inventory <small>(a=0,81)</small>	NI	1° e 2°	Ansiedade, autoestima, satisfação com a vida e qualidade de relacionamento com companheiro
Norbeck & Tilden	Social Support Questionnaires <small>(a=0,83)</small>	Lubin Depression Adjective Checklist - Forma C <small>(a=0,92)</small>	NI	1° e 2°	Ansiedade, autoestima e eventos de vida estressantes

\*a: coeficiente Kappa; \*\*a: coeficiente alpha de Cronbach; NI: não informado.

**Tabela 3.** Características dos estudos selecionados sobre apoio social e depressão gestacional entre 1980 e 2010.

Autores	Resultados principais	Escore de avaliação qualitativa (pontos)
Spoozak et al.	Houve diminuição da chance de ocorrência de depressão no terceiro semestre entre gestantes que referiram presença de apoio social ( $p < 0,001$ )	15
Mckee et al.	Foi observada fraca associação entre ausência de apoio e depressão gestacional ( $p = 0,120$ )	17
Webster et al.	Mulheres com ausência de apoio social estavam mais predispostas a apresentar depressão ( $p = 0,000$ )	15
van den Akker	O apoio social teve efeito protetivo contra a depressão ( $p < 0,010$ )	17
Baptista et al.	Falta de apoio social esteve correlacionada à ocorrência de depressão ( $p < 0,006$ )	14
Zayas et al.	Ausência de apoio social esteve associada à ocorrência de depressão ( $p \leq 0,010$ )	16
Westdahl et al.	Ausência de apoio social contribuiu para a ocorrência de sintomatologia depressiva ( $p < 0,001$ )	17
Pajulo et al.	Ausência de apoio social de amigos e da mãe da gestante foi associada à ocorrência de depressão ( $p < 0,005$ )	16
Freitas et al.	Falta de apoio social associou-se estatisticamente à presença de depressão ( $p = 0,001$ )	14
Rodriguez et al.	Menor frequência de apoio social esteve associada à maior probabilidade de relato de sintomas depressivos ( $p = 0,018$ )	17
Leigh & Milgrom	Ausência de apoio social na gestação foi fator de risco para depressão ( $p < 0,001$ )	15
Elsenbruch et al.	Gestantes com falta de apoio social referiram aumento dos sintomas depressivos ( $p < 0,001$ )	17
Da Costa et al.	Não houve associação ( $p > 0,100$ )	16
Ritter et al.	Apoio social contribuiu para o decréscimo da depressão na gestação ( $p < 0,050$ )	17
Sagrestano et al.	Falta de apoio social esteve associada à ocorrência de depressão ( $p < 0,010$ )	16
Ethier et al.	Não houve associação significativa entre percepção de apoio social e sintomas depressivos ( $p > 0,100$ )	15
Blaney et al.	Ausência de apoio social foi significativamente associada à presença de sintomas depressivos na em gestantes HIV positivo ( $p < 0,020$ )	17
Zelcowitz et al.	Houve associação entre ausência de apoio social e sintomatologia depressiva durante a gestação ( $p < 0,010$ )	15
Jesse et al.	Presença de apoio social esteve associada à redução de sintomatologia depressiva ( $p < 0,050$ )	16
Martínez et al.	Mulheres que referem ausência de apoio social apresentam maior risco de depressão ( $p < 0,050$ )	14
Rojas et al.	Apoio social esteve associado à ocorrência de depressão ( $p < 0,050$ )	13
Kitamura et al.	Presença de apoio diminui a sintomatologia depressiva ( $p < 0,050$ )	14
Pereira et al.	Quanto melhor o apoio social, menor a sintomatologia depressiva ( $p < 0,010$ )	12
Séguin et al.	Ausência de apoio foi associada à presença de sintomatologia depressiva ( $p < 0,010$ )	12
Stevenson et al.	Presença de apoio diminui a sintomatologia depressiva ( $p < 0,010$ )	12
Norbeck & Tilden	Presença de apoio diminui a sintomatologia depressiva ( $p < 0,010$ )	14

Mundial da Saúde (OMS), a *Hospital Anxiety and Depression Rating Scale* (HADS)<sup>34</sup>, *Brief Symptom Inventory*<sup>35</sup> e *Lubin Depression Adjective Checklist* (DACL)<sup>36</sup> foram menos consideradas nesses estudos.

De acordo com o critério proposto por Downs & Black<sup>17</sup>, o escore médio atribuído aos artigos selecionados foi de 15,7 pontos, sendo 17,0 pontos o máximo atingido e 12,0, o mínimo. Em relação a este critério, destacaram-se 7 artigos com valor máximo.

## DISCUSSÃO

Nesta revisão foi observado que a maioria dos estudos encontrou uma associação estatisticamente significativa entre ausência de apoio social e ocorrência de sintomatologia depressiva no período gestacional. Assim como evidenciado por Barrón<sup>37</sup>, pessoas com rede de apoio social pequena e menos

recíprocas estão mais sujeitas a sofrer com algum tipo de transtorno mental, como a depressão.

Além do apoio social, outras variáveis foram associadas significativamente com a depressão, tais como baixa renda, baixa escolaridade, ser solteira, conflitos matrimoniais, violência doméstica e eventos estressantes. Grande parte das pesquisas aponta que todos estes fatores estão inter-relacionados, em maior ou menor grau, na gênese da depressão durante a gestação. Alguns são associados a contextos economicamente desfavoráveis, entre eles baixa escolaridade, baixa renda, desemprego, dificuldades financeiras e violência doméstica, itens que tiveram destaque em estudos conduzidos em países em desenvolvimento como o Brasil. Esses fatores são encontrados em outras populações, incluindo mulheres que não estão grávidas, entretanto, o impacto pode ser exacerbado durante a gestação, especialmente em países onde as mulheres estão diante de grandes desigualdades sociais<sup>38,39</sup>.

O apoio social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, parece ser determinante para o bem-estar mental da gestante<sup>40-42</sup>.

Outra variável associada à depressão em alguns estudos foi a violência doméstica. A gestante com ausência de apoio social e que sofre violência durante a gestação pode ter problemas com a sua saúde e a do bebê, entre eles depressão, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, sangramento no primeiro e no segundo trimestres de gravidez, prematuridade, baixo peso ao nascer<sup>43,44</sup>. Raramente as mulheres revelam tal condição aos serviços de saúde, que pode prover apoio a elas<sup>45</sup>. Isto pode justificar a investigação sistemática da violência doméstica na assistência pré-natal.

Os eventos de vida produtores de estresse, como conflitos conjugais, perda do emprego e ser vítima de assalto podem ser intensificados pela ausência de apoio social e desencadear sintomas depressivos na gestação<sup>40,41,46</sup>.

Entre os fatores de risco frequentemente associados à depressão, os antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de depressão, não foram destacados pela maior parte dos estudos. Das mulheres que desenvolvem depressão durante a gestação, grande parte apresenta precedentes de episódios depressivos<sup>47-49</sup>.

É importante ressaltar que a percepção de apoio social pode ser condicionada pelos transtornos mentais, os quais possivelmente influenciam a avaliação do entrevistado sobre o apoio que está recebendo<sup>50</sup>. Por exemplo: a gestante deprimida pode ter uma opinião negativa dos fatos, negando a presença de apoio social em circunstâncias nas quais há apoio satisfatório. Por outro lado, pode dificultar outras pessoas de ajudá-la, apresentando sintomas como isolamento social, negativismo e recusa<sup>51</sup>.

No que diz respeito ao desenho de estudo, poucas estimaram a incidência da depressão durante a gravidez, já que a maioria apresentou medidas de prevalência, por se tratarem de estudos transversais. A importância dos longitudinais está na identificação de casos novos, que realmente têm início durante o período estudado e não são, por esse motivo, preexistentes, podendo ser verdadeiramente denominados casos de depressão gestacional. Porém, deve-se ressaltar a dificuldade em detectar casos incidentes em transtornos psiquiátricos crônicos, como acontece com a depressão, sendo, portanto, mais frequentes estudos que utilizam medidas de prevalência<sup>52</sup>.

A relação entre apoio social e depressão gestacional sofre influências de vários fatores, o que dificulta o achado de sua associação com significância estatística. Apesar disso, a maioria dos estudos encontrou uma associação estatística entre os dois fatores. Os estudos sem esta associação eram

longitudinais e apresentaram perda média de 30% no seguimento da amostra. Em relação a eles, é provável que à medida que os dados foram sendo subclassificados e as variáveis incorporadas na análise multivariada final, a associação tenha desaparecido, assim como foi verificado pela tese de Lovisi<sup>53</sup>. Perdas de seguimento acentuadas também podem levar à distorção das estimativas de efeito, já que constituem um importante viés de seleção, uma vez que os indivíduos perdidos no seguimento tendem a ter diferentes probabilidades de apresentar depressão em comparação com os que permanecem no estudo, produzindo estimativas espúrias de frequências de doenças e consequentemente associações espúrias com a variável apoio social<sup>54</sup>.

A média de prevalência da depressão durante a gravidez encontrada nesta revisão foi de cerca de 19,5%, o que corrobora com a taxa média de 20% presente na maioria dos estudos<sup>10,12,40,50</sup>. Prevalências acima dessa média foram visualizadas em muitos pesquisas desta revisão que utilizaram escalas de rastreamento de sintomas depressivos. Valores um pouco mais baixos de prevalência foram observados quando se utilizaram entrevistas diagnósticas padronizadas, seguindo critérios mais rígidos como o CIDI em comparação a estudos que levaram em conta inventários ou escalas de rastreamento de sintomatologia, como BDI ou EPDS. A frequência de sintomas depressivos tende a ser maior que a prevalência do transtorno depressivo na população, o que pode justificar tal achado nesses trabalhos.

Diferentes instrumentos também foram utilizados para a avaliação do apoio social. Todas as escalas mensuraram a percepção dos diferentes modos de apoio (afetivo, material e de informação). As escalas, na maior parte dos estudos, foram autoperenchíveis<sup>3,29,55,63</sup>. Este tipo de questionário é indicado pela facilidade de administração e economia no rastreamento de alguns fatores na população, permitindo aos respondentes divulgar um comportamento que, por constrangimento, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face a face com o entrevistador<sup>64</sup>. Porém, um dos principais problemas metodológicos deste tipo de entrevista é o fato de não ser adequada para a população de baixa escolaridade.

Em relação à qualidade metodológica dos artigos, observou-se que os de delineamento longitudinal obtiveram escores mais elevados em relação à pontuação máxima atribuída a eles pelos critérios de Downs and Black<sup>17</sup>. Entre os observacionais, os estudos de coorte foram os que apresentam mais rigor metodológico para análise da relação causa e efeito das variáveis. Como foi relatado, o apoio social é uma variável não especificamente relacionada a outras. Um tipo de estudo que contornaria essa influência é o de coorte, que permite observar e controlar as variáveis que mudam com o tempo. Mas

mesmo nesses estudos poderia haver influência de variáveis que se mantêm por longo período, como os transtornos de personalidade e distímia. No estudo seccional, o fator e efeito são observados no mesmo momento histórico, diferenciando-se dos longitudinais, quando a exposição e o desfecho são estudados em períodos diferentes. Geralmente utiliza-se o estudo seccional para o exame de hipótese sem pleitear causalidade de associação nem definir caráter etiológico. Segundo Susser<sup>65</sup>, a sucessão no tempo e sentido de associação é frágil nos estudos seccionais e uma importante limitação deste tipo de estudo é a possibilidade de causalidade reversa, já que não são obtidas informações sobre causa e efeito, ou seja, a exposição é analisada no mesmo momento do desfecho.

Embora quase todos os estudos tenham apresentado tal associação, uma das possíveis limitações desta revisão é o viés de publicação, que decorre da não divulgação de estudos com resultados negativos.

## CONCLUSÃO

A maioria dos estudos levados em conta nesta revisão encontrou associação entre a ausência de apoio social e ocorrência de depressão no período gestacional. Fatores como baixa renda, baixa escolaridade, conflitos matrimoniais, violência doméstica e eventos estressantes também foram relatados. Embora quase todos os estudos tenham encontrado tal associação, uma das possíveis limitações deste material é o viés de publicação, que decorre da não divulgação de estudos com resultados negativos.

## REFERÊNCIAS

1. LANGFORD CPH, BOWSER J, MALONEY JP, LILLIS PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(1):95-100.
2. GALANTER M. Research on social supports and mental illness. *Am. J. Psychiatric*. 1988; 145(10):1270-2.
3. BAPTISTA MN, BAPTISTA ASD, TORRES ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 2006;7(1):39-48.
4. VALLA VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*. 1999;15(2):7-14.
5. CASSEL J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. *Int J Health Serv*. 1974;4(3):471-82.
6. RODRIGUES VB, MADEIRA M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Ed. Porto. 2009;6:390-9.
7. OLSTAD R, SEXTON H, SOGAARD AJ. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(10):519-25.
8. PIETRUKOWICZ MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
9. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999;21(1):1-5.
9. FALCONE VM, MÄDER CVN, NASCIMENTO CFL, SANTOS JMM, NÓBREGA FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4):612-18.
10. PICCININI CA, GOMES AG, DE NARDI T, LOPES RS. Gestaçao e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 2008;13(1):63-72.
11. FAISAL-CURY A, MENEZES PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1):25-32.
12. CAMPOS B, SCHETTER CD, ABDON CM, HOBEL CJ, GLYNN LM, SANDMAN CA. Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant latinas. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008;14(2):155-62.

No Brasil, o número de pesquisas publicadas sobre o assunto ainda é muito pequeno. A média de prevalência encontrada nelas está em torno de 25% e os fatores associados foram semelhantes aos apresentados nos demais estudos realizados em países em desenvolvimento. Não há dúvidas quanto à necessidade de pesquisas que apresentem mais rigor metodológico sobre o assunto no Brasil.

O uso de amostras maiores, aleatórias e representativas da população em questão pode ser aplicado em estudos futuros. Desta forma, permitirá não apenas a compreensão da magnitude do problema, mas também a comparação com outras pesquisas, possibilitando o conhecimento do fenômeno e dos fatores a ele associados. Cabe ressaltar que, devido à peculiaridade do tema, estudos qualitativos seriam importantes para ajudar na melhor compreensão da associação entre apoio social e depressão na gravidez.

O êxito de programas de assistência ao desenvolvimento infantil também parece depender do bem-estar mental das mães, destacando a necessidade de integração da assistência em saúde mental ao acompanhamento pré-natal. Além disso, as evidências de que a depressão e o apoio social durante a gravidez estejam associados aos indicadores de pobreza, sobretudo baixa renda e a baixa escolaridade, levantam a importância de políticas públicas e programas na área social que invistam em educação e na geração de empregos.

## AGRADECIMENTOS

À Cláudia Lopes pela contribuição na revisão deste trabalho.



13. BENNETT HA, EINARSON A, TADDIO A, KOREN G, EINARSON TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698-709.
14. HUNG C, CHUNG HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs.* 2001;36(5):676-84.
15. LINDE K, WILlich SN. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med.* 2003;96(1):17-22.
16. DOWNS SH, BLACK N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(6):377-84.
17. ARAUJO DMR, VILARIM MM, SABROZA AR, NARDI AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(2):219-27.
18. ROSSI CE, VASCONCELOS FAG. Peso ao nascer e obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):246-58.
19. SARANSON IG, LEVINE HM, BASHAM RB, SARANSON BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(1):127-39.
20. NORBECK JS, TILDEN VP. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav.* 1983;24(1):30-46.
21. TIMMERMAN IGH, EMANUELS-ZUURVEEN ES, EMMELKAMP PMG. The social support inventory (SSI): a brief scale to assess perceived adequacy of social support. *Clin Psychol Psychother.* 2000;7(5):401-10.
22. KAZARIAN SS, MCCABE SB. Dimensions of social support in the MSPSS: factorial structure, reliability, and theoretical implications. *J Community Psychol.* 1991;19(2):150-60.
23. O'BRIEN K, WORTMAN CB, KESSLER RC, JOSEPH JG. Social relationships of men at risk for AIDS. *Soc Sci Med.* 1993;36(9):1161-7.
24. BARRERA M. Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues. In: BH Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support.* Beverly Hills, California: Sage Publications; 1981.
25. PROCIDANO ME & HELLER K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol.* 1983;11(1):1-24.
26. ETHIER KA, ICKOVICS JR, FERNANDEZ MI, WILSON TE, ROYCE RA, KOENING LJ, ET AL. The perinatal guidelines evaluation project HIV and pregnancy study: overview and cohort description. *Public Health Rep.* 2002;117(2):137-47.
27. MCKEE MD, CUNNINGHAM M, JANKOWSKI KRB, ZAYAS L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):988-93.
28. DA COSTA D, LAROUCHE J, DRITSA M, BRENDER W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disorders.* 2000;59(1):31-40.
29. BECK AT, STEER RA, GARBIN MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol.* 1988;8(1):77-100.
30. ADOUARD F, GLANGEAUD-FREUDENTHAL NM, GOLSE B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8(2):89-95.
31. RADLOFF LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385-401.
32. WITTCHEM HU, ROBBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry.* 1991;159:645-53,58.
33. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
34. DEROGATIS LR, MELISARATOS N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med.* 1983;13(3):595-605.
35. LUBIN B. Adjective checklists for the measurement of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;12:57-62.
36. BARRÓN A. *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones.* Madrid: Siglo Veintiuno; 1996.
37. BOLTON HL, HUGHES PM, TURTON P, SEDGWICK P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998;19(4):202-9.
38. PATEL V, RODRIGUES M, DESOUSA N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):43-7.
39. ALAMI KM, KADRI N, BERRADA S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(6):343-6.
40. LOVISI GM, LÓPEZ JR, COUTINHO ES, 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.
41. WISSART J, PARSHAD O, KULKARNI S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2005;5:15.
42. VARMA D, CHANDRA PS, THOMAS T, CAREY MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 2007;102(1-3):227-35.
43. SILVERMAN JG, DECKER MR, REED E, RAJ A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(1):140-8.
44. ROELENS K, VERSTRAELEN H, VAN EGMOND K, TEMMERMAN M. Disclosure and health-seeking behavior following intimate partner violence before and during pregnancy in Flandres, Belgium: a survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;137(1):37-42.
45. RUDNICKI SR, GRAHAM JL, HABBOUSHE DF, ROSS RD. Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women Health.* 2001;34(3):19-34.
46. RICH-EDWARDS JW, KLEINMAN K, ABRAMS A, HARLOW BL, McLAUGHLIN TJ, JOFFE H. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(3):221-7.
47. KIM HG, MANDELL M, CRANDALL C, KUSKOWSKI MA, DIEPERINK B, BUCHBERGER RL. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(2):103-07.

48. LUIS MAV, OLIVEIRA ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev Esc Enf USP*. 1998;32(4):314-24.
49. BAPTISTA MN, OLIVEIRA AA. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2004;14(3):58-67.
50. MAHER M, MORA PA; LEVENTHAL H. Depression as a predictor of perceived social support demand: a componential approach using a prospective sample of older adults. *Emotion*. 2006;6(3):450-8.
51. MEDRONHO RA, BLOCH KV, LUIZ RR, WERNECK GL. *Epidemiologia*, 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
52. LOVISI GM. Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres soropositivas pelo HIV: uma associação evanescente? Tese [Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
53. REICHENHEIM ME, MORAES CL. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1(2):131-48.
54. LEIGH B, MILGROM J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8(24):1-11.
55. RODRIGUEZ MA, HEILEMANN MV, FIELDER E, ANG A, NEVAREZ F, MANGIONE CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med*. 2008;6(1):44-52.
56. MARTÍNEZ JRL, IBARZABAL ZU, DOMÉNECH SP, SOLER YH. Depresión durante el embarazo. *Revista Enfermería Integral*. 2008;82:17-9.
57. VAN DEN AKKER OBA. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2.287-95.
58. ELSENBRUNCH S, BENSON S, RÜCKE M, ROSE M, DUDENHAUSEN J, PINCUS-KNACKSTEDT MK, KLAPP BF, ARCK PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007;22(3):869-77.
59. ROJAS J. Características psicosociales y de salud de gestantes que desean o no su embarazo. *Revista Comportamiento*. 2005;7(2):35-44.
60. SAGRESTANO LM, CARROLL D, RODRIGUEZ AC, NUWAYHID B. Demographic, psychological, and relationship factors in domestic violence during pregnancy in a sample of low-income women of color. *Psychol Women Quart*. 2004;28(4):309-22.
61. RITTER C, HOBFOLL SE, LAVIN J, CAMERON RP, HULSIZER MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*. 2000;19(6):576-85.
62. WEBSTER J, LINNANE JW, DIBLEY LM, HINSON JK, STARRENBURG SE, ROBERTS JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*. 2000;27(2):97-101.
63. MAGALHÃES VC, AZEVEDO G, MENDONÇA S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):236-45.
64. SUSSER M. What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology? *Am J Epidemiol*. 1991;133(7):635-48.

Recebido em: 27/02/2011  
Aprovado em: 06/06/2011