MARLA DOS SANTOS AFONSO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RIO GRANDE

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES: UM ESTUDO TRANSVERSAL

MARLA DOS SANTOS AFONSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Profª. Drª. Adriane M. Netto de Oliveira
Co-orientadora: Profª. Drª. Aline Neutzling Brum

RIO GRANDE

2020

Ficha Catalográfica

A257t Afonso, Marla dos Santos.
Transtorno de ansiedade e fatores associados em gestantes: um estudo transversal / Marla dos Santos Afonso. – 2020.
95 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.
Orientadora: Dra. Adriane M. Netto de Oliveira.
Coorientadora: Dra. Aline Neutzling Brum.

1. Psicologia 2. Enfermagem 3. Gestação 4. Ansiedade 5. Saúde Mental I. Oliveira, Adriane M. Netto de II. Brum, Aline Neutzling III. Título.

CDU 159.9

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

MARLA DOS SANTOS AFONSO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem/Saúde e aprovada na sua versão final em 27/08/2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Adriane Maria Netto de Oliveira	FURG (Presidente)	Adriane Oliveira
Profª. Drª. Aline Neutzling Brum	FURG (Coorientadora)	Adriane Oliveira
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção	FURG (Efetivo)	Adriane Oliveira
Profª. Drª. Clariana Vitória Ramos de Oliveira	HARVARD (Efetivo)	Adriane Oliveira
Prof. Dr. Alessandro Marques dos Santos	FURG (Efetivo)	Adriane Oliveira
Profª. Drª. Mara Regina Santos da Silva	FURG (Efetivo)	Adriane Oliveira
Profª. Drª. Sandra Beatris Diniz Ebling	UNIPAMPA (Suplente)	Adriane Oliveira
Profª. Drª. Stella Minasi de Oliveira	FURG (Suplente)	Adriane Oliveira

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Henrique Afonso Pereira, que aos seus três anos de idade, sem saber, me impulsionou a busca por conhecimento e me revelou a melhor versão de mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me mostrar o caminho que devo trilhar e o qual ELE me guiará.

As professoras da EMEI Oscar Moraes, Sheron e Lis, que tornaram possível a minha ida até a Universidade.

Aos meus pais que, mesmo em meio ao caos, permitiram minha formação através da ajuda aos cuidados ao meu filho. Sem vocês, o caminho seria bem mais difícil.

A minha melhor amiga, minha psicóloga, confidente, comadre e pessoa mais especial que conheço, Rayara, tua amizade me fortalece.

A minha orientadora e minha co-orientadora, Profª. Drª. Adriane M. Netto de Oliveira e Profª. Drª. Aline Neutzling Brum, por toda paciência e dedicação na elaboração deste trabalho. Ao Prof. Dr. Luciano Lourenção pelo amparo nos momentos de dúvidas e inseguranças. Aos membros da Banca Examinadora, por suas valorosas contribuições.

A pessoa que mais me incentivou a buscar uma formação, embora na época eu não entendesse os objetivos dele, sou eternamente grata por ter me mostrado outro caminho. Pablo, tenho muito orgulho de ti, sempre terei.

Ao meu amigo Carlos, que por diversas vezes, foi quem me viu desabar, quem me segurou, me ofereceu suporte, me manteve firme nesse árduo trajeto.

Ao meu irmão Max Afonso, por ser incansável nas suas lutas e conquistas, quem eu admiro e procuro seguir os passos, pois sei que vai chegar aonde quer, através de muito esforço e dedicação. A ti Max, todo meu respeito.

A Rafaela, que por diversas vezes me auxiliou nas tarefas de casa e nos cuidados com meu filho.

As meninas do grupo da coleta, que foram essenciais para que esse estudo se fizesse possível, cada uma contribuindo como pode, com um pouquinho de seu tempo, conseguimos materializar esse sonho. Jamili, Clara, Andressa, Malu, Kerollen, Natali, Joana, Melissa, Paula, Evellym e Letícia, obrigada de todo o meu coração.

As enfermeiras Juciane e Sílvia Regina, que não mediram esforços em auxiliar nas etapas da coleta.

Meu agradecimento especial a todas as gestantes, principalmente aquelas que se dispuseram a colaborar com esta pesquisa, enriquecendo-a de informações preciosas, de momentos felizes e outros nem tanto, compartilhados de coração. Foi muito bom contar com o apoio, sinceridade e espontaneidade de vocês.

Encontro
de dois.
Olho no olho.
Cara a cara.
E quando estiveres perto
arrancarei
os seus olhos
e os colocarei no lugar dos meus.
E tu arrancarás
os meus olhos
e os colocarás no lugar dos teus.
Então, eu te olharei com teus olhos
e tu me olharás com os meus.

Jacob Levy Moreno

RESUMO

AFONSO, Marla dos Santos. T**ranstornos de ansiedade e fatores associados em gestantes: um estudo transversal. 95fls.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem/Saúde) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil, 2020.

O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psicológicos nas mulheres. A presença de sintomatologia ansiosa se mostra frequente na gravidez e a intensidade das alterações psíquicas dependerá de diversos fatores. Este estudo é vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), da Universidade Federal do Rio Grande- FURG e teve como objetivo investigar a prevalência dos níveis do transtorno de ansiedade e fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo 137 gestantes, maiores de dezoito anos, que realizaram acompanhamento pré-natal de baixo risco na Secretaria Municipal de Saúde de um município do extremo sul do Brasil. Os dados foram coletados de agosto de 2019 a janeiro de 2020. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos distintos: uma entrevista semiestruturada elaborada pelos pesquisadores, contendo variáveis pessoais e socioeconômicas, para a descrição do perfil das gestantes estudadas e um questionário de auto relato com 21 itens de múltipla escolha que consiste no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), utilizado para medir a gravidade da ansiedade de um indivíduo. Os dados foram analisados com base em estatística descritiva. O teste Chi-quadrado foi aplicado para medir associações entre as variáveis categóricas e o teste T Student foi aplicado para verificar diferença das médias das variáveis numéricas ($\alpha<0,05$ para significância estatística). Os resultados foram apresentados em forma narrativa, tabelas e gráficos, os quais apoiam a descrição das informações. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande com CAEE 14905919.0.0000.5324 e parecer nº155/2019. Os resultados evidenciaram predomínio de gestantes solteiras (57,7%) com média de idade de 26,8 anos, com o ensino médio completo (44,5%) e renda de até um salário mínimo, pertencentes a classe socioeconômica E (91,2%). Em sua maioria, as gestantes (58,4%) não planejaram a gestação e, destas (38,7%) possuem um filho. 86 (62,8%) apresentaram fator de estresse durante a gestação, 36 (26,3%) com alguma doença crônica, 17 (12,4%) apresentaram diagnóstico de transtornos psiquiátricos anteriores a gestação. 27(19,7%) apresentaram ideação suicida anterior ou durante a gestação, 62 (45,3%) com histórico familiar de transtornos mentais e 38 (27,7%) com

histórico de violência doméstica anterior ou durante a gestação. Conclui-se que as gestantes que apresentaram fatores de estresse durante a gestação, aquelas com transtornos mentais anteriores a gestação, gestantes com ideação suicida e mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram níveis mais elevados de ansiedade.
Descritores: Psicologia; Enfermagem; Gestação; Ansiedade; Saúde Mental

ABSTRACT

AFONSO, Marla dos Santos. **Anxiety disorders and associated factors in pregnant women: a cross-sectional study.** 95fls Dissertation. (Master in Nursing / Health) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil, 2020.

The pregnancy-puerperal period is the phase with the highest incidence of psychological disorders in women. The presence of anxious symptoms is frequent in pregnancy and the intensity of psychic changes will depend on several factors. This study is linked to the Study and Research Group on Mental Health (GEPESM), of the Federal University of Rio Grande-FURG and aimed to investigate the prevalence of levels of anxiety disorder and associated factors in pregnant women in a municipality in the extreme south of Brazil. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study included 137 pregnant women, over eighteen years of age, who underwent low-risk prenatal care at the Municipal Health Department of a municipality in the extreme south of Brazil. The data were collected from August 2019 to January 2020. Two different instruments were used to collect the data: a questionnaire prepared by the researchers, containing personal and socioeconomic variables, to describe the profile of the studied pregnant women; a self-report questionnaire with 21 multiple-choice items consisting of the Beck Anxiety Inventory (BAI), used to measure the severity of an individual's anxiety. The data were analyzed based on descriptive statistics. The Chi-square test was applied to measure associations between categorical variables and the Student T test was applied to verify difference in the means of numerical variables (α <0.05 for statistical significance). The results were presented in narrative form, tables and graphs, which support the description of the information. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande with CAEE 14905919.0.0000.5324 and opinion nº155/2019. The results showed a predominance of single pregnant women (57.7%) with an average age of 26.8 years, with complete secondary education (44.5%) and income of up to one minimum wage, belonging to socioeconomic class E (91, 2%). Most of the pregnant women (58.4%) did not plan the pregnancy and, of these (38.7%) have a child. 86 (62.8%) had a stress factor during pregnancy, 36 (26.3%) with some chronic disease, 17 (12.4%) had a diagnosis of psychiatric disorders prior to pregnancy. 27 (19.7%) had suicidal ideation before or during pregnancy, 62 (45.3%) with a family history of psychiatric disorders and 38 (27.7%) with a history of previous domestic violence or during pregnancy. It is concluded that pregnant women who presented stress factors during pregnancy, those with psychiatric disorders prior to

pregnancy, pregnant women with suicidal ideation and women victims of domestic violence had higher levels of anxiety.
Descriptors: Psychology; Nursing; Gestation; Anxiety; Mental Healt

RESUMEN

AFONSO, Marla dos Santos. **Trastornos de ansiedad y factores asociados en mujeres embarazadas: un estudio transversal.** Tesis 95fls. (Maestría en Enfermería / Salud) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil, 2020.

El período gestacional-puerperal es la fase con mayor incidencia de trastornos psicológicos en la mujer. La presencia de síntomas ansiosos es frecuente en el embarazo y la intensidad de los cambios psíquicos dependerá de varios factores. Este estudio está vinculado al Grupo de Estudio e Investigación en Salud Mental (GEPESM), de la Universidad Federal de Rio Grande-FURG y tuvo como objetivo investigar la prevalencia de niveles de trastorno de ansiedad y factores asociados en mujeres embarazadas en un municipio del extremo sur de Brasil. Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. El estudio incluyó a 137 mujeres embarazadas, mayores de dieciocho años, que se sometieron a atención prenatal de bajo riesgo en el Departamento Municipal de Salud de un municipio del extremo sur de Brasil. Los datos fueron recolectados de agosto de 2019 a enero de 2020. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos diferentes: un cuestionario elaborado por los investigadores, que contiene variables personales y socioeconómicas, para describir el perfil de las gestantes estudiadas; un cuestionario de autoinforme con 21 ítems de opción múltiple que consiste en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), utilizado para medir la gravedad de la ansiedad de un indivíduo. Los datos se analizaron con base en estadística descriptiva. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para medir asociaciones entre variables categóricas y la prueba T de Student para verificar diferencia en las medias de las variables numéricas ($\alpha < 0.05$ para significancia estadística). Los resultados se presentaron en forma narrativa, tablas y gráficos, que apoyan la descripción de la información. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande con CAEE 14905919.0.0000.5324 y dictamen nº155 / 2019. Los resultados mostraron un predominio de gestantes solteras (57,7%) con edad promedio de 26,8 años, con educación secundaria completa (44,5%) e ingresos de hasta un salario mínimo, pertenecientes a la clase socioeconómica E (91,4%). 2%). La mayoría de las mujeres embarazadas (58,4%) no planificó el embarazo y, de estas (38,7%) tienen un hijo. 86 (62,8%) tenían un factor de estrés durante el embarazo, 36 (26,3%) con alguna enfermedad crónica, 17 (12,4%) tenían un diagnóstico de trastornos psiquiátricos antes del embarazo. 27 (19,7%) tenían ideación suicida antes o durante el embarazo, 62 (45,3%) con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y 38 (27,7%) con antecedentes de violencia doméstica previa o

durante el embarazo. Se concluye que las mujeres embarazadas que presentaron factores de estrés durante el embarazo, aquellas con trastornos psiquiátricos previos al embarazo, las mujeres embarazadas con ideación suicida y las mujeres víctimas de violencia doméstica presentaron niveles más altos de ansiedad.
Descriptores: Psicología; Enfermería; Gestación; Ansiedad; Salud Mental

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI – *Inventário de Ansiedade de Beck*

CAEE – Carta de apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

GEPESM – Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Nível de ansiedade das gestantes participantes do estudo 49

Figura 2: Níveis de ansiedade das gestantes em relação as características sóciodemográficas 50

Figura 3: Nível de ansiedade das mulheres que não planejaram a gestação 52

Figura 1: Os níveis de ansiedade e os distintos Perfis.....71

Tabela 1: Nível de ansiedade das gestantes em relação ao número de filhos 51

Tabela 2: Período de consultas pré-natal e os níveis de ansiedade das gestantes 52

Tabela 3: Nível de ansiedade relacionados aos fatores clínicos e emocionais das Gestantes..... 55

Tabela 1: Análise de agrupamento de acordo com as variáveis preditoras para identificação do perfil de gestantes estudadas 69

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....15
2.OBJETIVOS.....23
2.1 OBJETIVO GERAL.....23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....23
3. HIPÓTESE..... .24
4. REVISÃO DA LITERATURA.....25
4.1 A NEUROBIOLOGIA DA ANSIEDADE E O IMPACTO NA GESTAÇÃO...25
4.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE MAIS FREQUENTES E AS POLÍTICAS PÚBLICAS FRENTE À GESTAÇÃO E AO PARTO.....29
4.3 RELEVÂNCIA DAS AÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....34
5. METODOLOGIA.....38
5.1 TIPO DE ESTUDO.....38
5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO..... 38
5.3 COLETA DE DADOS..... 39
5.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....40
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....41
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....43
6.1 ARTIGO 1.....44
6.2 ARTIGO 2.....65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....79
REFERÊNCIAS..... …….....81
APÊNDICES
APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 89
APÊNDICE II: Questionário sociodemográfico da população do estudo..... .91
ANEXOS
ANEXO I: Inventário de ansiedade de Beck.....93
ANEXO II: Parecer Consubstanciado do CEP.....95

1INTRODUÇÃO

A gestação é um período na vida da mulher que pode ou não contemplar o bem-estar emocional. No entanto, dados epidemiológicos sugerem que até 20% das mulheres sofrem de transtornos de humor e/ou ansiedade durante a gravidez. As mais vulneráveis são aquelas com histórico de doenças mentais prévias e é comum que o primeiro episódio se manifeste durante a gestação. (MGH CENTER FOR WOMENS MENTAL HEALT, 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, cerca de 10% das gestantes têm algum tipo de transtorno mental. Nos países em desenvolvimento, este índice é ainda maior, podendo chegar a 15,6%. Em alguns casos, o sofrimento das mulheres pode ser grave, a ponto de cometerem suicídio (WHO, 2018).

Considerando o enfoque epidemiológico, o Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (*Internacional Consortium in Psychiatric Epidemiology*– ICPE) obteve resultados de estudos populacionais transversais de sete países, localizados na América do Norte, América Latina e Europa. A prevalência de transtorno mental durante a vida, medida pelo *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), varia de acordo com cada país: Estados Unidos 48,6%; Holanda 40,9%; Alemanha 38,4%; Canadá 37,5%; Brasil 36,3%; México 20,2% e Turquia 12,2%. Apesar das variações, os transtornos de ansiedade, de humor e por uso de substâncias psicoativas respondem, cada um respectivamente, por aproximadamente um terço da prevalência total de transtornos mentais, nos diferentes países. Mulheres apresentam mais transtornos de humor e ansiedade. As estimativas de cronicidade e comorbidades são altas, com enfoque para os transtornos de ansiedade que apresentaram maior prevalência nos sete países pesquisados (WHO, 2000).

Autores indicam que inúmeros fatores influenciam agravos de transtornos mentais na gravidez e no pós-parto, em particular, os de ansiedade e de depressão. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em uma coorte de gestantes, constatou prevalência de ansiedade de 64,9% (MORAIS et al., 2017). Estudo realizado em São Paulo com oitenta e três gestantes detectou estado ansioso em treze das participantes (SILVA, RODRIGUES, LAURIS, 2017). Já, em Minas Gerais, estudo realizado com duzentas e nove gestantes mostrou a presença de ansiedade em cinquenta e seis (DE JESUS SILVA, 2015).

Donelli, Chemellho e Levandowski, (2017) constataram que o tema ansiedade na gestação vem sendo pesquisado em diferentes países e áreas do conhecimento da saúde, principalmente na última década. Este foi um achado interessante, tendo em vista que a depressão gestacional é considerada uma das principais complicações na experiência da

maternidade. No entanto, como a ansiedade e a depressão costumam estar associadas, é importante uma atenção maior para a identificação e o manejo de ambos os problemas. Percebeu-se um interesse maior por esse diagnóstico precoce, especialmente na área da ginecologia e obstetrícia, buscando oferecer melhor assistência à saúde da mulher.

No ciclo gravídico-puerperal, a ansiedade é considerada como um estado emocional que envolve pensamentos recorrentes e medos específicos relativos à gravidez, incluindo preocupações exacerbadas com a saúde do bebê, com o tipo de parto, com suas experiências de saúde e, com o posterior papel materno, sendo, muitas vezes, associada à etiologia do parto prematuro (RAMOS et al., 2019). De acordo com Silva et al. (2017), a ocorrência de complicações em outras gestações, bem como o evento de abortamento/ameaça de parto prematuro, também se revelaram como fatores de risco para o aumento da ansiedade durante o período perinatal.

A ansiedade e a depressão não são estáticas ao longo do período gestacional e, os sintomas, para algumas mulheres, podem ser transitórios e resolvem-se com o passar do tempo, ao passo que, em outras, persistem (KUO; CHEN; TZENG; 2014). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) considera a relevância de estudos voltados para os transtornos mentais, quando propõe que sejam introduzidas, na rede de atenção básica, ações voltadas às pessoas com certa invisibilidade no que se refere a situações específicas de saúde, como as mencionadas neste parágrafo (BRASIL, 2012).

Um aspecto relevante e que merece destaque é a utilização da terapia medicamentosa durante a gestação. Os dados mostram-se controversos e, por isso devem receber mais atenção por parte dos profissionais de saúde, pesquisadores e indústrias farmacêuticas. Segundo estudos, dados obtidos nos últimos 30 anos sugerem que alguns medicamentos podem ser usados com segurança durante a gravidez, porém, ainda existe certo desconhecimento sobre os riscos da exposição pré-natal a medicamentos psicotrópicos, uma vez que os transtornos mentais que se desencadeiam, mais especificamente, a partir da gestação, podem propiciar morbidade significativa tanto para a mãe quanto para o filho, sendo assim, interromper ou suspender a medicação durante a gravidez nem sempre é a opção mais segura. Diante disso, é relativamente comum a interrupção de forma abrupta do tratamento farmacológico, logo após o diagnóstico da gravidez, por diversas pacientes, podendo acarretar em riscos vitais severos, como tentativa ou execução do suicídio e aborto ilegal. (MGH CENTER FOR WOMENS MENTAL HEALT, 2014).

A decisão relativa ao início, suspensão ou manutenção da terapêutica medicamentosa durante o ciclo gravídico-puerperal deverá ser permeada por uma avaliação contínua e

constante dos possíveis riscos para o feto no que se refere à sua exposição aos efeitos dos psicofármacos, bem como daqueles advindos do não tratamento da psicopatologia da mãe (MGH CENTER FOR WOMENS MENTAL HEALT, 2014). O termo “risco” tem diversas conotações semânticas, ou seja, perigo, ameaça, gravidade, incerteza, chance e, sua aplicação, habitualmente, perpassa todas elas. Por outro lado, pode ser descrito como a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso nos indivíduos, dadas as situações particulares de exposição (MOREIRA et al., 2014).

Os efeitos da ansiedade gestacional sem tratamento trazem inúmeras consequencias para os neonatos, desde a gestação até a vida adulta, tanto no desenvolvimento fisiológico, que pode acarretar parto prematuro, menor atividade do tônus vagal, o qual reduz a atividade do sistema nervoso parassimpático, baixa imunidade, além da diminuição da densidade da massa ou encefálica, a qual pode acarretar vários problemas no neurodesenvolvimento. No que se refere aos aspectos emocionais estão incluídas as dificuldades relacionadas à maior emotividade negativa, menores escores de desenvolvimento mental e problemas de internalização. Os transtornos de ansiedade que acometem a gestante elevam os níveis de cortisol, causando assim, o aumento do estresse e da irritabilidade, motivados pela liberação de adrenalina, transmitindo reações negativas para o feto, que podem perdurar durante a infância, adolescência até a vida adulta, causando prejuízos na interação social e, podendo ocasionar comportamentos afetivos inadequados (FIELD, 2017).

A exposição à ansiedade no período gestacional está associada a malformações congênitas, restrição do peso ao nascer, parto prematuro, problemas no neurodesenvolvimento, emocionais e comportamentais. Os mesmos, na maioria das vezes, podem desencadear transtornos mentais que, quando não são tratados na gravidez, cronificam e levam a atos fatais, como mostra estudo realizado no Reino Unido onde foi constatado que uma em cada 25 mulheres, com idade entre 20 e 35 anos, cometem suicídio no período perinatal (KIM, SILVER, 2016).O maior número de estudos sobre os transtornos mentais que ocorrem durante a gestação referem-se à ansiedade e/ou depressão em relação aos demais transtornos (MCALLISTER-WILLIAMS, 2017).

Recentemente, Ogawa et al. (2018) em um estudo de caso-controle, apontaram que o uso de benzodiazepínicos na gravidez foi significativamente associado a maior risco de prematuridade (OR, 2,03; IC95%, 1,11- 3,69), mas não de baixo peso ao nascer (OR, 1,55;IC 95%, 0,96-2,50) quando comparado ao grupo controle. No entanto, Grigoriadis et. al (2018) por meio de uma revisão sistemática e meta-análise encontraram associações significativas com a ansiedade materna e parto prematuro, menor peso do bebê ao nascer <2500 g (OR,

3,41; IC95%, 1,61-7,26) e o perímetro cefálico menor que o normal para a idade, nos bebês de mulheres que faziam uso de benzodiazepínicos, quando comparadas as que não fizeram uso dessa medicação durante a gravidez.

O uso de benzodiazepina foi associado ao risco aumentado para cesariana (OR, 2,45; IC95%, 1,36-4,40), bem como a necessidade de suporte ventilatório neonatal (OR, 2,85; IC 95%, 1,17-6,94). Freeman et al. (2018) encontraram maior probabilidade desses bebês ficarem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para receberem cuidados específicos quando comparados aos bebês que não foram expostos ao uso de benzodiazepina durante a gravidez. A exposição à benzodiazepina no útero é possivelmente associada a risco aumentado de atraso no desenvolvimento psicomotor, maiores "sinais de estresse do Sistema Nervoso Central" ao longo do primeiro mês do bebê, menor auto-regulação e maior excitação nas primeiras duas semanas após o parto (SALISBURY et al., 2015).Pesquisas sobre a eficácia em relação ao tratamento com benzodiazepínicos, em diminuir ou não os riscos a longo prazo para a criança, são escassas e insatisfatórias, porém, não devem ser pretexto para evitar tratar os sintomas da doença que afetam o bem-estar materno-infantil (BALDWIN et al, 2014).

A decisão sobre o início ou a continuidade do tratamento precisa ser criteriosamente avaliada, levando em consideração a individualidade de cada pessoa. No momento em que o transtorno mental está desencadeando sofrimento severo, a medicação pode ser necessária. Ao decidir pelo uso da medicação, considera-se a história prévia de tratamento e as recomendações sobre a terapêutica em pacientes não grávidas, como por exmeplo, os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs), que são agentes farmacológicos de primeira linha, devido à segurança oferecida pelas pesquisas baseadas em evidências, utilizando esses fármacos no tratamento dos transtornos de ansiedade, transtorno do pânico, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obssessivo compulsivo (TOC), em pacientes que estão grávidas (BALDWIN et al., 2014, DSM-5, 2014).

A excessiva ansiedade durante a gestação aumenta o risco para o uso de fórceps, parto prolongado, precipitação do trabalho de parto, sofrimento fetal, parto prematuro, aborto espontâneo, diminuição dos escores de desenvolvimento, inadaptabilidade no neonato e lentificação no neurodesenvolvimento aos dois anos (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2006). Em estudo realizado por Pinto et al. (2017) os resultados revelaram que os neonatos de mães ansiosas no período pré-natal mostraram menor peso, comprimento e índice ponderal ao nascimento do que os de mães

não ansiosas nesse período. Doktorchik et al. (2017) constataram que mulheres que apresentaram aumento nos escores de ansiedade entre o segundo e terceiro trimestre gestacional tiveram chances significativamente maiores de trabalho de parto prematuro em comparação com aquelas que tiveram declínio nos escores de ansiedade e que, as mulheres a partir dos trinta e cinco anos de idade ou mais, são suscetíveis ao trabalho de parto prematuro, por indicação médica.

Em um estudo retrospectivo, elaborado a partir de 18.009 registros do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), especialmente com as mulheres acima de 35 anos, verificou-se que a ameaça de cesariana foi 1,68 vezes mais elevada em relação às gestantes entre 20 a 34 anos. O que pode elucidar a maior ocorrência de indicação obstétrica e intervenção em mulheres acima dos 35 anos de idade é variável, em particular as doenças gestacionais ou crônicas que podem acarretar consequências desfavoráveis para o feto. A danificação da funcionalidade do miométrio com a maturidade também pode ser um dos fatores responsáveis por dificuldades no trabalho de parto, adversidades como rebentação de membranas, placenta prévia, hipertensão e diabetes gestacional, gravidezes múltiplas, dentre outros fatores, podem exigir a interrupção prematura da gestação, ocasionando um aumento na incidência de partos cesáreos. (BEZERRA et al, 2016). Corroborando, gestantes que apresentam elevação nos sintomas de ansiedade têm maiores chances de conceber prematuros quando comparadas a mulheres que experimentam melhora na ansiedade, demonstrando uma associação significativa entre o aumento da ansiedade durante a gravidez e o parto prematuro (BAYRAMPOUR, McDONALD E TOUGH, 2015).

Staneva et al. (2015) identificaram os sintomas gerados pela ansiedade e o quanto ela é prejudicial tanto para a gestante quanto para o bebê. Esses sintomas podem incluir a sensação de prostração, agressividade, temor, pensamentos ruminantes, mau humor, incapacidade de relaxar, sensação de perda do controle sobre o corpo, confusões causadas por informações ambíguas e falta de conhecimento sobre o parto e o trabalho de parto. Além desses, as gestantes podem se sentir sozinhas ou se isolar, por acreditarem que sua gravidez não se adequa aos padrões idealizados e/ou determinados pela sociedade, por isso, na maioria das vezes, apresentam sentimentos negativos de inadequação, vulnerabilidade e a incerteza da sua capacidade de exercer seu papel parental de maneira positiva. A ansiedade na gravidez também está associada ao aumento de casos de hipertensão e, a complicações para o bebê, tais como: baixo peso ao nascer, prematuridade, ansiedade, temperamento negativo, problemas no comportamento e no desenvolvimento.

Stein et al. (2014) sugerem que a comprovação em torno dos efeitos da ansiedade na gravidez são inconsistentes e aponta que a ansiedade gestacional é constantemente estudada, adjacente a depressão em função da forte comorbidade. As dificuldades emocionais e comportamentais das crianças são consideradas sob duas óticas, as dificuldades internas e/ou, as externas. As de internalização abrangem sintomas ou diagnósticos de depressão e ansiedade, como por exemplo, ansiedade de separação e fobias. Por dificuldades externas se considera o desenvolvimento social dessa criança, incluindo suas habilidades sociais, cognitivas, capacidade de empatia e cooperação. Comprovou-se também que, quanto maior for o nível de ansiedade materna durante a gravidez, maiores serão as respostas dos neonatos a estímulos externos, sendo que, o estímulo mais afetado é principalmente a vocalização, manifestando medo frente ao mesmo (OTTE et al., 2015).

Este tema ainda é estigmatizado por diferentes profissionais da área da saúde e pelas próprias gestantes que ficam sem saber como agir diante dos sintomas da doença. Pesquisas apontam que o não tratamento dos transtornos de ansiedade aumentam os riscos de suicídio, infanticídio e aborto ilegal, como também, as consequências para o feto, à exposição aos psicofármacos, que ainda não estão bem definidas, mas, de acordo com Porto, Nunes e Nelson (2016) há alguns sinais manifestados pelos recém-nascidos de mães ansiosas como: excessiva irritabilidade, são receosos, geralmente são mais tímidos, podem apresentar choros inconsoláveis, atrasos no desenvolvimento motor e psíquico, maior incidência de problemas de atenção, emoção e comportamento característicos de depressão, ansiedade e transtornos de conduta ao longo da infância, adolescência e vida adulta, entre outros. É necessária uma avaliação aprofundada e minuciosa do profissional quanto ao risco-benefício relativo ao uso da terapia medicamentosa, uma vez que os extremos podem resultar em uma gestação de risco para a mulher e, também, em problemas para a criança.

Alguns pesquisadores consideram que os estudos relativos à ansiedade no período gestacional são escassos, necessitando, portanto, da ampliação do conhecimento nesta área, a fim de melhor compreender os possíveis fatores desencadeantes da ansiedade nesta fase do ciclo vital. Em estudo de coorte populacional conduzido por Akiki et al. (2016) com 2357 mulheres, realizado no Canadá, foram obtidos dados do Projeto de Saúde Pré-Natal. Destas, 1992 mulheres no segundo trimestre gestacional faziam parte dos critérios de inclusão para o estudo. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço e Estado de Spielberger (STAI) e o resultado mostrou que o estresse, insegurança ou infelicidade na gestação, ter baixa autoestima, pouco ou nenhum apoio do parceiro e de familiares foi determinante estatisticamente significativo do estado de ansiedade durante o segundo trimestre da

gestação. Foi constatado que a ansiedade estava inversamente relacionada à idade, entre outros dados que chamaram a atenção, como por exemplo, a maior parte das mulheres era casada, possuiam renda familiar adequada, que neste país é em média, $ 30.000,00 dólares canadenses e ensino superior completo. Tinham aproximadamente 30 anos de idade (DP = 5,0) e, a maioria, planejou a gravidez (71,5%). Depois de descobrirem que estavam grávidas 82,7% ficaram felizes; 10,8% mostraram-se infelizes e inseguras sobre a gravidez e, 6,5% disseram que tinham "outros" sentimentos. “Incluídos na categoria “outros”, estavam as mulheres que responderam “assustadas”, chocadas”, "surpresa" ou "cautelosa”. A pesquisa mostrou que o modo como uma mulher se sente em relação a sua autoestima e ao apoio conjugal e familiar que recebe, interfere significativamente no estado de ansiedade pré-natal.

Estudo realizado por Silva et al. (2017), no sul de Minas Gerais teve como objetivo avaliar a ocorrência de ansiedade em gestantes e os fatores associados, comparando os níveis desta por trimestre gestacional. Contou com a participação de 209 gestantes, 26,8% apresentaram ansiedade, sendo mais frequente no terceiro trimestre (42,9%). Já, no que se refere aos fatores associados ao desencadeamento do transtorno na gestação, os autores constataram que os mais significativos são: o desemprego; complicações em gestações anteriores; histórico de risco de aborto; risco de parto prematuro; desejo materno em relação a gravidez; número de abortos; uso de drogas, número de cigarros utilizados por dia, sendo este último o fator mais marcante para o desencadeamento da doença, uma vez que, por ser ansiosa, a pessoa faz uso da substância como forma de enfrentamento e resolução ineficaz e ilusória dos problema e, a droga a “ajuda” de alguma forma a controlar aquilo que não consegue fazer com seus próprios recursos internos e externos. Perceberam também, que a ansiedade ocorreu durante todo período gestacional e que a compreensão dos fatores associados à sua ocorrência permite a elaboração de medidas preventivas no pré-natal.

A atenção à saúde mental das mulheres ainda está sendo inserida de forma lenta e gradual nas diversas instituições, recebendo maior atenção nos dispositivos de saúde mental, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental, que, por sua vez, também não abrangem questões relativas à saúde da mulher, específicas, como a gestação e a lactação, demonstrando não existir interdisciplinaridade entre a saúde mental e os aspectos biológicos e psicossociais relativos a saúde da mulher (BRASIL, 2011).

Percebe-se a necessidade de ampliar estudos que evidenciem as probabilidades de alterações comportamentais e neurofisiológicas relacionadas aos possíveis desfechos negativos em neonatos de mães ansiosas, além de pensar sobre novas intervenções que

possam ajudar a detectar os marcadores biológicos que poderão intervir nestes desfechos, antes dos resultados clínicos adversos (PORTO, NUNES, NELSON, 2016).

A relevância do presente estudo está associada às inúmeras consequências que o não tratamento do transtorno de ansiedade no período perinatal pode acarretar para a mãe e o bebê. Ancora-se ainda, na ausência de diagnóstico ou subdiagnóstico dos transtornos mentais que permeiam a gestação, visto que o enfoque maior é dado à depressão, parecendo ficar em segundo plano, as consequências que a ansiedade gestacional pode ocasionar para o feto, pois, percebe-se que o tratamento medicamentoso auxilia a gestante. No entanto, os efeitos colaterais e/ou adversos para o recém-nascido permanecem incertos e são escassos na literatura, principalmente os dados relativos à toxicidade e ao potencial teratogênico para o neonato. Além disso, as doenças psíquicas ainda são vistas como um sinal de fraqueza da mulher e, ciente disso, a gestante evita mostrar seu estado emocional, não busca tratamento, temendo ser estigmatizada, passando por momentos extremos de infelicidade e insatisfação, tendo como resultado a labilidade emocional. Além disso, os Programas de Saúde da Mulher precisam reconhecer e inserir como eixo transversal, a importância da saúde mental para as gestantes e suas consequências para o desenvolvimento do bebê, sendo necessário integrar esta área específica do conhecimento em suas normas e diretrizes de atendimento, a fim de promover um cuidado integral, mais humanizado e amenizar os possíveis agravos de saúde mental que podem ocorrer nesta fase específica da vida da mulher.

Diante da relevância e da complexidade do tema em estudo, propõe-se a seguinte **questão de pesquisa:** Qual a prevalência dos níveis de transtorno de ansiedade e os fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência dos níveis do transtorno de ansiedade e fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os níveis do transtorno de ansiedade que mais acometem as gestantes;

- Verificar o uso de psicofármacos utilizados no tratamento de transtornos psiquiátricos das gestantes;

- Correlacionar as possíveis variáveis (idade, renda, escolaridade, estado civil, violência doméstica, primípara) associadas ao desencadeamento dos níveis do transtorno de ansiedade.

3 HIPÓTESE

A gestação é marcada por um período de intensas mudanças hormonais, físicas e psicológicas, sendo um momento propício para o desencadeamento da ansiedade frente ao que está por vir, ao desconhecido. Grande parte das gestantes administram bem suas alterações, principalmente quando tem apoio emocional da família ou do companheiro. Outras mulheres, por sua vez, não possuem uma rede de suporte social adequada, tampouco equilíbrio emocional para lidarem sozinhas com tais mudanças, o que pode favorecer a exacerbação de sintomas ansiosos e dificultar o exercício parental, a manutenção da sua qualidade de vida e o desenvolvimento saudável do seu bebê.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão de literatura são abordados aspectos relativos às mulheres que têm transtornos de ansiedade na gestação. Dentre os principais assuntos encontram-se: 3.1 A neurobiologia da ansiedade e o impacto na gestação; 3.2 Transtornos de ansiedade mais frequentes; Políticas Públicas de Saúde da Mulher frente à Gestação e ao Parto e, 3.3 Relevância das ações e intervenções terapêuticas.

4.1 A neurobiologia da ansiedade e o impacto na gestação

A origem da palavra ansiedade deriva do alemão, cuja raiz *angh*, significa estreitamento ou constrição, aperto. Para o Grego Anshein, significa: estrangular, sufocar, oprimir. No latim, o seu sinônimo seria *angustus*, que expressa desconforto ou angor, que significa falta de ar, opressão e, ainda, *angere* que significa constrição, sufocação, pânico. (OLIVEIRA, 2014). De acordo com Parisi et al. (2017) a ansiedade é o processo psicológico pelo qual o indivíduo reage a estímulos externos perigosos, emitindo respostas que desencadeiam reações fisiológicas e estratégias cognitivas. A ansiedade pode ser diferenciada em ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade estado é a ativação de um estado de alarme em determinado tempo de estímulo, independentemente da presença de uma ansiedade psicológica básica, enquanto a característica da ansiedade-traço é um traço de personalidade permanente.

Para Bartlett, Singh e Hunter (2017) a ansiedade pode ser definida por uma série de sintomas emocionais, por fatores comportamentais e fisiológicos. Para compreender a neuroanatomia subjacente relacionada à ansiedade, grande parte do trabalho tem sido feito usando experimentos com animais. O foco principal tem sido em sistemas endócrinos conservados e regiões cerebrais que identificam ou respondem a ameaças ambientais. Por exemplo, estímulos nocivos podem resultar em comportamento de congelamento, ativação do sistema nervoso simpático e resposta endócrina tanto no rato como no humano. Em ambas espécies, a resposta hormonal aparece da mesma forma e, tanto o sistema límbico quanto o córtex pré-frontal parecem ser crucial para regular o reconhecimento de ameaças e respostas.

De acordo com Fox, Kalin (2014), ressalta-se a necessidade de desenvolver uma compreensão mais profunda dos circuitos neurais envolvidos no controle da ansiedade, os quais apontam linhas de fisiologia e evidências de que a amígdala tem um importante papel neste circuito, fomentando a hipótese de que alterações locais na região central estendam a

amígdala, sendo capazes de promover mudanças em regiões remotas do cérebro de modo a estimular o desenvolvimento e manutenção da ansiedade, das alterações do humor e de transtornos por uso de substâncias.

Em especial, os componentes do circuito do hipocampo anterior e o córtex orbitofrontal recebem influências de fatores hereditários e ambientais, além disso, estudos específicos de lesões cerebrais comprovaram um papel causal para múltiplos componentes do circuito, como por exemplo, problemas relativos à formação da personalidade, a motivação, os esforços despendidos e aqueles que podem ser atribuídos a situações, tais como, o impacto frente ao cumprimento de normas e das expectativas sociais. A chance de reconhecer um fenótipo de risco precoce, em conjunto com a assimilação de sua neurobiologia, viabiliza a oportunidade de definir novos métodos de intervenção preventiva, objetivando a redução dos sofrimentos causados pela ansiedade, bem como impedindo a associação de comorbidades psiquiátricas (FOX; KALIN; 2014).

O transtorno de ansiedade é um dos mais frequentes e, geralmente, é responsável por sérios problemas econômicos, gera incapacidade funcional e/ou ocupacional e, intenso sofrimento psíquico. Apesar da sua importância para a saúde pública e, da hereditariedade comprovada, as pesquisas destinadas a identificar as contribuições genéticas para os tanstornos de ansiedade são limitadas, em comparação aos avanços genéticos relativos a outras doenças psiquiátricas. A complexidade fenotípica desse distúrbio e os limites incertos entre a ansiedade normal e patológica causaram preocupação nos pesquisadores e nas agências de financiamento de pesquisas. Infelizmente, os transtornos de ansiedade permanecem amplamente negligenciados em termos de pesquisa genômica, embora tenham começado novos estudos que mostram achados e *insights* relativos à genética da ansiedade (SMOLLER, 2017).

As pesquisas incluem alguns dos primeiros estudos genômicos comuns sobre variância de fenótipos relacionados à ansiedade. O primeiro se refere ao sequenciamento completo de exoma, o qual foi inovador de preditores genéticos em resposta à terapia cognitivo-comportamental, mostrando novas evidências para a relação genética entre ansiedade e depressão. Em geral, essas contribuições ressaltam a dificuldade de identificar a base genética dos transtornos de ansiedade e a necessidade de uma investigação mais ampla e sistemática. (SMOLLER, 2017).

Embora as evidências apontem relação genética entre os transtornos de ansiedade e depressão, eles se diferem em relação as características e, implicam em alto grau de comorbidade entre eles. Os transtornos depressivos têm como característica comum, a

presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam, significativamente, a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere um transtorno depressivo de outro, são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. Os transtornos de ansiedade são aqueles que apresentam características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. A ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Claramente, medo e ansiedade se sobrepõem, mas também se diferenciam, medo é associado com mais frequência a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga; e, a ansiedade é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância, em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Como os indivíduos com transtornos de ansiedade, em geral, superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais e culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir ao longo da vida, se não forem tratados. (DSM-5, 2014).

Em revisão conduzida por Taylor e Whalen (2015), foram encontrados resultados consistentes entre os estudos que implicam distintas regiões na manifestação dos transtornos de ansiedade, entre elas, a amígdala, o córtex pré-frontal, especialmente, o medial [mPFC], o córtex cingulado anterior [ACC] e a ínsula. Existem outras regiões cerebrais que estão implicadas na apresentação comportamental e neural dos transtornos de ansiedade, porém, a revisão focou nas regiões mais estimuladas.

De acordo com Fox e Shackman (2017), existe a necessidade de compreender a distribuição dos circuitos neurais velados, relacionados ao medo e a ansiedade, uma vez que os transtornos ansiosos ocasionam sérios problemas à saúde pública. Os autores evidenciam em suas pesquisas, a relevância da amígdala central extensa, incluindo o núcleo central desta (CE) e as áreas adjacentes do núcleo leito da estria terminal (BST). Informações estruturais indicam que o CE e o BST se constituem em uma correlação, onde dados distintos e relevantes à ameaça podem ser integrados para ocasionar medo e ansiedade. (SHACKMAN; FOX, 2016).

Análises de neuroimagem revelam que o CE e BST estão envoltos por um amplo espectro de sugestões relevantes para indícios de ansiedade e atuam na organização de respostas defensivas a um excessivo conjunto de ameaças. Pesquisas com roedores começaram a descobrir as moléculas específicas, células e microcircuitos no interior da amígdala central que estão diretamente relacionadas aos sinais de medo e ansiedade. Porém,

a relevância dessas descobertas para experimentos e para as doenças humanas ainda não está devidamente elucidada. Dispondo de uma combinação de distúrbios focais associados as imagens do cérebro, reproduções de estudos em primatas não humanos estão começando a fechar esta lacuna. Esses estudos são essenciais para a descoberta dos mecanismos encontrados nas neuroimagens relacionados ao medo patológico e ansiedade, possibilitando também, compreender como o CE e BST interagem entre eles e, com regiões distais do cérebro, a fim de regular respostas defensivas à ameaça e para o avanço nas estratégias de intervenção (FOX; SHACKMAN, 2017).

Estudos pré-clínicos e clínicos conduzidos em gestantes sob estresse e ansiedade durante a gravidez evidenciaram chances significativamente maiores em ocasionar efeitos adversos no desenvolvimento do recém-nascido. No entanto, o conhecimento dos possíveis mecanismos é limitado e, uma das prováveis causas talvez seja o elevado nível de cortisol envolvendo o eixo hormonal hipotálamo-hipófise-adrenal (BEIJERS; BUITELAAR e WEERTH, 2014). Para Mayer et al. (2014), o estresse, em especial, no início da vida, o uso de substâncias psicoativas pela gestante e a microbiota formada no intestino do bebê, demonstraram ter influência sobre o risco para o desencadeamento dos transtornos de ansiedade ao longo da vida. O corpo humano contém um número espantoso de bactérias (cerca de 10 a 100 trilhões), também denominadas de microbiotas, boas ou ruins, que farão parte do desenvolvimento sadio ou não do ser humano. O número de microbiotas intestinais variam em torno de mil espécies. Cada indivíduo tem sua microbiota e ela é influenciada por diversos fatores, incluindo o tipo de parto, aspectos genéticos, idade, sexo, dieta e estilo de vida, não se limitando a estes apenas. Embora com perfis microbianos distintos, a quantidade e a qualidade na distribuição de espécies bacterianas se assemelham entre indivíduos saudáveis, auxiliando na manutenção da saúde como um todo. A comunicação bidirecional do intestino com o cérebro, conhecida como eixo cérebro-intestino está à frente nas pesquisas científicas. A princípio, uma explicação básica, seria a interação da microbiota intestinal com o hospedeiro humano em uma relação de cooperação, onde o intestino do hospedeiro provê à bactéria um meio para acumular-se e essa auxilia na administração da homeostase dentro do hospedeiro. Para tanto, é coerente pensar que uma microbiota intestinal deficitária pode levar à danificação dessas relações, propiciando o surgimento de doenças. De fato, uma disfunção no eixo do intestino-cérebro foi elucidada por estudos ligados a distúrbios neuropsicológicos, metabólicos e gastrointestinais. Citando um caso análogo, uma microbiota modificada tem sido associada a distúrbios neuropsicológicos, incluindo depressão, ansiedade e desordem do espectro do autismo, distúrbios metabólicos, como

obesidade, e distúrbios gastrointestinais, incluindo a doença inflamatória intestinal e síndrome do intestino irritável (ZHOU; FOSTER, 2015). Além disso, é provável que os fenótipos ansiosos sejam influenciados por fatores mais sutis, como a interação entre pais ansiosos e uma criança cujo início da vida é definido, em parte, pela adaptação ao comportamento dos mesmos (TRONICK E HUNTER, 2016).

Segundo De Jesus Silva (2015), a ansiedade é considerada um dos principais fatores de risco para a evolução da gravidez, uma vez que o seu desencadeamento durante a gestação pode comprometer o feto, estando associado a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascer, escores inferiores de Apgar, déficit no desenvolvimento fetal, além de efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico da criança e, às complicações obstétricas, como sangramento vaginal e ameaça de aborto, além de ser um dos principais problemas que podem levar a depressão pós-parto. Conforme Porto, Nunes e Nelson (2016), neonatos de mães ansiosas e depressivas têm probabilidade significativamente elevada de resultados prejudiciais graves durante a vida. Eles exibem temperamentos mais difíceis, altamente reativos, temerosos e inibidos; maior incidência de problemas de atenção, emoção e comportamento como depressão, ansiedade e transtornos de conduta na infância, adolescência e vida adulta.

No estudo de Agrati et al. (2015), que retrata a variação da ansiedade materna ao longo do tempo, os resultados mostraram um forte efeito da negligência dos pais durante a infância no curso da ansiedade, desde a gravidez até o período pós-parto. Os sintomas de ansiedade e a negligência dos pais foi associada com ansiedade gestacional alta e uma diminuição da ansiedade após o parto. O perfil de ansiedade mostra a forte correlação de experiências estressantes do início da vida da mulher que repercutem durante o período reprodutivo e psicológico, em particular.

4.2 Transtornos de Ansiedade Mais Frequentes e as Políticas Públicas de Saúde da Mulher Frente à Gestação e o Parto

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5), embasado em pesquisas e na prática clínica, determina que os transtornos de ansiedade mais comuns são: Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) que consiste no medo ou ansiedade acentuados relativos a situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Transtorno do Pânico, o qual é um surto abrupto de medo intenso que alcança um pico em minutos e, durante o qual

ocorrem diversos sintomas físicos, chegando a ser confundido com problemas cardíacos. A Agorafobia surge do medo ou ansiedade marcante frente ao enfrentamento de situações cotidianas, tais como, o uso de transporte público, permanecer em espaços abertos e/ou em locais fechados, ficar em uma fila ou no meio da multidão, sair de casa sozinho, entre outros (DSM-5, 2014).

No Transtorno de Ansiedade Generalizada, a ansiedade se refere à preocupação excessiva com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, com a saúde dos membros da família, problemas graves com seus filhos, entre outras. O Transtorno de Ansiedade de Separação é o medo ou a ansiedade excessiva envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. Já, a Fobia Específica é o medo ou ansiedade que está circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular que pode ser denominado estímulo fóbico (DSM-5, 2014).

Aragão et al. (2017), pesquisaram o apoio social percebido pelos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e aqueles com transtorno mental comum (TMC), encontrando em seus resultados uma percepção de maior apoio nas doenças crônicas (diabetes, hipertensão) do que nos transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão) avaliando a urgência de articulação e mobilização da rede social dos pacientes, onde os profissionais da saúde têm papel fundamental em realizar a promoção da saúde e prevenção de doenças para melhorar o enfrentamento das DCNTs e dos TMCs, além de buscar ampliar as pesquisas e políticas públicas neste campo de domínio da Atenção Primária em Saúde (APS). Desse modo, políticas públicas e abordagens que fortaleçam o apoio social e que possibilitem integrar a família à assistência são recursos necessários para agregar qualidade de vida à saúde dos indivíduos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema de saúde pública do Brasil regido pela Lei N° 8080/90, o qual utiliza mecanismos para desenvolver a promoção, proteção e recuperação da saúde, a ordenação e desempenho dos serviços que integram o SUS e que são propostos de acordo com as diretrizes previstas no artigo Nº 198 da Constituição Federal. As principais diretrizes do SUS, ser universal – que considera o atendimento a toda população sem nenhuma distinção; equânime – ser justo e imparcial na garantia do acesso aos serviços de saúde; e integral – disponibilizando acesso total as pessoas, a partir da visibilidade global dos fenômenos, considerando a singularidade dos sujeitos e suas diferentes demandas relacionadas aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS enquanto sistema de saúde, busca informações das necessidades populacionais para implementar novos recursos aos atendimentos e as políticas públicas. Por

outro lado, pesquisadores desenvolvem métodos de avaliação capazes de quantificar as emergências que vão surgindo. Diante disso, constatou-se que os estudos que abordam os fatores de risco a saúde mental durante o período pré-natal são limitados. Algumas pesquisas sobre esses fatores são transversais, com uma única avaliação de sintomas e não abordam a cronicidade dos mesmos, tampouco as variações relacionadas aos estágios da gravidez (BAYRAMPOUR; MCDONALD; TOUGH, 2015; BRASIL, 2010). Conhecendo os fatores de risco pré-natais é possível viabilizar estratégias de rastreamento para a identificação de gestantes consideradas como "grupo de risco" que, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), são aquelas que sofrem agravos à saúde, portadoras de alguma doença ou que desenvolvem problemas e, por isso apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para elas. (BRASIL, 2010).

Nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção integral à saúde da mulher deverá ser norteada pelo respeito às diferenças, uma vez que o transtorno mental tem tratamento e não deveria discriminar as pessoas que apresentam tal doença, ou seja, os profissionais de saúde deveriam encontrar-se habilitados para manejarem com os problemas emocionais da gestante. Entretanto, ainda no século XXI, na maioria das vezes, essas mulheres sofrem influências negativas, em função do estigma relativo à doença e, geralmente, são consideradas incapazes de criar seu filho (BRASIL, 2011).

A PNAISM possui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática" que elaborou um balanço institucional de ações realizadas no período de 1998 a 2002, conduzido por Correa e Piola (1998-2002), indicando que os trabalhos foram executados sob o aspecto da resolubilidade de problemas, primando pela saúde reprodutiva e, especialmente, focando nas ações de redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). De acordo com os autores, a decisão de priorizar ações, dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas da agenda ampla de saúde da mulher. Após tal avaliação, muitas lacunas se mantiveram, principalmente as relativas à atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inserção da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Todavia, o PAISM tem a proposta de uma assistência realizada em todo o ciclo vital, abarcando a clínica, a ginecologia, os casos de doenças crônicas ou agudas, identificando o suporte médico e de toda a equipe de saúde, optando por mecanismos educativos geradores de pensamento crítico e autônomo nas mulheres (BRASIL, 2011).

Além da PNAISM, a Rede Cegonha deveria ser uma forte aliada das gestantes e seus bebês no tocante aos transtornos mentais no período gestacional. Porém, embora a portaria cite aspectos psicológicos das gestantes, considera-se que estes estariam relacionados ao momento do parto, desconsiderando o período pré-natal. A Rede Cegonha compreende uma rede temática que foi instituída em 24 de junho de 2011, por meio da Portaria nº 1.459 e consolidada a partir da Portaria de Consolidação nº 3, que reúne as normas sobre as Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Um dos princípios da Rede Cegonha visa garantir a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (BRASIL, 2017). A Rede Cegonha foi estruturada de modo a garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação. (BRASIL, 2011a).

De acordo com Leal (2017), um estudo nacional de base hospitalar denominado "Nascer no Brasil", realizado entre os anos de 2011 e 2012, compostos por 23.940 pessoas (puérperas e seus recém-nascidos), trouxe importantes reflexões sobre a realidade da atenção pré-natal, parto e nascimento no Brasil. Dentre os achados do estudo observam-se dados como, por exemplo, nem metade das puérperas referiu ter planejado a gestação; 18,2% das participantes eram adolescentes; metade concluíram apenas o ensino fundamental; 9,6% não estavam satisfeitas ao saber da gestação; 2,3% referiram tentativa de interromper a gravidez e, aproximadamente 1/3 das mulheres que já haviam engravidado anteriormente apresentou desfechos negativos em gestações anteriores.

Para que haja integralidade na atenção materno-infantil é fundamental o engajamento proativo de gestores, coordenadores de área e profissionais (BRASIL, 2012). Além do engajamento de profissionais na atenção materno-infantil, os cursos da área da saúde sentiram a necessidade de uma reformulação nas diretrizes curriculares nacionais, reforçando que é imprescindível capacitar os estudantes, ainda durante a formação superior, assegurando que sejam desenvolvidas habilidades para o trabalho multiprofissional, com a proposta de sustentar a qualidade das condutas em todos os níveis de atenção, preparando um profissional apto, com perfil assertivo e humanizado, distanciado do tecnicismo (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (MS) através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), determinada pela Portaria MS/GM373 do dia 27 de fevereiro de 2002 passa a estabelecer um processo de regionalização em busca de equidade, institui o Plano Diretor de

Regionalização (PDR) que se respalda na composição de processos viáveis e resolutivos de assistência à saúde, por intermédio da estruturação dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e indicadores assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; da criação de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipal, levando a garantia integral da assistência e o ingresso dos indivíduos aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. O PDR foi elaborado a fim de garantir, dentre outras coisas, a aproximação dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços em seus territórios ligados a algumas das seguintes responsabilidades: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; entre outros. A NOAS especificou ainda, a jurisdição dos Municípios na Atenção Básica, desenvolvendo estruturas de avanço na gestão do SUS, renovando o sistema de eficiência para os Estados e Municípios, que passaram a desempenhar atividades da Saúde da Mulher, norteadas à prevenção, ao planejamento familiar e ao pré-natal (BRASIL, 2002).

A Portaria 569 de 1º de junho de 2000, fundamentou-se na relevância de estimular a regulação da assistência obstétrica e neonatal baseada na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal em todas as esferas. Constituindo-se de um dispositivo organizador na atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, de forma rápida, qualificada e integrada às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Para uma gestão mais efetiva, instituiu-se através da portaria, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, executado na articulação do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde através da união das esferas, tendo por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando o acesso a estas ações, a intensificação da qualidade e da capacidade introduzidas na assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, a portaria 2.418 de dezembro de 2005 regulamentou a lei 11.108 de abril de 2005, permitindo a parturiente à presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, simbolizando assim, um marco na introdução das políticas públicas (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005).

Uma inovação tecnológica na área das políticas públicas é o SisPreNatal, um sistema eletrônico desenvolvido pelo Datasus, que tem a finalidade de permitir, através da exportação de dados, desde as Unidades de Saúde até o Datasus, o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

(PHPN), do Sistema Único de Saúde que estabelece um número mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, possibilita o monitoramento das gestantes, da gravidez ao puerpério e, a partir daí, os gestores nacionais do PHPN, avaliam o desenvolvimento do programa em todo o Brasil (BRASIL, 2000).

Para Gusmão (2014), a saúde da mulher ainda é vista de forma fragmentada, sendo a saúde reprodutiva a que tem maior visibilidade, não incluindo a integralidade do ser humano em seus aspectos mais singulares, como a saúde mental, em especial, nas fases de maior vulnerabilidade, como a gestação, onde a propensão a alterações hormonais é bem significativa. Diante disso, o autor destaca que as ações de saúde pública devem abranger a saúde da mulher de modo completo, considerando que as políticas públicas de saúde mental perpassam às demais, buscando uma dinâmica multidisciplinar no que tange a prevenção e a contribuição profissional para o preparo e enfrentamento da gestante acometida por problemas emocionais e/ou transtornos mentais e suas possíveis comorbidades, envolvendo a família na rede de apoio a gestante.

4.3 Relevância das Ações e Intervenções Terapêuticas

O acompanhamento da mulher, no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2005). Os transtornos ansiosos também podem ser tratados por meio da terapia cognitivo-comportamental, visando o controle dos sintomas ansiosos e constituindo uma alternativa a prescrição de psicotrópicos na gestação. (BRASIL, 2012).

Segundo protocolo do Ministério da Saúde, durante o pré-natal deve ser realizado um número mínimo de seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e, três no último trimestre da gestação. Sendo seis consultas, o mínimo necessário para assegurar o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir (BRASIL, 2012). Arrais, Cabral e Martins (2015), referem que todas as gestantes precisam de atendimento voltado para a saúde mental, não somente as que se encontram com o estado emocional alterado, pois são inúmeras as transformações que as mulheres grávidas vivenciam, carecendo de suporte psicológico adequado, com profissionais especializados em um ambiente onde todas compartilham uma mesma vivência, a gestação. Dessa forma, o suporte psicológico é obtido através da troca de experiências, dos questionamentos que levam ao encorajamento das

participantes em verbalizar suas inquietações, angústias, ansiedades, culpas e medos, trabalhando questões da elaboração da nova identidade familiar, do suporte familiar, dos vínculos mãe-pai-bebê, das ambivalências da maternidade, da ressignificação de momentos vividos ou futuros, objetivando sempre o melhor desfecho possível para a gestação.

Diversas organizações já recomendam o rastreamento de rotina, de transtornos mentais durante o pré-natal, tais como o protocolo de saúde mental perinatal do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) no Reino Unido e o *Royal College of Obstetras e Ginecologistas* (RCOG), que sugerem a triagem das gestantes por meio da inclusão de perguntas a serem feitas rotineiramente pelos profissionais de saúde à gestante na primeira consulta pré-natal, a fim de identificar potenciais transtornos mentais e, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) que recomenda o rastreamento durante cada trimestre da gestação (ACOG, 2006; NICE, 2010). Entretanto, as escalas de rastreamento de sintomas de transtornos mentais fazem parte da estratégia de busca ativa, sendo muito utilizadas em pesquisas, mas não nos serviços de assistência pré-natal.

As estratégias terapêuticas mais eficazes para os distúrbios ansiosos (DA) são a combinação de psicoterapia e tratamento farmacológico, embora o segundo ainda seja um desafio terapêutico, sendo que a composição ansiolítica ideal ainda não foi desenvolvida e, por isso tem que ser avaliado junto ao médico, o potencial risco/benefício da medicação a ser utilizada, sendo o tratamento sem benzodiazepinas o mais aconselhável. Ainda que a terapia ansiolítica seja eficaz em diminuir ou cessar temporariamente os sintomas da ansiedade, as benzodiazepinas e anti-histamínicos de primeira geração não são indicados como monoterapia, pois eles não impedem o desencadeamento dos sintomas de ansiedade (SHYKEN; BABBAR; FORINASH; 2019).

Dados epidemiológicos e o prognóstico dos transtornos mentais perinatais são escassos em diversos contextos, dentre eles, se existe relação da influência dos ambientes de alta renda e baixa renda no desenvolvimento dos transtornos. Do mesmo modo, encontram-se poucos dados na literatura para fatores de risco emergentes (como migração e abuso de substâncias), prevenção e, se os tratamentos (psicológicos e farmacológicos) precisam ser alterados no período perinatal. O efeito dos antidepressivos e ansiolíticos para a criança intraútero e durante a amamentação, sobretudo com relação às consequencias a longo prazo, carecem de pesquisas. Os ensaios de modelos integrados de prestação de serviços, incluindo identificação, prevenção e tratamento em pessoas de alta renda e naquelas de baixa renda estão em fase inicial. Considerando as taxas de transtornos mentais perinatais, as implicações

potenciais para a mãe, para o bebê e família, e, considerando que estes podem ocorrer em um momento importante na vida da criança, as iniciativas em pesquisa pré-natais precisam ser consideradas prioritárias (HOWARD et al., 2014).

No suporte mental perinatal foram identificados que o isolamento e a falta de redes de apoio para a aceitação da experiência das mulheres são fatores de risco para o aumento das suas angústias. No entanto, a rede de apoio foi analisada como uma importante ferramenta de conexão física e psicológica e garantiu que os sentimentos das gestantes fossem validados e aceitos. A partir do momento em que as mulheres passam a ser encorajadas a buscarem ajuda diante do sofrimento psicológico na gestação, elas se sentiriam menos julgadas e, com isso, mais capazes de adquirir autoconfiança, permitindo que trabalhem a ansiedade de maneira proativa. As gestantes referiram o empoderamento como uma forma de se sentirem mais autoconfiantes, melhores e capazes de externalizarem seus pensamentos e sentimentos, bem como fazerem o enfrentamento dos problemas e buscarem soluções para os mesmos. A aceitação e o reconhecimento das alterações de humor pelas próprias mulheres e pela sua rede de apoio social foram os fatores mais importantes para minimizar os riscos da hereditariedade e aumentar sua autoestima (STANEVA et al., 2015).

Em Sete Lagoas, município do Estado de Minas Gerais, foi desenvolvido o Projeto de Extensão “Educando para o Bem Nascer” da Faculdade Ciências da Vida, um modelo de humanização, sendo a área da Psicologia, a responsável por realizar o Grupo Psico-Mães que aborda aspectos relativos à promoção da saúde mental, por meio da psicoeducação. Esse grupo contempla também, informações sobre a gestação, parto e pós-parto, utilizando uma linguagem simples e acessível, facilitando desta forma, a compreensão das orientações realizadas e oferece suporte socioemocional, o qual se constitui em um espaço de escuta e diálogo, buscando incentivar as potencialidades da mulher frente a essa nova fase da sua vida. Os encontros são mensais e acontecem pela manhã com duração de três horas, onde é realizada uma roda de conversa para trocar informações sobre diversos assuntos que, geralmente, preocupam as gestantes, como por exemplo, obesidade, ansiedade, família, cuidados com o recém-nascido, nutrição, aspectos psicológicos da gestação, depressão pós-parto, mitos sobre a maternidade, dúvidas sobre o parto, dificuldades enfrentadas no período gravídico-puerperal e outros temas que sejam do interesse das futuras mães (BRASIL, 2006).

De acordo com Miccas e Batista (2014), o curso criado para dar suporte as gestantes se evidencia como um excelente evento dentro do Programa “Educando para o bem nascer”. Para a elaboração do curso, as professoras de cada área – enfermagem, nutrição e psicologia – se reúnem com os discentes e debatem as ações que serão desenvolvidas. Os conteúdos

são distribuídos entre os discentes, a fim de que pesquisem e preparem os temas a serem abordados no dia do curso.

A partir de 2006, o SUS passa a preconizar a atenção humanizada e qualificada no período pré-natal e puerperal, o que resulta na aplicação de métodos de atuações capazes de gerar o cuidado integral à saúde, que foquem no tratamento da gestante e, não mais somente na doença, caso exista. Dentre as novas ações propostas pelo SUS, encontra-se a meditação, pois é uma intervenção terapêutica que possibilita a prevenção de doenças e, também ameniza os sintomas das mesmas quando ocorrem. Essa se contrapõe ao modelo biomédico tradicional que retroalimenta a patologia como essência do cuidado, sendo esta nova proposta considerada uma ação que oportuniza a valorização e humanização da saúde, produzindo um estado de relaxamento, autoconhecimento e apreensão positiva da realidade (DA SILVA et al, 2020).

Estes resultados adversos associados à ansiedade na gravidez indicam que a avaliação adequada da ansiedade na gravidez é importante para identificar as mulheres que têm níveis particularmente altos de ansiedade durante o período da gravidez. Isso facilitará os esforços de prevenção e intervenção para reduzir a ansiedade durante a gravidez, com efeitos benéficos potencialmente, a longo prazo para a criança (GLOVER, 2014).

O Pré-Natal Psicológico (PNP) se constitui em uma abordagem diferenciada nos cursos de gestantes, é um modelo de atendimento pouco encontrado em serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gravídico-puerperal. Pioneiro em Brasília, o programa visa a integração da gestante com a família, reforçando o relacionamento intrafamiliar por meio de encontros temáticos. Também prepara psicologicamente a mulher e a família para a maternidade. O principal objetivo é a prática da escuta qualificada e distinta pela equipe multidisciplinar sobre o processo gravídico-puerperal (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Desta forma, entende-se como necessário, a implementação de intervenções para prevenir, detectar e tratar transtornos psíquicos que podem permear a gestação, como a ansiedade e a depressão, através da realização da triagem e monitoramento da saúde mental durante o pré-natal. Para tanto, é preciso que ocorra a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, que devem incorporar a saúde mental da mulher nas práticas assistenciais cotidianas, assim como o apoio dos gestores de saúde por meio de políticas e programas que envolvam a saúde mental das mulheres, em especial, durante a gestação (DE JESUS SILVA, 2015).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizado com gestantes do município do Rio Grande/RS. Os estudos descritivos visam observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população**,** permitindo englobar situações específicas de uma situação e grupos, como também elucidar as relações entre diversos eventos (SEVERINO, 2017). Para Pereira e Ortigão (2017), as pesquisas quantitativas são pertinentes para a obtenção de respostas a questionamentos como o estágio e a amplitude de determinadas características em uma população. Há, nesse tipo de pesquisa, um caráter um tanto generalizado, contudo, a preocupação em relacionar a pesquisa aos contextos enriquece o trabalho. Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010), referem que os estudos transversais como a medida de prevalência de doenças são aqueles em que a coleta de informações é feita apenas uma vez no tempo. Os resultados encontrados nesses estudos são úteis na avaliação das necessidades em saúde das populações.

5.2 População e Local do Estudo

A população do estudo compreendeu uma amostra de 137 gestantes com idade acima de 18 anos. O estudo foi realizado na Ala B da Secretaria Municipal de Saúde, localizada no centro da cidade, local no qual é feito o pré-natal de uma média de dezoito gestantes por semana, sendo estas oriundas das UBSs e UBSFs do município do Rio Grande/RS, no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020. Critérios de Exclusão: Gestantes com comorbidades crônicas, graves e degenerativas físicas ou mentais. Sendo também consideradas doenças graves em saúde mental aquelas em que se desenvolvem sintomas psicóticos e, gestantes atendidas, concomitantemente, nos Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico e Hospital Universitário, para que fosse evitado o viés de seleção.

Rio Grande se destacou em âmbito estadual e nacional ao longo dos últimos anos. Com a ampliação do canal no Porto da cidade, novos investimentos proporcionaram mudanças significativas na economia do município. Um polo naval esteve consolidado em Rio Grande, sendo a plataforma petrolífera P-53 da Petrobras, a primeira grande operação

na cidade. Além disso, Rio Grande tem uma economia extremamente competitiva e diversificada, desde agricultura, indústrias até o setor portuário.

Por ser uma região portuária, várias pessoas, de diferentes regiões do país permaneceram na cidade por quase uma década, devido ao número de empregos gerados pelo polo naval, o que ocasionou um crescimento desenfreado da população e, também desencadeou um fenômeno denominado pelos habitantes da cidade de “Os filhos do polo”, para se referir às crianças que foram geradas por moradoras da cidade com homens forasteiros, onde grande parte destes, ao término da obra, regressaram para seus estados de origem, deixando mulheres e filhos desamparados financeira e emocionalmente. A cidade ainda atrai trabalhadores de todo o país, que vem em busca de emprego.

5.3 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados pela pós-graduanda e por mais treze membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM) que receberam treinamento para a aplicação do questionário sóciodemográfico. O treinamento aconteceu com o grupo e teve a duração de quatro horas, divididas em duas vezes na semana. Os membros do GEPESM que participaram são estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. A coleta dos dados iniciou logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e após autorização do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). A coleta dos dados foi realizada na Ala B, setor da Secretaria Municipal de Saúde em que as gestantes realizam consulta pré-natal de baixo risco. Foi realizada uma entrevista semiestruturada baseada em questões sociodemográficas, em uma sala reservada, para garantir a privacidade das participantes. Antecedendo a coleta dos dados, foi solicitado as gestantes que aceitaram participar do estudo, pós-esclarecimento sobre a pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **(Apêndice A)**. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos distintos:

O **primeiro instrumento (Apêndice C)** consiste em uma entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora, a qual contém questões que possibilitam a identificação e caracterização sóciodemográfica e o perfil de saúde das gestantes que participaram do presente estudo. Compreende os seguintes itens: Identificação da gestante mantendo seu anonimato, por meio das iniciais do seu nome, idade, estado civil, renda, escolaridade, profissão, religião, atividades de lazer, horas de sono, doença crônica, uso de medicação, abortamentos, estresse, transtornos psiquiátricos, ideação suicida e violência doméstica.

O **segundo instrumento (Anexo I)** foi a aplicação de um questionário de auto relato com 21 itens de múltipla escolha, o qual consiste na "Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) ". O BAI foi criado por Beck, Steer e Garbin (1988) como uma escala autoaplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos. O BAI também foi originalmente desenvolvido para medir sintomas em uma população previamente diagnosticada como tendo transtorno de ansiedade. Após algum tempo da sua aplicação, observou-se que era um instrumento adequado para avaliação da população em geral. No Brasil, foi validado por Cunha (2001). O BAI consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade como sudorese, sentimentos de angústia, entre outros. Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e aquela que mais se assemelha com o estado mental do indivíduo deve ser marcada.

As possíveis respostas são: Não; Levemente: não me incomodou muito; Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar; Severamente: Quase não suportei. O BAI pode ter um resultado máximo de 63 pontos e as categorias são: 0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderada; 26-63: ansiedade severa. O Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI) é considerado como tendo um excelente padrão para avaliação da ansiedade, essencialmente por ser breve, simples e porque possibilita a capacidade presumida de medir a ansiedade geral. O BAI mostrou alta consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0,92) e confiabilidade teste-reteste durante 1 semana, r (81) = 0,75. Aponta-se ainda, que o BAI consegue estimar a ansiedade, enquanto minimiza sua sobreposição com a depressão.

De fato, o BAI é um instrumento que calcula os níveis de a ansiedade em curto prazo, com foco nos sintomas somáticos da mesma e foi desenvolvido para diferenciar a ansiedade e depressão. (BECK et al., 1988).

5.4 Processamento e Análise dos Dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAEE 14905919.0.0000.5324 e parecer número 155/2019 foi realizada a coleta dos dados que possibilitou a construção de um banco de dados, digitado em planilha do programa Excel pela pós-graduanda (Microsoft Office).

Posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) 22.0 (IBM) sendo analisados com base na estatística descritiva. O

teste Chi-quadrado foi aplicado para medir associações entre as variáveis categóricas e o teste T *Student* foi aplicado para verificar a diferença das médias das variáveis numéricas ($\alpha<0,05$ para significância estatística). Ainda, a análise dos dados se deu através da digitação dos instrumentos preenchidos em arquivos de Excel, os quais foram combinados e, posteriormente, exportados para a ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 22.0. Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva para caracterização geral da amostra estudada e, após foi usada a técnica multivariada, denominada análise de agrupamento (*cluster analysis*) de duas etapas, tendo como finalidade a classificação de elementos em grupos. Essa técnica reúne observações (objetos, indivíduos, empresas, produtos, entre outros) em pequenos grupos mutuamente exclusivos com base nas similaridades entre as observações (TOMAZ, MATOS, SOUZA, 2017). A análise de cluster é uma técnica de reconhecimento de padrões. Ao aplicar a análise de cluster, os dados brutos ou medições reais não são usados diretamente, pois envolve a decisão de padronizar ou não as variáveis de entrada (NOGUEIRA, 2020). Para comparação das médias das variáveis numéricas entre os clusters foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) e, para verificar a associação entre as variáveis categóricas e os clusters, utilizou-se o Teste de Chi-quadrado (Alfa menor que 0,05). Os resultados foram apresentados em forma narrativa, tabelas e gráficos, os quais apoiam a descrição das informações.

Os níveis de ansiedade foram calculados pela psicóloga e mestranda responsável pelo presente estudo, segundo orientações do Manual de Escalas Beck (Cunha, 2001) e categorizados em: ausência de ansiedade, ansiedade leve, ansiedade moderada e ansiedade grave (Cunha, 2001), para o cálculo do percentual da prevalência de gestantes com ansiedade [Número de gestantes com ansiedade dividido pelo total de gestantes, multiplicado por 100].

5.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa, juntamente com o termo de autorização para realização da mesma foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (APÊNDICE B). Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/(APÊNDICE C), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a finalidade de atender às exigências da Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

(BRASIL, 2016) e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde (NUMESC/SMS) / (APÊNDICE D).

Ressalta-se, ainda, que foram cumpridos integralmente os princípios da Resolução 510/2016 do CONEP/MS (BRASIL, 2016), garantindo a autonomia das participantes, de maneira que pudessem decidir livremente quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi possibilitado as mesmas sanar dúvidas sobre os procedimentos adotados para a coleta dos dados e outros assuntos relacionados ao estudo.

As participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos e a metodologia do estudo. Foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após, solicitada a assinatura do TCLE, em duas vias, por aquelas que aceitaram participar. Uma cópia foi entregue a participante e a outra permanecerá guardada no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), durante cinco anos. A fim de manter o sigilo e o anonimato das participantes, estas foram identificadas pela letra G (gestante), E (escala) e Q (questionário) e os números respectivos à aplicação da escala e do questionário (GEQ1).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentam-se dois artigos científicos, os quais são produto das categorias que emergiram da análise dos dados. O primeiro artigo intitula-se **“Identificação dos níveis de ansiedade gestacional e os fatores associados”,** sua elaboração seguiu as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública, estrato Qualis A3.

O segundo artigo foi intitulado **“Nível de ansiedade e o perfil de gestantes do extremo sul do Brasil: Análise por *cluste”*** e foi construído conforme as normas da Revista de Saúde Pública, estrato Qualis A2

6.1 ARTIGO 1

“Identificação dos níveis de ansiedade e fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil”

“Identification of anxiety levels and associated factors in a municipality in the extreme South of Brazil”

“Identificación de los niveles de ansiedade y factores associados en un município en el extremo sur de Brasil”

Resumo: Estudo de abordagem quantitativa e exploratória descritiva, que teve como objetivo identificar os níveis de ansiedade e os fatores associados em gestantes do extremo sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, mediante entrevista semiestruturada e aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP), sob o CAEE 14905919.0.0000.5324 e parecer número 155/2019. Os resultados do estudo mostraram que a aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) nas gestantes que realizam o pré-natal de baixo risco é fundamental para avaliar seu nível de ansiedade, os prováveis fatores associados, a fim de receberem as intervenções adequadas para a promoção da sua saúde e do seu bebê. O trabalho multiprofissional é de fundamental importância para que as equipes de saúde possam oferecer o suporte necessário a essas mulheres durante a gestação e puerpério, possibilitando que exerçam com maior segurança a maternidade e potencializem os aspectos positivos da sua saúde mental, fortalecendo também, os aspectos biopsicossociais dos seus filhos.
Descritores: Gestação, Ansiedade, Saúde da Mulher, Saúde Mental.

Abstract: Study with a quantitative and exploratory descriptive approach, which aimed to identify the levels of anxiety and associated factors in pregnant women in the extreme south of Brazil. Data collection took place from August 2019 to January 2020, through semi-structured interviews and application of the Beck Anxiety Inventory (BAI). The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande (CEP), under CAEE 14905919.0.0000.5324 and report number 155/2019. The results of the study showed that the application of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in pregnant women

who are undergoing low-risk prenatal care is essential to assess their level of anxiety, the probable associated factors, in order to receive appropriate interventions for promoting your health and your baby. Multiprofessional work is of fundamental importance so that the health teams can offer the necessary support to these women during pregnancy and the puerperium, allowing them to exercise motherhood with greater security and enhance the positive aspects of their mental health, also strengthening the aspects biopsychosocial aspects of their children.

Descriptors: Pregnancy, Anxiety, Women's Health, Mental Health.

Resumen: Estudio con enfoque descriptivo cuantitativo y exploratorio, que tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes del extremo sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo de agosto 2019 a enero de 2020, mediante entrevistas semiestructuradas y aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande (CEP), bajo CAEE 14905919.0.0000.5324 y número de informe 155/2019. Los resultados del estudio mostraron que la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en mujeres embarazadas que se encuentran en cuidados prenatales de bajo riesgo es fundamental para evaluar su nivel de ansiedad, los probables factores asociados, a fin de recibir las intervenciones adecuadas para promoviendo su salud y la de su bebé. El trabajo multiprofesional es de fundamental importancia para que los equipos de salud puedan brindar el apoyo necesario a estas mujeres durante el embarazo y el puerperio, permitiéndoles ejercer la maternidad con mayor seguridad y potenciar los aspectos positivos de su salud mental, fortaleciendo también los aspectos aspectos biopsicosociales de sus hijos.

Descriptores: Embarazo, Ansiedad, Salud de la Mujer, Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, cerca de 10% das gestantes têm algum tipo de transtorno mental. Nos países em desenvolvimento, este índice é ainda maior, podendo chegar a 15,6%. Em alguns casos, o sofrimento das mulheres pode ser grave, a ponto de cometerem suicídio. WHO[1]

Donelli, Chemellho e Levandowski[2] constataram que o tema ansiedade na gestação vem sendo pesquisado em diferentes países e áreas do conhecimento da saúde, principalmente na última década. Este foi um achado inesperado, tendo em vista que a

depressão gestacional é considerada uma das principais complicações na experiência da maternidade e, também necessita de maior número de estudos e pesquisas sobre essa temática. No entanto, como a ansiedade e a depressão costumam estar associadas, é importante uma atenção maior para a identificação e o manejo de ambos os problemas. Percebeu-se que vem aumentando o interesse pelo diagnóstico precoce, especialmente na área da ginecologia e obstetrícia, buscando oferecer melhor assistência à saúde da mulher.

Field[3] refere que os efeitos da ansiedade gestacional sem tratamento trazem inúmeras consequências para os neonatos, desde a gestação até a vida adulta, tanto no desenvolvimento fisiológico, que pode acarretar parto prematuro, menor atividade do tônus vagal, o qual reduz a atividade do sistema nervoso parassimpático, baixa imunidade, além da diminuição da densidade da massa encefálica, a qual pode acarretar vários problemas no neurodesenvolvimento. No que se refere aos aspectos emocionais estão incluídas as dificuldades relacionadas à maior emotividade negativa, menores escores de desenvolvimento mental e problemas de internalização. Os transtornos de ansiedade que acometem a gestante elevam os níveis de cortisol, causando assim, o aumento do estresse e da irritabilidade, motivados pela liberação de adrenalina, transmitindo reações negativas para o feto, que podem perdurar durante a infância, adolescência até a vida adulta, causando prejuízos na interação social, podendo ocasionar comportamentos afetivos inadequados.

O maior número de estudos sobre os transtornos mentais que ocorrem durante a gestação referem-se à ansiedade e/ou depressão em relação as demais psicopatologias[4,5,6]. A exposição do bebê à ansiedade no período gestacional está associada a malformações congênitas, restrição do peso ao nascer, parto prematuro ou parto prolongado, sofrimento fetal, aborto espontâneo, diminuição dos escores de desenvolvimento, inadaptabilidade, lentificação motora e problemas no neurodesenvolvimento. A ansiedade exacerbada na gestante, na maioria das vezes, pode desencadear transtornos mentais que, quando não são tratados, cronificam e levam a atos fatais, como mostra estudo realizado no Reino Unido onde foi constatado que uma em cada 25 mulheres, com idade entre 20 e 35 anos, cometem suicídio no período perinatal[5].

Staneva et al.[7], identificaram os sintomas gerados pela ansiedade e o quanto ela é prejudicial tanto para a gestante quanto para o bebê. Esses sintomas podem incluir a sensação de prostração, agressividade, temor, pensamentos ruminantes, mau humor, incapacidade de relaxar, sensação de perda de controle sobre o corpo, confusões causadas por informações ambíguas e falta de conhecimento sobre o parto e o trabalho de parto. Além desses, as gestantes podem se sentir sozinhas ou se isolar, por acreditarem que sua gravidez não se

adequa aos padrões idealizados e/ou determinados pela sociedade, por isso, na maioria das vezes, apresentam sentimentos negativos de inadequação, vulnerabilidade e a incerteza da sua capacidade de exercer seu papel parental de maneira positiva. A ansiedade na gravidez também está associada ao aumento de casos de hipertensão e, a complicações para o bebê, como mencinado anteriormente.

Este artigo é produto da Dissertação intitulada: **Transtorno de ansiedade e fatores associados em gestantes: um estudo transversal** e teve como **questão de pesquisa**: Qual a prevalência dos níveis de transtorno de ansiedade e os fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil?

O **objetivo** da pesquisa foi identificar os níveis de ansiedade em gestantes e os fatores associados. A relevância do estudo está atrelada não somente a prevalência de ansiedade na gestação, mas também, ao impacto negativo que esses níveis do transtorno ocasionam na vida pessoal, familiar e para o desenvolvimento saudável da criança.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva. O local que fez parte do mesmo foi a Secretaria Municipal de Saúde, Ala B, situada em um município no extremo sul do Brasil. Participaram 137 gestantes acima de dezoito anos. Os dados foram coletados no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada e aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

Os dados coletados foram exportados para o Programa SPSS 22.0 (IBM) sendo analisados com base na estatística descritiva. O teste Chi-quadrado foi aplicado para medir associações entre as variáveis categóricas e o teste T *Student* foi aplicado para verificar diferença das médias das variáveis numéricas ($\alpha<0,05$ para significância estatística). Os resultados foram apresentados em forma narrativa, tabelas e gráficos, os quais apoiam a descrição das informações.

Os aspectos éticos foram contemplados a partir da Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos[8], após aprovação pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde (NUMESC/SMS) sob parecer de número 013/2019 e, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) sob o CAAE 14905919.0.0000.5324 e parecer de número 155/2019. As participantes foram informadas sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e convidadas a fazerem parte da mesma, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). A fim de preservar o anonimato das mesmas, estas foram identificadas com a sigla G1 (Gestante) E1 (Escala) Q1 (Questionário).

A organização, análise dos dados e interpretação dos resultados levaram à construção de duas categorias: **"Fatores sócio demográficos e a gestação"** e **"Fatores clínicos e emocionais relativos a gestação"**, as quais são apresentadas a seguir:

Fatores sócio demográficos e a gestação

Quando a mulher se torna gestante, a vida parece mudar em todos os sentidos, ou seja, esta terá um novo papel a desempenhar e outras percepções e prioridades passam a fazer parte das suas emoções. Geralmente, o bebê se torna o centro da sua atenção e, em função de seu discernimento e conduta frente a nova condição do ciclo vital é possível identificar a maior ou menor probabilidade para desencadear a ansiedade, por isso se faz necessário o conhecimento aprofundado da sua história de vida pregressa e atual, com a finalidade de fazer uma avaliação mais eficaz e resolutiva em relação aos possíveis sinais e sintomas de ansiedade apresentados pela gestante, sendo importante que ela e seus familiares recebam orientações relativas a esta situação, as quais podem ser realizadas também, por meio do Pré-Natal Psicológico (PNP).

Arrais, Cabral e Martins[9], referem que todas as gestantes deveriam receber um atendimento voltado para sua saúde mental, não somente as que se encontram com o estado emocional alterado, pois são várias as transformações que as mulheres grávidas vivenciam, carecendo de suporte psicológico adequado com profissionais especializados, em um ambiente onde todas compartilham a mesma vivência, a gestação. Dessa forma, o suporte psicológico é obtido através da troca de experiências, dos questionamentos que levam ao encorajamento das participantes em compartilhar suas inquietações, angústias, ansiedades, culpas e medos, trabalhando questões da elaboração da nova identidade familiar, do suporte familiar, dos vínculos mãe-pai-bebê, das ambivalências da maternidade, da ressignificação de momentos vividos ou futuros, objetivando sempre o melhor desfecho possível para a gestação.

A idealizadora do PNP[10], apontaram em seus estudos alguns fatores de risco sociodemográficos, como por exemplo, a idade materna; baixo *status* de escolaridade; desemprego ou subemprego; ser solteira, os quais podem agravar os sintomas ansiosos na gestante.

Observou-se na presente pesquisa que os fatores sóciodemográficos como: idade, renda, estado civil e religião podem influenciar o desencadeamento de ansiedade e de outros

transtornos mentais, bem como os fatores relacionados a gestação, por exemplo, ter sido desejada ou não, abortos anteriores, natimortos, quantidade de filhos, são situações que podem levar a pensamentos e sentimentos que geram ansiedade. Em função disso, este estudo priorizou os níveis de ansiedade das gestantes em relação aos fatores sócio demográficos e relacionados a gestação e, fatores clínicos e emocionais relacionados a gestação.

Fatores Sociodemográficos e os Níveis de Ansiedade na Gestação

A ansiedade observada no estudo, refere que 28 (20,4%) gestantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 38 (27,7%) apresentaram ansiedade leve, 38 (27,7%) com ansiedade moderada e 33 (24,1%) gestantes demonstraram ansiedade severa, totalizando 137 participantes (Figura 1).

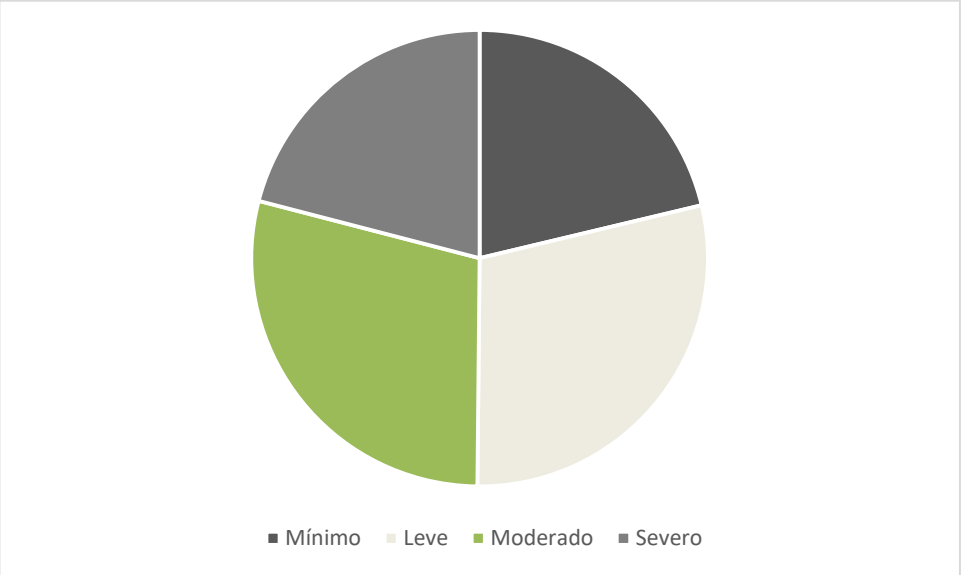

Figura 1: Nível de ansiedade das gestantes participantes do estudo.

As gestantes do estudo, apresentaram idade entre 18 e 41 anos, com média de 26,8 (DP 5,5) anos.

Em relação à escolaridade, observou-se que 61 (44,5%) das gestantes têm ensino médio completo, sendo que destas, 13 mulheres (21,3%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 20 mulheres (32,8%) demonstraram nível leve de ansiedade, 16 gestantes (26,2%) apresentaram nível moderado de ansiedade e 12 mulheres (19,7%) apresentaram ansiedade severa (Figura 2).

Do total de gestantes 79 (57,7%) se declararam solteiras, destas, 11(13,9%) com nível mínimo de ansiedade, 23(29,1%) com nível leve de ansiedade, 21(26,6%) com ansiedade moderada e 24 (30,4%) com ansiedade severa (Figura 2).

Em relação à renda, a maioria das gestantes, 125 (91,2%) declarou ter renda de até um salário mínimo, destas, 26 (20,8%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 33 gestantes (26,4%) com nível leve de ansiedade, 35 (28,0%) com nível moderado de ansiedade e 31 mulheres (24,8%) com ansiedade severa. (Figura 2).

No que se refere ao ambiente religioso frequentado pelas gestantes, 75(54,7%) disseram que iam na igreja evangélica e outras 62 (45,3%) referiram participar das Testemunhas de Jeová. Da maioria que frequenta a igreja evangélica, 17 (22,7%) apresentam nível mínimo de ansiedade, 20 (26,7%) com ansiedade leve, 21(28,0%) com ansiedade moderada e 17(22,7%) apresentaram ansiedade severa (Figura 2).

No que se refere as atividades de lazer, as gestantes responderam que, as que mais realizam é viajar 90 (65,7%) e assistir televisão 46 (33,6%). Analisando a maioria que respondeu viajar como atividade de lazer, verificou-se que 15 gestantes (16,7%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 27(30%) nível leve de ansiedade, 27 (30%) nível moderado de ansiedade e outras 21(23,3%) gestantes apresentaram ansiedade severa (Figura 2).

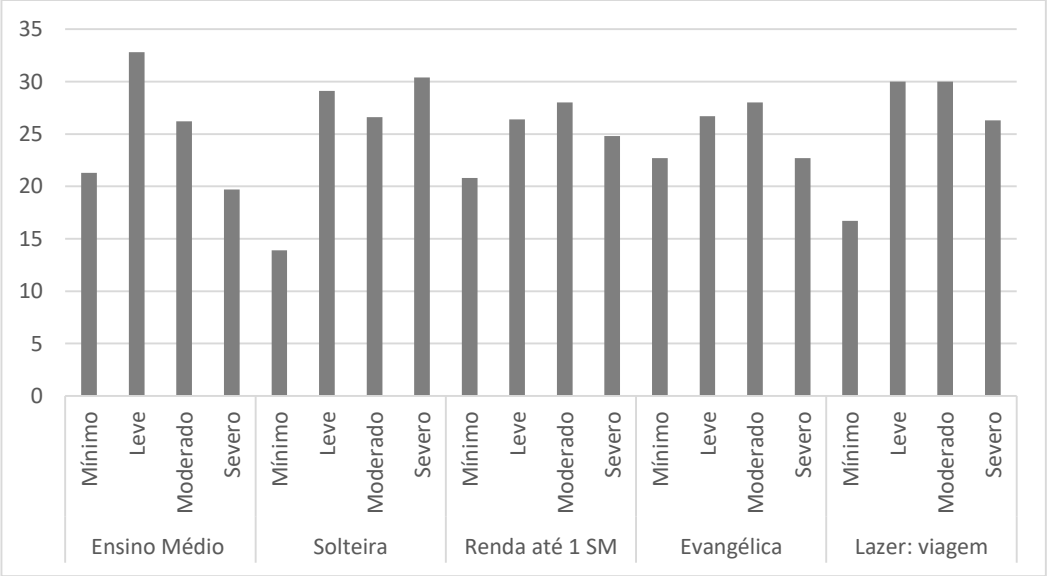

Figura 2: Níveis de ansiedade das gestantes em relação as características sociodemográficas.

Na questão que contemplou o número de filhos vivos, 53 (38,7%) ou seja, a maioria relatou ter um filho, 49 (35,8%) mulheres sem filhos e 26 (19%) com dois filhos. Das que

têm apenas um filho, 15 (28,3%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 13 (24,5%) apresentaram ansiedade leve, 12 (22,6%) com ansiedade moderada e 13(24,5%) com ansiedade severa. Das mulheres sem filhos, 7 (14,3%) com nível mínimo de ansiedade, 17 (34,7%) com ansiedade leve, 17 (34,7%) apresentaram ansiedade moderada e 8 (16,3%) apresentaram ansiedade grave. Das gestantes com dois filhos, 5 (19,2%) com nível mínimo de ansiedade, 5 (19,2%) com ansiedade leve, 6 (23,1%) com ansiedade moderada e 10 (38,5%) com ansiedade severa. As gestantes que têm filhos foram questionadas sobre a idade dos mesmos sendo a maioria 21 (15,3%) com filhos entre três e seis anos, destas, 6 (28,6%) com nível mínimo de ansiedade, 6 (28,6%) com ansiedade leve, 5 (23,8%) com ansiedade moderada e 4 (19%) com ansiedade severa (Tabela 1).

Tabela 1: Nível de ansiedade das gestantes em relação ao número de filhos.

	Sem filhos	Um filho	Dois filhos
Mínimo	7 (14,3%)	15 (28,3%)	5 (19,2%)
Leve	17 (34,7%)	13 (24,5%)	5 (19,2%)
Moderado	17 (34,7%)	12 (22,6%)	6 (23,1%)
Severo	8 (16,3%)	13 (24,5%)	10 (38,5%)

Outros Fatores Relacionados aos Níveis de Ansiedade na Gestação

No quesito planejamento da gestação, 80 (58,4%) mulheres responderam que a mesma não foi planejada e outras 57 (41,6%) responderam que foi planejada. Das gestantes que não planejaram a gestação, 16 (20%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 21(26,3%) ansiedade leve, 21(26,3%) ansiedade moderada e outras 22 (27,5%) gestantes apresentaram ansiedade severa (Figura 3).

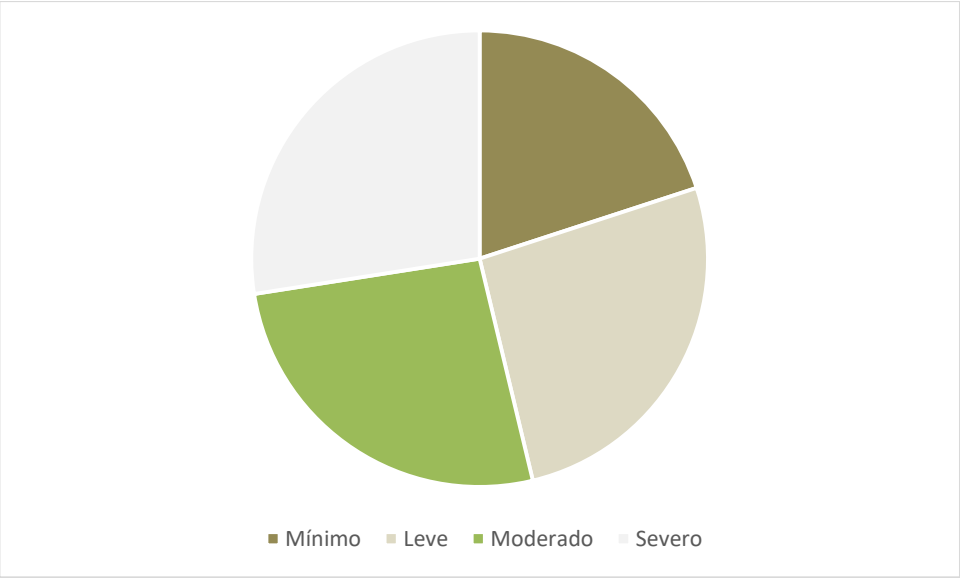

Figura 3: Nível de ansiedade das mulheres que não planejaram a gestação.

No que se refere as participantes da pesquisa, todas as gestantes realizam pré-natal. O número de consultas pré-natal realizadas, no momento em que foram entrevistadas, 30 (21,9%) estavam em sua primeira consulta, 21 (15,3%) em sua quarta consulta e 15 (10,9%) em sua sexta consulta. Das gestantes em primeira consulta, 8 (26,7%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 7 (23,3%) ansiedade leve, 8 (26,7%) com ansiedade moderada e 7 (23,3%) com ansiedade severa. Das gestantes em sua quarta consulta, 2 (9,5%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 7 (33,3%) apresentaram ansiedade leve, 7 (33,3%) ansiedade moderada e 5 (23,8%) apresentaram ansiedade severa. Das gestantes em sua sexta consulta, 1 (6,7%) apresentou nível mínimo de ansiedade, 7 (46,7%) apresentaram ansiedade leve, 4 (26,7%) ansiedade moderada e 3 (20,0%) apresentaram ansiedade severa (Tabela 2).

Tabela 2: Período de consultas pré-natal e os níveis de ansiedade das gestantes

	Primeira consulta	Quarta consulta	Sexta consulta
Mínimo	8 (26,7%)	2 (9,5%)	1 (6,7%)
Leve	7 (23,3%)	7 (33,3%)	7 (46,7%)
Moderado	8 (26,7%)	7 (33,3%)	4 (26,7%)
Severo	7 (23,3%)	5 (23,8%)	3 (20,0%)

Em relação ao número de gestações, a maioria das mulheres, ou seja, 43 (31,4%) apresentou duas gestações, sendo que, 14 (32,6%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 12 (31,6%) ansiedade leve, 10 (23,3%) apresentaram ansiedade moderada e 7 (16,3%) ansiedade severa. Em relação a natimortos, 134 (97,8%) disseram não ter tido natimortos, 2 (1,5%) com um natimorto, 1 (50%) teve nível mínimo de ansiedade e 1 (50%) ansiedade moderada e, 1 (0,7%) com dois natimortos, apresentou ansiedade severa. Analisando a questão de abortos, 21(15,3%) responderam que tiveram abortos, destas, 6 (28,6%) com ansiedade leve, 8 (38,1%) com ansiedade moderada e 7 (33,3%) com ansiedade severa.

Fatores Clínicos e Emocionais Relacionados aos Níveis de Ansiedade na Gestação

Em horas de sono, 79 (57,7%) mulheres responderam dormir entre 6 e 8h por dia, 30 (21,9%) mulheres responderam dormir mais de 9h por dia e 28 (20,4%) mulheres responderam que dormem menos de 6h por dia. Outro aspecto considerado foi se a gestante possui alguma doença crônica, sendo que 101 (73,7%) responderam ter hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 36 (26,3%) responderam ter hipotireoidismo. Das gestantes que disseram que tem hipertensão arterial sistêmica (HAS), 24 (23,8%) apresentou nível mínimo de ansiedade, 29 (28,7%) ansiedade leve, 26 (25,7%) ansiedade moderada e 22 (21,8%) ansiedade severa. No que se refere ao uso de medicamentos em função de ter uma doença crônica, 109 (79,6%) responderam usar cloridrato de propranolol, o qual é um betabloqueador utilizado para HAS.

No quesito se tinham filhos mortos, a maioria, 132 (96,4%) disseram não ter filhos mortos, sendo que destas, 27 (20,5%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 36 (27,3%) apresentaram ansiedade leve, 36 (27,3%) ansiedade moderada e 33 (25%) ansiedade severa. As mães de filhos mortos somam 5 (3,6%), sendo que destas, 1 (20%) com nível mínimo de ansiedade, 2 (40%) com ansiedade leve e 2 (40%) com ansiedade moderada.

Ao serem questionadas a respeito de apresentarem sinais e sintomas diferentes nesta gestação, a maioria, ou seja, 77 (56,2%) afirmou que sim. Destas, 12 (15,6%) tinham nível mínimo de ansiedade, 20 (26,0%) ansiedade leve, 21 (27,3%) apresentaram ansiedade moderada e 24 (31,2%) ansiedade severa.

O questionamento relativo a terem ou não apoio da família e/ou companheiro durante a gestação, a maioria, 135 (98,5%) respondeu que tinham apoio dos mesmos. Destas, 28 (20,7%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 38 (28,1%) ansiedade leve, 38 (28,1%) ansiedade moderada e 31 (23,0%) ansiedade severa. As gestantes que responderam não

receber apoio familiar e/ou do companheiro foram 2 (1,5%), ambas apresentaram ansiedade severa. A maior parte das gestantes disseram que o tipo de apoio familiar e/ou do companheiro que recebiam era financeiro e emocional 78 (56,9%); sendo que, 12 (15,4%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 20 (25,6%) ansiedade leve, 27 (34,6%) ansiedade moderada e 19 (24,4%) apresentaram ansiedade severa.

No que se refere a questão se tiveram ou não algum fator estressante na gestação atual, a maioria, ou seja, 86 (62,8%) afirmou que sim. Treze gestantes (15,1%) tiveram nível mínimo de ansiedade, 16 (18,6%) ansiedade leve, 27 (31,4%) ansiedade moderada e 30 (34,9%) apresentaram ansiedade severa.

Em relação ao diagnóstico de transtornos psiquiátricos anteriores a gestação, a minoria, 17 (12,4%) respondeu que já tiveram tal diagnóstico. Destas, 2 (11,8%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 1 (5,9%) ansiedade leve, 5 (29,4%) ansiedade moderada e 9 (52,9%) ansiedade severa. Quanto ao transtorno psiquiátrico diagnosticado, 4 (2,9%) gestantes responderam ter recebido o diagnóstico médico de ansiedade. Uma (25,0%) apresentou nível mínimo de ansiedade, 1 (25,0%) ansiedade moderada e 2 (50,0%) ansiedade severa. Duas gestantes tiveram diagnóstico de depressão anterior a gestação e, 2 (100%) apresentaram ansiedade severa. As duas gestantes diagnosticadas com depressão e ansiedade, 2 (100%) apresentaram ansiedade severa e outras duas gestantes foram diagnosticadas com depressão e síndrome do pânico, sendo que as 2 (100%) apresentaram ansiedade severa.

Nove (6,6%) gestantes se mantém com o mesmo diagnóstico na gestação atual, ou seja, ansiedade (n=3), estresse (n=1), depressão e ansiedade (n=2), transtorno obsessivo compulsivo e ansiedade (n=1), depressão e síndrome do pânico (n=1) e transtorno de personalidade (n=1). Destas, 2 (22,2%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 1 (11,1%) ansiedade leve, 2 (22,2%) ansiedade moderada e 4 (44,4%) estavam com ansiedade severa.

Quando questionadas sobre histórico de ideação suicida, 110 (80,3%) responderam que não apresentaram este sintoma. Outras 27 (19,7%) gestantes disseram que já tiveram ideação suicida. Destas, 1 (3,7%) com nível mínimo de ansiedade, 3 (11,1%) com ansiedade leve, 6 (22,2%) com ansiedade moderada e 17 (63,0%) com ansiedade severa. Em relação a internação psiquiátrica anterior a gestação, 136 (99,3%) disseram nunca ter sido internadas em hospital psiquiátrico e 1 (0,7%) gestante referiu que foi internada nesta instituição antes da gestação. Quanto ao histórico familiar de transtornos mentais, 75 (54,7%) disse não haver histórico familiar, outras 62 (45,3%) relataram que havia histórico de transtornos mentais na

família. Oito (12,9%) gestantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 18 (29,0%) ansiedade leve, 19 (30,6%) ansiedade moderada e 17 (27,4%) ansiedade severa.

Referente ao uso de psicofármacos na gestação atual ou em outra gestação, 128 (93,4%), ou seja, a maioria das participantes do presente estudo respondeu que nunca fez uso no período gestacional. Nove (6,6%) gestantes afirmaram ter feito uso de psicofármacos na gestação atual ou em outra gestação. Destas, 1 (11,1%) apresentou ansiedade leve, 3 (33,3%) ansiedade moderada e 5 (55,6%) ansiedade severa. Se fazem uso de substâncias lícitas (tabaco e álcool), 114 (83,2%) das gestantes disseram não fazer uso. Outras 26 (16,8%) afirmaram fazer uso de substâncias lícitas, destas, 3 (13,0%) com nível mínimo de ansiedade, 5 (21,7%) com ansiedade leve, 6 (26,1%) com ansiedade moderada e 9 (39,1%) com ansiedade severa.

Quanto à violência doméstica anterior ou durante a gestação atual, 99 (72,3%), ou seja, a maioria respondeu nunca ter vivenciado esta situação. Já, 38 (27,7%) gestantes, afirmaram ter vivenciado violência doméstica alguma vez na vida. Destas, 3 (7,9%) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 9 (23,7%) ansiedade leve, 12 (31,6%) ansiedade moderada e 14 (36,8%) ansiedade severa.

Tabela 3: Nível de ansiedade relacionados aos fatores clínicos e emocionais das gestantes.

Nível de ansiedade	Fator Estresse* n (%)	Transtornos Psiquiátricos* n (%)	Ideação Suicida* n (%)	Violência Doméstica* n (%)
Mínimo	13 (15,1)	2 (11,8)	1 (3,7)	3 (7,9)
Leve	16 (18,6)	1 (5,9)	3 (11,1)	9 (23,7)
Moderado	27 (31,4)	5 (29,4)	6 (22,2)	12 (31,6)
Severo	30 (34,9)	9 (52,9)	17 (63,0)	14 (36,8)

*p<0,05; teste de chi-quadrado para comparação entre os graus de ansiedade

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta resultados referentes aos níveis de ansiedade em gestantes, verificado por meio de uma entrevista semiestruturada realizada anterior a consulta de pré-natal, quando também foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)[11,12]

Neste estudo observou-se que 28 (20,4%) gestantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 38 (27,7%) apresentaram ansiedade leve, 38 (27,7%) com ansiedade moderada e 33 (24,1%) gestantes demonstram ansiedade severa, totalizando 137 participantes.

Dados epidemiológicos sugerem que até 20% das mulheres sofrem de transtornos de humor e/ou ansiedade durante a gravidez[13]. Um estudo transversal realizado no Hospital de Ginecologia e Obstetrícia Changchun, na China, contou com 467 participantes e apontou a prevalência de ansiedade pré-natal de 20,6%[14]. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em uma coorte de gestantes constatou prevalência de ansiedade de 64,9%[15]. Estudo realizado em São Paulo detectou estado ansioso em 15,7% das participantes[16]. Já, em Minas Gerais, pesquisa realizada com duzentas e nove gestantes mostrou a presença de ansiedade em cinquenta e seis, o que totaliza 26,7%[17].

No presente estudo, o nível de ansiedade observado refere que 33 (24,1%) das gestantes apresentaram ansiedade severa, 38 (27,7%) ansiedade moderada e 38 (27,7%) ansiedade leve. Assim como no estudo de Arrais, Araújo e Schiavo[10], considerou-se como critério relevante, apenas os casos classificados com níveis de ansiedade gestacional moderado ou grave, ou seja, acima de 16 pontos para o BAI[12].

Assim como nos estudos de Arrais, De Araujo, De Almeida Schiavo[10] e Da Cunha et al.[18], esse estudo também utilizou o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade das gestantes e os níveis encontrados nesta pesquisa são semelhantes aos dos autores citados.

Costa et al.[19] conduziram um estudo longitudinal realizado com 340 gestantes entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação, atendidas em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Os achados evidenciam que a mediana de idade foi de 25,5 anos (18,1; 38,6); a maioria apresentou escolaridade superior a oito anos (82,3%), moravam com o companheiro (80,7%) e tinham trabalho remunerado (50,7%). Este estudo contrapõe nossos achados nos aspectos referentes a escolaridade, residir com o companheiro e ter planejado a gestação e, se assemelha na idade das gestantes e no salário recebido pelas trabalhadoras.

A média de idade de 26,8 (DP 5,5) se mostra semelhante a maioria das gestantes do presente estudo, as quais têm escolaridade superior a doze anos; 61 (44,5%), possuindo ensino médio completo, o que se difere dos achados de São Paulo. Nosso estudo aponta que a maior parte das gestantes, 79 (57,7%) se declararam solteiras e 125 (91,2%) referiram ter renda de até um salário mínimo. Em comparação ao estudo realizado em São Paulo, nossa pesquisa mostrou que as gestantes entrevistadas possuíam bom nível de escolaridade, porém,

a maioria vive sem o companheiro, ou seja, são famílias monoparentais e as mulheres são as provedoras da família. Já, o estudo conduzido em São Paulo, com relação à gestação, a maior parte planejou a gravidez, relatou perceber satisfação do companheiro com a criança e no período puerperal tiveram auxílio por parte de familiares, o que demonstra que havia uma rede de apoio significativa.

Estudo conduzido por Conceição e Fernandes[20] se assemelha, em parte, aos nossos achados. Em relação ao perfil sociodemográfico apresentado observa-se que a média de idade é de 24,6 anos (DP ± 6,07), sendo estas, pelo menos dois anos mais jovens do que a maior parte das gestantes participantes do nosso estudo. A maioria (75,74%) vive com o companheiro, diferente do encontrado em nossos achados. E, 50,99% têm ≥ 8 anos de estudo, contrapondo nossa pesquisa, em que a maior parte das gestantes 44,5% têm 12 anos de estudo. A renda familiar média daquelas que forneceram esta informação foi de R$ 971,82, indo ao encontro do nosso estudo. No que se refere ao planejamento ou não da gestação, 101 (50%), ou seja, metade das mulheres não planejaram a gestação, revelando em nossos achados, que 80 (58,4%), ou seja, mais da metade das participantes responderam que a gestação não foi planejada. As características da nossa população podem estar relacionadas à faixa etária estudada que, geralmente, manifesta um bom nível de maturidade emocional e apoio psicossocial, no entanto, ainda tem pouca estabilidade financeira. Mesmo que o contexto pareça desfavorável, evidencia-se aqui, que o nível socioeconômico e condições de vida mais precárias não são os únicos determinantes para o risco de transtornos mentais ou níveis elevados de ansiedade.

Os resultados deste estudo mostram que 57,7% das gestantes se declararam solteiras. Quando observados os níveis de ansiedade nestas mulheres percebe-se que existe semelhança entre os níveis mínimo (13,9%), leve (29,1%), moderado (26,6%) e severo (30,4%). O mesmo ocorre em relação aos demais fatores sociodemográficos, quando correlacionou-se os níveis de ansiedade com a escolaridade, percebeu-se semelhança na distribuição entre os quatro níveis, nível mínimo (21,3%), nível leve de ansiedade (32,8%), moderado (26,2%) e severo (19,7%). O fator renda tampouco indicou diferença significativa entre os níveis, nível mínimo (20,8%), nível leve (26,4%), moderado (28,0%) e severo (24,8%), bem como a religiosidade, nível mínimo (22,7%), leve (26,7 %), moderado (28,0%) e severo (22,7%). Nas atividades de lazer, nível mínimo (16,7%), leve (30,0%), moderado (30,0%) e severo (23,3%). A quantidade de filhos também não apresentou diferença estatística significante entre os níveis mínimo (28,3%), leve (24,5%), moderado (22,6%) e severo (24,5%). O não planejamento da gestação também não se destacou como fator de

risco para o desencadeamento dos diferentes níveis de ansiedade, ou seja, o nível mínimo (20,0%), leve (26,3%), moderado (26,3%) e severo (27,5%). Quanto ao número de consultas pré-natal, as quais representam os trimestres gestacionais, essas não indicaram valor significante estatisticamente, tendo as gestantes em primeira consulta, apresentado os seguintes níveis de ansiedade: mínimo (26,7%), leve (23,3%), moderado (26,7%) e severo (23,3%), gestantes em sua quarta consulta; mínimo (9,5%), leve (33,3%), moderado (33,3%) e severo (23,8%), gestantes em sua sexta consulta, mínimo (6,7%), leve (46,7%), moderado (26,7%) e severo (20,0%); 31,4% das mulheres referiram ter duas gestações, mínimo (32,6%), leve (31,6%), moderado (23,3%). Quanto a natimortos, 97,8% disseram não ter vivido essa experiência. Em relação a abortos 15,3% responderam que já tinham passado por esta situação e apresentaram nível leve (28,6%), moderado (38,1%) e severo (33,3%).

De acordo com os fatores sociodemográficos apresentados em nosso estudo, existe uma homogeneização nos níveis de ansiedade apresentados pelas gestantes e uma heterogeneização em relação as características pessoais. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Arrais, Araújo e Schiavo[10], tendo a mesma semelhança em relação ao perfil das mulheres do presente estudo, sendo um grupo heterogêneo, com características diversificadas. Essas características revelam que, na maternidade, se unem idades, biografias e motivações distintas, sendo uma experiência única para todas as mulheres. Cada perfil permitirá viver a experiência de forma diferente na construção do exercício da sua maternidade[21].

Estudo realizado numa unidade de atenção primária vinculada à Universidade Federal do Ceará foi conduzido entre gestantes com idade superior a 18 anos, casadas ou em união estável. Quanto à escolaridade, 70% concluíram o ensino médio e em relação à atividade laboral 60% trabalhavam fora de casa. Sobre o número de gestações, 60% estavam vivenciando a primeira gestação, 20% a segunda gestação e 70% planejaram a gestação, o que na maior parte corrobora com o perfil das gestantes do nosso estudo. O objetivo nesta população foi verificar a percepção do estresse vivenciado no período gestacional. Tornou-se mais fácil pensar o estresse, a partir de exemplos cotidianos, ampliando a visibilidade deste conceito. Observando os exemplos, percebe-se que a associação do estresse é a soma de diversos fatores, por exemplo, não dormir adequadamente, irritabilidade com alguém, não ser capaz de resolver situações da vida cotidiana, a falta de recursos financeiros e conflitos frequentes com o cônjuge, associando-se sempre a algo negativo em sua vida. Ressalta-se que alguns depoimentos deram como exemplo de estresse diário discussões e conflitos conjugais, destacando assim o impacto da relação conjugal no estresse gestacional[22].

Na Alemanha, um estudo prospectivo longitudinal recrutou 306 mulheres em ambulatórios ginecológicos para avaliar os fatores de risco potenciais no desencadeamento de ansiedade e/ou depressão na gravidez. Os preditores mais fortes de ansiedade na gestação encontrados no estudo se referem a transtornos psiquiátricos anteriores, além disso, agressões físicas ou sexuais provocadas por parceiro íntimo, ser jovem, ter baixa escolaridade, não planejamento da gestação, pouco apoio social, insatisfação conjugal por parte do parceiro, baixa autoestima e baixa auto eficácia foram apontados como os principais fatores de risco[23].

Como mencionado no estudo do parágrafo anterior, a violência doméstica é um indicador de risco para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade e pode acontecer em qualquer fase da vida da mulher, principalmente no período gestacional. Estimativas mundiais de Violência por Parceiro Íntimo (VPI) na época da gravidez foram prevalentes nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, indicando, portanto, ligação direta com as condições socioeconômicas e culturais de uma sociedade[24].

Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, aproximadamente metade das mulheres americanas primíparas, cuja média de idade foi de 30,9 ± 4,6 anos, (46,9%) sofreram algum tipo de violência em algum momento, no período da infância (23%), idade adulta (25%) ou gravidez (9,2%). A gestação foi o período associado com a menor incidência de abuso, porém, não menos grave. De acordo com Globevnik Velikonja[25], o abuso psicológico é classificado em primeiro lugar entre os tipos de violência correspondendo a 26,1% dos casos.

Segundo Romagnolo[26], a ansiedade pode ser o primeiro sintoma para o desenvolvimento de síndromes, como a do pânico, por exemplo; já, a violência, tendo ocorrido na infância ou na vida adulta, demonstra os mesmos danos para as gestantes e mães, conduzindo a um vínculo frágil ou inadequado com a criança, apresentando como um dos problemas mais graves, a desnutrição dos filhos. Entre os impactos na saúde mental da gestante, estão incluídos o risco aumentado de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e suicídio.

Assim como nos estudos[22,23,24,25,26], nossos dados revelaram estatística significativa nos seguintes fatores: estresse durante a gestação atual, a maioria 86 (62,8%) afirmaram que apresentam tal vivência nessa fase da vida. Destas, 13 (15,1%) com nível mínimo de ansiedade, 16 (18,6%) com ansiedade leve, 27 (31,4%) com ansiedade moderada e 30 (34,9%) apresentaram ansiedade severa. Nos transtornos psiquiátricos anteriores a gestação, 17 (12,4%) responderam que já tiveram algum diagnóstico. Destas, tiveram 2 (11,8%) com

nível mínimo de ansiedade, 1 (5,9%) com ansiedade leve, 5 (29,4%) com ansiedade moderada e 9 (52,9%) com ansiedade severa. Outra variável significativa refere-se à ideação suicida, 27 (19,7%) gestantes responderam que já apresentaram tal sintoma, uma (3,7%) com nível mínimo de ansiedade, 3 (11,1%) com ansiedade leve, 6 (22,2%) com ansiedade moderada e 17 (63,0%) com ansiedade severa. Por fim, no que se refere a violência doméstica 38 (27,7%), afirmaram ter vivido tal situação alguma vez na vida. Três gestantes apresentaram (7,9%) nível mínimo de ansiedade, 9 (23,7%) nível leve de ansiedade, 12 (31,6%) nível moderado de ansiedade e 14 (36,8%) nível severo de ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado, uma vez que se avaliaram os níveis de ansiedade das gestantes. Os resultados encontrados sugerem que ter uma rede de apoio social saudável é um fator de proteção para o não desencadeamento do transtorno de ansiedade, indicando que o acompanhamento psicológico na gestação, aliado ao pré-natal obstétrico e a outros fatores de proteção, como: ter uma relação saudável das gestantes com suas próprias mães, ter um bom nível de escolaridade e renda, devem ser investigados em pesquisas futuras, com o intuito de minimizar os efeitos desses fatores como sendo de risco para o desencadeamento do transtorno de ansiedade na gestação. Essa investigação apresenta algumas limitações, dentre elas, a necessidade de se ampliar a amostra, uma vez que um “n” maior poderia mostrar outras associações significativas no que se refere ao aumento dos níveis de ansiedade e os fatores associados a este aumento.

Os resultados deste estudo deram destaque a fatores relevantes associados ao nível de ansiedade moderada e severa, ou seja, as gestantes que vivenciaram estresse na gestação, que tiveram ideação suicida ao menos uma vez na vida , as diagnosticadas com transtornos mentais anteriores a gestação e as que viveram episódios de violência em algum momento da vida apresentaram níveis de ansiedade moderada e severa, com dados estatisticamente significantes, tais níveis mostraram o quanto a violência intrafamiliar pode acarretar transtornos mentais ao longo da vida, incluindo a ideação suicida. Ao reviver situações de estresse em um período de intensa sensibilidade, a gestante mais vulnerável tende a se desequilibrar emocionalmente com mais frequência.

Em função desses achados é importante que uma avaliação do nível de ansiedade ocorra na primeira consulta de pré-natal de baixo risco, a fim de que essas mulheres recebam o tratamento psicossocial adequado e, com isso, diminua a cronificação do transtorno de

ansiedade e demais comorbidades psiquiátricas. Tal detecção é prioritária para a promoção da saúde biopsicossocial da mãe e do bebê.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, principalmente longitudinais com uma amostra significativa considerando o acompanhamento gestacional desde o resultado positivo para gravidez, principalmente quando detectado nível de ansiedade moderado e severo, identificado após a aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), até os dois anos de idade da criança, podendo utilizar como meio de intervenção no Pré-Natal Psicológico para rastreamento e prevenção de fatores de risco para o desencadeamento de transtornos mentais durante o ciclo gravídico-puerperal e primeira infância, a fim de promover a saúde mental ao longo do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1.WHO- Mental Health Maternal and child mental health. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/> Acesso em: 22/05/2020.

2.Donelli, T M S; Chemellho, M R, Levandowski, D C. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. Interação em Psicologia, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021271 Acesso em 17 dez 2019.

3. Field, T. Prenatal anxiety effects: A review. Infant Behavior and Development, v. 49, p. 120-128, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638317300735 Acesso em 19 dez 2019.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion nº 343. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Obstet. Gynecol., v. 108, p. 469-77. 2006.

5. Kim, J Jo, Silver, R K. Perinatal suicide associated with depression diagnosis and absence of active treatment in 15-year UK national inquiry. Evidence-based mental health, v. 19, n. 4, p. 122, 2016. Disponível em: https://ebmh.bmj.com/content/19/4/122.short Acesso em: 23 jan 2020.

6.Mcallister-Williams, R. Hamish et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. Journal of Psychopharmacology, v. 31, n. 5, p. 519-552, 2017. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881117699361 Acesso em: 23 jan 2020.

7. Staneva, A A, Bogossian, F, Wittkowski, A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. Midwifery, v. 31, n. 6, p. 563-573, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815001114 Acesso em 27 jan 2020.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. [Links]

9. Arrais, A R et al. Rastreamento dos fatores de risco e proteção à depressão pós-parto em gestantes de uma maternidade pública do Distrito Federal. 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39293 Acesso em: 15 fev 2020.

10.Arrais, A R, De Araujo, T C C F, De Almeida Schiavo, R. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200003 Acesso em: 15 fev 2020.

11. Beck, A T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, v. 56, n. 6, p. 893, 1988. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1989-10559-001 Acesso em: 23 dez. 2018.

12. Cunha, J A (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

13.Massachusetts General Hospital for Women´s Mental Healt. Psychiatric disorders during pregnancy: Weighing the risks e benefits of pharmacologic treatment during pregnancy. womensmentalhealt.org. Boston, 2014. Disponível em: <http://womensmentalhealth.org> Acesso em: 27 dez. 2018.

14. Kang, Yu-ting et al. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. International journal of environmental research and public health, v. 13, n. 5, p. 468, 2016. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/13/5/468 Acesso em: 20 fev 2020.

15. Morais, A O D S et al. 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, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n6/e00032016/ Acesso em: 15 fev 2020.

16. Silva, F, Rodrigues, O M P R, Lauris, J R P. Ansiedade Materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. Psicologia Ciência e Profissão, v. 37, n. 2, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200318&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 26 jan 2020.

17. De Jesus Silva, M M et al. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 9, n. 7, p. 9027-9037, 2015. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Ansiedade-e-depress%C3%A3o-na-gravidez%3A-caracteriza%C3%A7%C3%A3o-SilvaLeite/30d2915da0ca45415c826de10a9403be6146fdec?p2df Acesso em: 02 mar 2020.

18. Da Cunha, A C B et al. Picamalácia na gestação de risco e aspectos psicológicos relacionados. Temas em Psicologia, v. 25, n. 2, p. 613-630, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200012 Acesso em: 23 dez 2019.

19. Costa, D O et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 691-700, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n3/691-700/ Acesso em: 15 fev 2020.

20.Conceição, S P da; Fernandes, R A Q. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. Escola Anna Nery, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1277/127743547011.pdf Acesso em: 23 jan 2020.

21. Spehar, M C, Seidl, E M F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Psicologia em Estudo, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/f6a1/f8b71a9a4574988c5d3277a1535c0679456b.pdf Acesso em: 02 mar 2020.

22. Monteiro, P G A et al. Percepções de mulheres acerca do estresse vivenciado na gestação. CIAIQ2018, v. 2, 2018. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1889 Acesso em: 26 jan 2020.

23. Martini, J, Petzoldt, J, Einsle, F, Beesdo-Baum, K, Höfler, M, Wittchen, H-U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. Journal of Affective Disorders, 175, 385–395.,

2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715000166 Acesso em: 15 fev 2020.

24. Gashaw, B T , Schei, B, Magnus, J H. Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. PLoS ONE, v. 13, n. 3, p. e01, 2018. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194681 Acesso em 26 jan 2020.

25. Globevnick, V V et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy, Journal of Perinatal Medicine, v. 46, n. 1, p. 29–33, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28186957/ Acesso em 23 jan 2020.

26. Romagnolo, A N et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/31412 Acesso em: 26 jan 2020.

6.2 ARTIGO 2

Nível de ansiedade e o perfil de gestantes do extremo sul do Brasil: Análise por *cluster*

Anxiety level and the profile of pregnant women in the extreme south of Brazil: Analysis by cluster

Resumo

Objetivo: Identificar os diferentes perfis de gestantes através do agrupamento de suas características sociodemográficas e intensidade dos níveis de ansiedade.

Métodos: Estudo transversal, exploratório com 137 gestantes atendidas na Ala B da Secretaria Municipal de Saúde, em Rio Grande/RS. A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto de 2019 a janeiro de 2020. Foram utilizados como instrumento para a coleta dos dados, uma entrevista semiestruturada com questões sociodemográficas e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva, análise de variância e análise de agrupamento.

Resultados: As prevalências foram para estresse, 62,8% (n=86), transtornos psiquiátricos anteriores a gestação, 12,4% (n=17), ideação suicida, 19,7% (n=27) e histórico de violência doméstica anterior ou durante a gestação, 27,7% (n=38). Quanto ao nível de ansiedade, 28 (20,4%) gestantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 38 (27,7%) apresentaram ansiedade leve, 38 (27,7%) ansiedade moderada e 33 (24,1%) gestantes demonstraram ansiedade severa.

Conclusões: A vivência de estresse durante a gestação foi a de maior prevalência entre as gestantes. Mulheres com menor poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade foram as mais atingidas pelo estresse.

Descritores: Gestantes; Ansiedade; Análise por conglomerados.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período na vida da mulher que pode ou não contemplar o bem-estar emocional. No entanto, dados epidemiológicos sugerem que até 20%

das mulheres sofrem de transtornos de humor e/ou ansiedade durante a gravidez. As mais vulneráveis são aquelas com histórico de doenças mentais prévias e é comum que o primeiro episódio se manifeste durante a gestação[1].

Autores indicam que inúmeros fatores influenciam agravos de transtornos mentais na gravidez e no pós-parto, em particular, a ansiedade e a depressão. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em uma coorte de gestantes, constatou prevalência de ansiedade de 64,9%[2]. Estudo realizado em São Paulo detectou estado ansioso em 15,7% das participantes[3]. Já, em Minas Gerais, estudo realizado com duzentas e nove gestantes mostrou a presença de ansiedade em cinquenta e seis delas[4].

Em estudo de coorte populacional[5] realizado no Canadá, apontou que o estresse, insegurança ou infelicidade na gestação, ter baixa autoestima, pouco ou nenhum apoio do parceiro e de familiares foi determinante estatisticamente significativo do estado de ansiedade durante o segundo trimestre da gestação.

Estudo conduzido na Holanda com gestantes de baixo risco e teve por objetivo avaliar quais dados sociodemográficos estão mais fortemente ligados a ansiedade na gestação e constataram que as mulheres com gravidez não planejada tiveram chances significativamente maiores de aumento específico de níveis de ansiedade na gestação do que as mulheres com uma gravidez planejada, porém, não foram encontradas associações significativas com idade, escolaridade, ter companheiro ou não e, status socioeconômico[6].

Este artigo é produto da Dissertação intitulada: **Transtorno de ansiedade e fatores associados em gestantes: um estudo transversal** e teve como **questão de pesquisa**: Qual a prevalência dos níveis de transtorno de ansiedade e os fatores associados em gestantes de um município do extremo sul do Brasil?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo com delineamento transversal. Realizado através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). O BAI foi criado por Beck, Steer e Garbin[7] como uma escala autoaplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos. No Brasil, foi validado por Cunha[8].

O estudo foi realizado com 137 gestantes em acompanhamento pré-natal atendidas na Secretaria Municipal de Saúde, do município do Rio Grande/RS. Para seleção do tamanho amostral foi adotada uma fórmula específica, que objetivou

estimar o tamanho mínimo relevante para realização de determinados procedimentos estatísticos. Aplicando a fórmula para cálculo amostral com margem de erro de 10% e nível de confiança de 95% se chegou ao número mínimo de 92 participantes.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores deste estudo e por membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), entre os meses de agosto de 2019 a janeiro de 2020. A equipe foi previamente treinada para a aplicação da entrevista semiestruturada e o Inventário de BAI.

O primeiro instrumento consistiu em uma entrevista semiestruturada contendo dados que possibilitam a identificação e caracterização sóciodemográfica e o perfil de saúde das gestantes.

O segundo instrumento consistiu em um questionário de auto relato com 21 itens de múltipla escolha, a “Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)”. O BAI consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade como: sudorese e sentimentos de angústia. Cada questão apresenta quatro possíveis respostas e, aquela que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser assinalada. As possíveis respostas são: Não; Levemente: não me incomodou muito; Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar; Severamente: Quase não suportei. O BAI pode ter um resultado máximo de 63 pontos e as categorias são: 0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderada; 26-63: ansiedade severa. O Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* – BAI) é considerado o melhor para a avaliação da ansiedade, essencialmente, por ser breve, simples e capacidade presumida de medir a ansiedade geral[8].

A análise dos dados ocorreu por meio da digitação dos instrumentos preenchidos em arquivos de Excel, os quais foram combinados e, posteriormente, exportados para a ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences*-SPSS, versão 22.0[9]. Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva para caracterização geral da amostra estudada e, posteriormente, utilizando-se técnica multivariada, denominada análise de agrupamento (*cluster analysis*) de duas etapas, tendo como finalidade a classificação de elementos em grupos. Essa técnica reúne observações (objetos, indivíduos, empresas, produtos, entre outros), em pequenos grupos mutuamente exclusivos com base nas similaridades entre as

observações[10]. A análise de *cluster* é uma técnica de reconhecimento de padrões. Ao aplicar a análise de *cluster*, os dados brutos ou medições reais não são usados diretamente, pois envolve a decisão de padronizar ou não as variáveis de entrada[11]. Para comparação das médias das variáveis numéricas entre os *clusters* foi utilizada a Análise de Variância[12] (ANOVA) e, para verificar a associação entre as variáveis categóricas e os *clusters*, utilizou-se o Teste de Chi-quadrado[13] (Alfa menor que 0,05).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a finalidade de atender às exigências da Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos[14] e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal da Saúde (NUMESC/SMS). Iniciou-se a pesquisa após aprovação mediante parecer de número CAEE 14905919.0.0000.5324 e, de número 013/2019, do CEP e do NUMESC, respectivamente. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após, solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, por aquelas que aceitaram participar.

RESULTADOS

Características gerais das gestantes estudadas

Participaram do estudo 137 gestantes, com média de idade de 26,88 anos, variando de 18 a 41 anos. Do total de gestantes 79 (57,7%) se declararam solteiras, observou-se que a maioria, 125 (91,2%) referiu ter renda de até um salário mínimo, 61 (44,5%) das gestantes com o ensino médio completo, 75 (54,7%) disseram frequentar a igreja evangélica e a maioria relatou ter apenas um filho, 49 (35,8%).

Descrição das variáveis preditoras do perfil das gestantes estudadas, segundo a análise de agrupamento

Através da análise de agrupamento foi possibilitado a divisão da amostra em quatro subgrupos. De acordo com as variáveis preditoras, identificou-se perfis específicos por agrupamento de semelhanças entre elas. As variáveis preditoras desta análise de agrupamento são: estresse durante a gestação, transtornos

psiquiátricos anteriores a gestação, ideação suicida alguma vez na vida, violência doméstica alguma vez na vida e nível de ansiedade (Tabela 1).

Tabela 1. Análise de agrupamento de acordo com as variáveis preditoras para identificação do perfil de gestantes estudadas. RS, Brasil, 2019.

Variáveis preditoras	Grupos			
	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Estresse durante a gestação	Sim 97,2%	Sim 92,1%	Não 100%	Sim 69,6%
Ideação suicida	Não 100%	Sim 71,1%	Não 100%	Não 100%
Violência alguma vez na vida	Não 100%	Não 60,5%	Não 100%	Sim 100%
Transtornos mentais prévios	Não 83,3%	Não 71,1%	Não 100%	Não 100%
Ansiedade	47,2% nível moderado	73,7% nível severo	47,5% nível leve	43,5% nível moderado

Quanto ao estresse, 62,8% (n=86) disseram estar vivenciando situações estressantes na gestação atual, destas, 15,1% (n=13) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 18,6% (n=16) apresentaram ansiedade leve, 31,4% (n=27) apresentaram ansiedade moderada e 34,9% (n=30) apresentaram ansiedade severa.

Em relação aos transtornos psiquiátricos anteriores a gestação, 12,4% (n=17) disseram ter algum diagnóstico psiquiátrico anterior a gestação, 11,8% (n=2) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 5,9% (n=1) com ansiedade leve, 29,4% (n=5) com nível de ansiedade moderada e 52,9% (n=9) apresentaram ansiedade severa.

Referente a ideação suicida, 19,7% (n=27) relataram já ter tido esse sintoma anterior ou durante a gestação. Dessas mulheres, 3,7% (n=1) apresentou nível mínimo de ansiedade, 11,1% (n=3) apresentou ansiedade leve, 22,2% (n=6) apresentou nível moderado de ansiedade e 63,0% (n=17) apresentou ansiedade severa.

Em relação ao histórico de violência doméstica anterior ou durante a gestação, 27,7% (n=38) responderam que já vivenciaram ou vivenciam esta situação, sendo que, 7,9% (n=3) apresentaram nível mínimo de ansiedade, 23,7%

(n=9) ansiedade leve, 31,6% (n=12) nível moderado de ansiedade e 36,8% (n=14) apresentaram nível de ansiedade severa.

Quanto ao nível de ansiedade, 28 (20,4%) gestantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 38 (27,7%) apresentaram ansiedade leve, 38 (27,7%) ansiedade moderada e 33 (24,1%) gestantes demonstraram ansiedade severa.

Descrição dos Perfis:

O Perfil 1 é composto por 26% da população estudada. De acordo com a análise de agrupamento, observamos os valores para as variáveis preditoras, assim o nível de ansiedade é moderado em 47% das participantes deste perfil. Com relação ao estresse, no Perfil 1, identifica-se que este ocorre em 97,2% das participantes do estudo. As gestantes no Perfil 1 em sua totalidade (100%) não apresentam ideação suicida, tampouco histórico de violência familiar. A presença de transtorno psiquiátrico foi observada em 16,7% das gestantes pertencentes a este perfil.

O Perfil 2 é composto por 28% da população estudada. Pela análise de agrupamento, observa-se os valores para as variáveis preditoras. Assim, o nível de ansiedade é severo em 73,7% das participantes deste perfil. Com relação ao estresse, no Perfil 2, identifica-se que ele ocorre em 92,1% das gestantes, assim como a ideação suicida foi observada em 71,1% das componentes. Os transtornos psiquiátricos anteriores a gestação foi presente em 28,9% e histórico de violência familiar presente em 39,5%.

O Perfil 3 é composto por 29% da população estudada. De acordo com a análise de agrupamento observamos os valores para as variáveis preditoras, assim, o nível de ansiedade é leve em 47,5% das gestantes deste perfil. Com relação ao estresse, ideação suicida, transtornos psiquiátricos anteriores e histórico de violência doméstica, foram ausentes em 100% das participantes.

O Perfil 4 é composto por 17% da população estudada. De acordo com a análise de agrupamento observamos os valores para as variáveis preditoras, assim, o nível de ansiedade é moderado em 43,5% das gestantes deste perfil. Com relação ao estresse no Perfil 4, identifica-se que ele ocorre em 69,6% das gestantes bem como o histórico de violência doméstica que esteve presente em 100% da população. As gestantes no Perfil 4 em sua totalidade (100%) não apresentaram

ideação suicida, tampouco diagnóstico de transtornos psiquiátricos anteriores a gestação.

Quando observamos os níveis de ansiedade das gestantes do presente estudo, percebemos que 47,5% das componentes do Perfil 3 são identificadas como apresentando ansiedade em nível leve, as demais mulheres deste perfil apresentaram ansiedade nível mínimo 35% (14), ansiedade moderada 12,5% (5) e ansiedade severa 5% (2). Dessa forma observamos que o nível de ansiedade leve é preponderante no Perfil 3.

Sobre a ansiedade moderada, o Perfil 1 apresenta 47,2% (17) das participantes com ansiedade nível moderada, valor que se assemelha com o encontrado no Perfil 4 onde 43,5% (10) das participantes apresenta o mesmo nível de ansiedade. Os níveis de ansiedade mínimo correspondem a 30,6% (11) e 8,7% (2) respectivamente, nos perfis 1 e 4. Quanto aos índices de ansiedade nível leve, os valores são 22,2% (8) no Perfil 1 e 34,8% (8) no Perfil 4. No que se refere aos níveis de ansiedade severa, em ambos os perfis, observou-se os valores 0,00% (0) no Perfil 1 e, 13,0% (3) no Perfil 4. Assim, o Perfil 1 e o Perfil 4 representam as gestantes com grau de ansiedade moderado.

Observando o nível de ansiedade severa, no Perfil 2, 73,7% (28) das gestantes apresentaram este grau de ansiedade, seguidas de 15,8% (6) com ansiedade moderada, 7,9% (3) com ansiedade leve e 2,6% (1) com ansiedade mínima. Sendo o Perfil 2, o representante das gestantes com grau de ansiedade severa, nesta pesquisa.

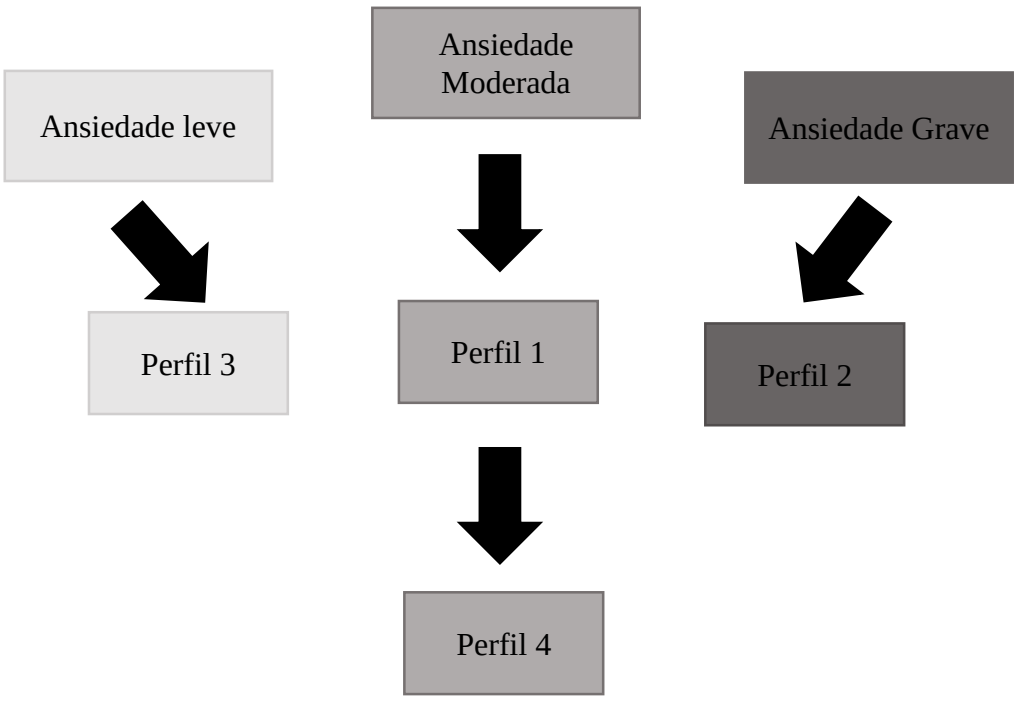

Figura 1. Os níveis de ansiedade e os distintos Perfis

DISCUSSÃO

A análise por clusters teve como objetivo principal classificar a população de gestantes estudadas em grupos, as quais se mostraram homogêneas intragrupos e heterogêneas intergrupos. Tiveram como base os preditores: estresse na gestação atual, transtornos psiquiátricos anteriores a gestação, alguma vez na vida ter tido ideação suicida, alguma vez na vida ter tido histórico de violência doméstica e nível de ansiedade. Considerando que o nível de ansiedade foi um preditor na análise de agrupamento e que configura a formação dos diferentes perfis, além de ser objeto do estudo em questão, iniciaremos a discussão a partir dos níveis de ansiedade das gestantes, associando as características de cada perfil.

Quando observamos o grau de ansiedade nível leve, percebemos que este é composto pelo Perfil 3, sendo 29% das gestantes estudadas. Observando as demais características deste Perfil é possível identificar que quanto as características em relação ao estresse, ideação suicida, transtornos psiquiátricos anteriores e histórico de violência doméstica, foram ausentes em 100% das participantes. As características sóciodemográficas do Perfil 3, são especialmente, 50,0% das participantes com o ensino médio completo, 32,5% do lar, 50,0% são solteiras, 95,0% da classe econômica E e 65,0% são praticantes de alguma religião. Quando observamos as características emocionais e clínicas do Perfil 3 vemos que 52,5% não planejou a gestação, 67,5% tem entre 6 a 8 horas de sono, 77,5% possuem alguma doença crônica, 40,0% tem apenas um filho, 95,0% não possuem filhos mortos, 95,0% nunca sofreram aborto. Destas, 32,5% apresentam sinais e sintomas diferentes nesta gestação, 100% receberam apoio familiar ou do parceiro, 100% não apresentaram internação psiquiátrica anterior a gestação, 55,0% sem histórico familiar de transtornos psiquiátricos e 100% nunca fez uso de psicofármacos durante a gestação. Dessa forma, de acordo com os dados da análise de agrupamento observamos que as gestantes desta pesquisa que apresentam grau de ansiedade leve, constituem o Perfil 3.

Estudo multicultural[15] detectou ansiedade em 47,1% das participantes. Quanto aos níveis de ansiedade, leve (56,8%), moderada (14,7%) e grave (20,5%).

O presente estudo apontou as seguintes variáveis como possíveis preditoras de ansiedade: vivenciar estresse durante a gestação, ter histórico de transtorno mental anterior a gestação, ter tido ideação suicida alguma vez na vida e ter vivenciado violência doméstica alguma vez na vida. Diante disso, foram caracterizados os Perfis.

A ansiedade moderada foi caracterizada neste estudo pelo Perfil 1 e 4, assim observamos que, 26% das gestantes estudadas configuram o perfil 1 e 17% constituem o perfil 4. Observando as demais peculiaridades dos Perfis é possível identificar quanto as características, em relação ao estresse, o perfil 1 é composto por 97,2% de gestantes que vivenciaram estresse na gestação e o perfil 4 composto por 69,6% desta população. Referente a ideação suicida, este sintoma foi ausente em 100% das participantes dos perfis 1 e 4. Em relação ao histórico de violência doméstica, o Perfil 1 é constituído de 100% de gestantes sem essa vivência, oposto ao Perfil 4, no qual 100% das participantes já viveram situações de violência doméstica. Relacionado a transtornos psiquiátricos anteriores à gestação, o Perfil 1, composto por 16,7% das gestantes apresentou algum diagnóstico psiquiátrico anterior e no Perfil 4, o total de 100% de transtornos psiquiátricos foram ausentes nas participantes.

As características sociodemográficas dos Perfis 1 e 4 são especialmente, 44,5% participantes do Perfil 1 com ensino médio completo e número semelhante, 43,5% do Perfil 4 com ensino médio completo. Quanto à profissão, se declararam do lar, 13,9% no Perfil 1 e 17,4% no Perfil 4. Referente ao estado civil, números semelhantes compõem os perfis. 50,0% % do Perfil 1 e 56,5% do Perfil 4 se declararam solteiras. Quanto à classe econômica, os dois perfis compostos por gestantes da classe E, ou seja, que tem renda mensal de até um salário mínimo, sendo o Perfil 1 composto por 83,3% e o Perfil 4 composto por 91,3%. Quanto a ter atividades de lazer, o Perfil 1 é composto por 50,0% de gestantes e o Perfil 4 composto por 78,3% das participantes que praticam alguma atividade de lazer. Referente a prática de atividade religiosa, os números também se assemelham, sendo o Perfil 1 composto por 55,6% de gestantes que praticam e o Perfil 4, composto por 52,2% de mulheres que praticam alguma religião. Quanto ao não planejamento da gestação, os números são bem parecidos, sendo o Perfil 1 composto por 58,3% de gestantes e o Perfil 4 composto por 56,5% de gestantes que não planejaram a gestação. Em relação às horas de sono, o Perfil 1 é composto

de 58,3% de participantes e o Perfil 4, composto por 47,8% de gestantes que tem entre 6 a oito horas de sono. Referente a possuir doença crônica, os perfis se assemelham, sendo o Perfil 1 composto por 80,6% e o Perfil 4, composto por 73,9% de gestantes com algum tipo de doença crônica. Com relação ao número de filhos, os perfis apresentam semelhanças, sendo o Perfil 1 composto por 38,9% das participantes com um filho e o Perfil 4 composto por 47,8% das gestantes com apenas um filho. Quanto a ausência de filhos mortos, os perfis também possuem semelhanças, sendo o Perfil 1 composto por 5,6% de participantes com filhos mortos e o Perfil 4 com 100% das participantes sem filhos mortos. Quanto à questão de abortos, o Perfil 1 conta com 22,2% de gestantes que já tiveram abortos e o Perfil 4 composto por 4,3% de gestantes com abortos. Com relação a apresentar sinais e sintomas diferentes nesta gestação, o Perfil 1 corresponde a 55,6% das gestantes que disseram apresentar tais situações. Já, o Perfil 4 é composto por 69,6% das participantes. Em termos de receber apoio familiar e/ou do companheiro, os perfis são iguais, 100% das participantes do Perfil 1 e do Perfil 4 relataram receber algum tipo de apoio. Na questão sobre haver ou não tido internações psiquiátricas anteriores a gestação, o Perfil 1 compreende o número total de gestantes, 100% destas sem internações e o Perfil 4, 4,3% das participantes com internações psiquiátricas. Os números são semelhantes em relação a apresentar histórico familiar de transtornos psiquiátricos, sendo o Perfil 1 composto por 41,7% das participantes e o Perfil 4 composto por 39,1%. Números semelhantes são apontados em relação a fazer uso de psicofármacos na gestação, sendo o Perfil 1 composto por 2,8% e o Perfil 4 composto por 4,3% das gestantes que fizeram uso de psicofármacos na gestação. Dessa forma, de acordo com os dados da análise de agrupamento observamos que as gestantes desta pesquisa que apresentam grau de ansiedade moderado, constituem os Perfis 1 e 4. Em estudo conduzido por Molina-Garcia et al[16], a ansiedade foi avaliada em relação à presença de uma condição clínica anterior a gravidez: ocorreu em 39,5% das mulheres com condição crônica versus 33,6% das mulheres saudáveis antes da gravidez. A maior parte das gestantes (96%) relataram ter um bom sistema de apoio e uma vida conjugal satisfeita (88%). Durante os trimestres da gravidez todas as mulheres experimentaram níveis moderados de ansiedade (71%) a graves (29%). Este estudo revelou um índice de prevalência de grau moderado de ansiedade durante o primeiro e terceiro trimestre gestacional.

A ansiedade grave foi observada e corresponde ao Perfil 2, composto por 28% da população estudada. Em relação a vivência de estresse na gestação, 92,1% deste perfil respondeu ter passado por essa situação; quanto a ideação suicida, 71,7% das gestantes do Perfil 2 responderam que tiveram esse sintoma. Referente a violência doméstica, esta foi presente em 39,5% das gestantes, assim como, os transtornos psiquiátricos anteriores à gestação foram presentes em 28,9% da população do Perfil 2. As características sociodemográficas do Perfil 2 são especialmente, 39,5% com ensino médio, 42,1% do lar, 73,2% solteiras, 94,7% da classe econômica E, 65,8% relatam ter alguma atividade de lazer, 44,7% praticam alguma religião. Das componentes do Perfil 2, 65,8% não planejou a gestação, 52,6% tem entre 6 a 8 horas de sono, 63,2% possui alguma doença crônica, 31,6% tem um filho vivo, 2,6% com presença de filhos mortos, 23,7% com presença de abortamentos. Das gestantes que compõem o Perfil 2, 73,7% referem apresentar sinais e sintomas diferentes na gestação, 94,7% recebeu algum tipo de apoio familiar e/ou do companheiro, 100% da amostra não teve internações psiquiátricas anteriores a gestação, 52,6% relataram ter histórico familiar de transtornos psiquiátricos e 18,4% relatou ter feito uso de psicofármacos durante a gestação.

Em estudo conduzido na Holanda, contou com uma amostra de gestantes de baixo risco e foram encontrados como fatores de risco para níveis elevados de ansiedade na gestação, ter humor ansioso ou deprimido, nuliparidade e etnia (nacionalidade não-holandesa)[6].

De acordo com estudo de Myrte et al[17], uma análise de regressão mostrou *odds ratio* (OR) de 2,33 comparando mulheres nulíparas a multíparas. Este indica que as mulheres nulíparas tiveram uma probabilidade 2,33 vezes maior para pontuação acima da pontuação de corte para valores elevados de níveis de ansiedade em relação a mulheres multíparas.

Em estudo realizado com 526 gestantes da Malásia, a prevalência de sintomas de ansiedade foi o maior (39,9%) e sintomas de estresse ocorreram em 10,6% das gestantes. De acordo com análises de regressão logística múltipla, ser jovem, ter comorbidade como asma e histórico familiar de depressão e ansiedade, tiveram associações significativas com sintomas de ansiedade pré-natal. Além disso, não ser muçulmana está fortemente relacionado aos sintomas de estresse pré-natal[18].

CONCLUSÕES

Os diferentes perfis refletem grupos de mulheres com distintas características, sendo importante olhar também, para o perfil em grupos, a fim de conhecer as especificidades dentro da população estudada. Este subtodo mostrou-se bastante significativo, evidenciando a necessidade de ações específicas. Muitas vezes, considerar o todo da população estudada ou que recebe intervenções, poderá ser ineficaz, como por exemplo, falar a respeito da violência doméstica para um grupo em que 100% das mulheres não vivem esta realidade, mas tem como necessidade principal o estresse cotidiano, não atenderá as especificidades do grupo. Sendo assim, a análise de agrupamento objetiva promover um olhar mais direcionado as características específicas de cada grupo, considerando seus contextos, o que possibilita ações mais assertivas e efetivas para as populações estudadas.

REFERÊNCIAS

1. Massachusetts General Hospital, Center for Women´s Mental Healt. Psychiatric disorders during pregnancy: Weighing the risks e benefits of pharmacologic treatment during pregnancy [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy/.

2. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. Cad. Saúde Pública.
2017 [cited 2020 Nov 13]; 33(6):e00032016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00032016

3. Silva F, Rodrigues OMPR, Lauris JRP. Ansiedade Materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. Psicol. cienc. prof. 2017 [citado 13 nov. 2020]; 37(2):318-334. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682016

4. Jesus Silva MM, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. Rev enferm UFPE on line. 2015 [citado 13 nov. 2020]; 9(Supl.

7):9027-37. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10694/11758.

5. Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. J Affect Disord. 2016 [cited 2020 Nov 13]; 196:260-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.016

6. Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, Cock P. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. Compr Psychiatry. 2017 [cited 2020 Nov 13]; 75:6-13. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.02.002

7. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 [cited 2020 Nov 13]; 56(6):893-7. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893

8. Cunha J A. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

9. Corp IBM. IBM SPSS statistics for windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp, 2013.

10. Tomaz FSC, Matos KFS, Souza E. Perfil dos clientes de uma empresa prestadora de serviços de telefonia celular: aplicação do método de agrupamento de Ward. Multi-Science J. 2017 [citado 14 nov. 2020]; 1(7):92-95. DOI: https://doi.org/10.33837/msj.v1i7.183

11. Nogueira AL, Munita CS. Quantitative methods of standardization in cluster analysis: finding groups in data. J Radioanal Nucl Chem. 2020 [cited 2020 Nov 14]; 325:719-724. DOI: https://doi.org/10.1007/s10967-020-07186-6

12. Martinez L, Ferreira A. Análise de Dados com SPSS. Escolar editora, 2007.

13. Wainer J. Métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa para a Ciência da Computação. In Kowaltowski T, Breitman K. (Org.). Atualização em informática 2007. Sociedade Brasileira de Computação e Editora PUC Rio, 2007. p. 221-262. Disponível em:

https://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/1s2018/metodologia/Metodos_de_pesquisa_quantitativa_e_qualitativa_par.pdf.

14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

15. González-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N, Cazorla-Granados O, Kavas T. Correlates for state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. J Affect Disord. 2019 [cited 2020 Nov 13]; 249:1-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.036

16. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Cocera-Ruíz EM, Conde-Puertas E, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. PLoS One. 2019 [cited 2020 Nov 13]; 14(12):e0227063. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227063

17. Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, Cock P. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. Compr. Psychiatry. 2017 [cited 2020 Nov 14]; 75:6-13. DOI: https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.02.002

18. Lee K, Ching S, Hoo F, Ramachandran V, Chong SC, Tusimin M et al. Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 [cited 2020 Nov 14]; 19:367. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-019-2519-9

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo discute aspectos essenciais relativos à saúde da mãe, da criança e da família, bem como a necessidade do preparo e conhecimento dos profissionais de saúde desde o pré-natal de baixo risco realizado na Atenção Básica até o de alto risco para atuarem com maior eficácia frente ao transtorno de ansiedade na gestação. Percebe-se que a pesquisa proporcionou a reflexão de modelos no que tange a conscientização das gestantes, da família e dos profissionais de saúde acerca da importância do conhecimento técnico-científico sobre a complexidade do transtorno de ansiedade, que envolve sua sintomatologia, multiplicidade de fatores de risco envolvidos e as consequências para a vida da família.

A prevalência significativa de mulheres com transtorno de ansiedade na gestação é um sério problema de saúde pública, ainda que não tenha o destaque merecido, sendo o enfoque maior dado a depressão pós-parto, o que enfatiza a necessidade e relevância da capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce do transtorno de ansiedade, prevenindo o surgimento de comorbidades e agravamentos advindos desta psicopatologia, como a depressão, a depressão pós-parto e a psicose puerperal.

O Pré-Natal psicológico (PNP) além de acolher a gestante e suas demandas, também objetiva envolver a família no seu cuidado pois é uma ferramenta que possibilita conhecer a dinâmica familiar, sua vida cotidiana, condições socioeconômicas, de saúde e sua vida social. O PNP contempla as necessidades da família, fortalecendo-as para o autocuidado e promoção da saúde biopsicossocial. Esta ferramenta deveria ser inserida nas políticas públicas de saúde mental e saúde da mulher e, ser implantada em todas as unidades de saúde que realizam o pré-natal.

A atuação do psicólogo e demais profissionais que trabalham com saúde mental têm demonstrado a importância de uma equipe multiprofissional frente as situações subjetivas vivenciadas e negligenciadas pela própria mulher em diversos contextos, desvelando a complexidade no atendimento a gestante. Os profissionais devem contribuir com a construção de cuidados que proporcionem melhor adaptação da mulher frente a gestação e no pós-parto, incluindo o trabalho da sua autoestima, bem como destacar suas potencialidades e ajuda-la em suas fragilidades quanto ao ser mãe, sem qualquer tipo de julgamento. Na Rede de Atenção Básica é possível inserir a família no cuidado e há a possibilidade de práticas de saúde fundamentais, tais como: a visita domiciliar, a educação em saúde, o acolhimento, a escuta atenta para as necessidades, fragilidades e potencialidades deste grupo, a fim de promover sua saúde biopsicossocial.

O presente estudo respondeu à questão de pesquisa, apresentando os resultados da prevalência dos níveis de transtorno de ansiedade e os fatores associados em gestantes, respondendo também a objetivos específicos, identificando os níveis do transtorno de ansiedade que mais acometem as gestantes, correlacionando as variáveis associadas ao desencadeamento desses níveis e verificando o uso de psicofármacos utilizados no tratamento de transtornos psiquiátricos das gestantes, com uma taxa de respostas abaixo do esperado, porém, indicando o uso de antidepressivos da classe do Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS).

Essa pesquisa apresenta limitações, devido ao seu N e, por isso, propõe-se que novos estudos sobre este tema sejam realizados, incluindo um N maior e acompanhamento de coortes, a fim de que as lacunas deixadas por este sejam contempladas.

REFERÊNCIAS

ACGO - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee opinion nº 343. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Obstet. Gynecol., v. 108, p. 469-77. 2006.

AGRATI, D. et al. Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 5, p. 693-705, 2015.

AKIKI, S. et al. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. **Journal of Affective disorders**, v. 196, p. 260-267, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAGÃO, E I S; et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2367-2374, 2017.

ARRAIS, A R; MOURÃO, M A; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, mar. 2014.

ARRAIS, Alessandra da Rocha et al. Rastreamento dos fatores de risco e proteção à depressão pós-parto em gestantes de uma maternidade pública do Distrito Federal. 2015.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira; DE ALMEIDA SCHIAVO, Rafaela. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019.

BALDWIN, David S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 5, p. 403-439, 2014.

BARTLETT, Andrew A.; SINGH, Rumani; HUNTER, Richard G. Anxiety and Epigenetics. In: **Neuroepigenomics in Aging and Disease**. Springer, Cham, p. 145-166, 2017.

BAYRAMPOUR, Hamideh; MCDONALD, Sheila; TOUGH, Suzanne. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. **Midwifery**, v. 31, n. 6, p. 582-589, 2015.

BECK, Aaron T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 56, n. 6, p. 893, 1988.

BEIJERS, R.; BUITELAAR, J. K. e WEERTH, C. de. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. **EurChildAdolescPsychiatry**, v. 23, n. 10, p. 943-956, out. 2014.

BEZERRA, A CL et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 163-168, 2016.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. **Epidemiologia básica**. OPS, 2010.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569.** Programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.418.** A presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde –1. Ed.2ª. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 a. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental.** Caderno de Atenção Básica, Brasília, n. 34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. [Links]

BRASIL, Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº3.Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

CONCEIÇÃO, Sophia Pittigliani da; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015.

COSTA, Daisy Oliveira et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 691-700, 2018.

CORP, I. B. M. IBM SPSS statistics for windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp, 2013.

CUNHA, J. A (2001) Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DA CUNHA, Ana Cristina Barros et al. Picamalácia na gestação de risco e aspectos psicológicos relacionados. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 613-630, 2016.

DA SILVA, Milene Zanoni et al. O cenário da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: história, panorama e perspectivas. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. esp. 1, p. 341-359, 2020.

DE JESUS SILVA, M M et al. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 7, p. 9027-9037, 2015.

DONELLI, T M S; CHEMELLHO, M R; LEVANDOWSKI, D C. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **InteraçãoemPsicologia**, v. 21, n. 1, 2017.

DOKTORCHIK, Chelsea et al. Patterns of change in anxiety and depression during pregnancy predict preterm birth. **Journal of affective disorders**, v. 227, p. 71-78, 2017.

FIELD, Tiffany. Prenatal anxiety effects: A review. **Infant Behavior and Development**, v. 49, p. 120-128, 2017.

FOX, Andrew S.; KALIN, Ned H. A translational neuroscience approach to understanding the development of social anxiety disorder and its pathophysiology. **American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 11, p. 1162-1173, 2014.

FOX, Andrew S.; SHACKMAN, Alexander J. The central extended amygdala in fear and anxiety: Closing the gap between mechanistic and neuroimaging research. **Neuroscience letters**, 2017.

FREEMAN, Marlene P. et al. Obstetrical and neonatal outcomes after benzodiazepine exposure during pregnancy: Results from a prospective registry of women with psychiatric disorders. **General hospital psychiatry**, v. 53, p. 73-79, 2018.

GASHAW, B.T.; SCHEI, B.; MAGNUS, J.H. Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. **PLoS ONE**, v. 13, n. 3, p. e01, 2018.

GONZÁLEZ-MESA, E., KABUKCUOGLU, K., KÖRÜKCÜ, O., BLASCO, M., IBRAHIM, N., CAZORLA-GRANADOS, O., & KAVAS, T. Correlates for state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. Journal of affective disorders, 249, 1–7, 2019.

GLOBEVNICK, V. V. et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy, **Journal of Perinatal Medicine**, v. 46, n. 1, p. 29–33, 2017.

GLOVER, Vivette. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. **Best practice & research Clinical obstetrics &gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 25-35, 2014.

GLOVER V, BARLOW J. "Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes?", Journal of Children's Services, Vol. 9 Issue: 2, pp.96-108, 2014.https://doi-org.ez40.periodicos.capes.gov.br/10.1108/JCS-01-2014-0003

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de ação da rede cegonha. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/plano_de_acao_rede_cegonha.pdf

GRIGORIADIS, Sophie et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. **The Journalofclinicalpsychiatry**, v. 79, n. 5, 2018.

GUSMÃO, L. V. N. As polaridades do feminismo na contemporaneidade e a depressão pós-parto: uma visão gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, p. 308-321, out. 2014.

HOWARD, Louise M. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1775-1788, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.População Estimada. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018.

KANG, Yu-ting et al. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. **International journal of environmental research and public health**, v. 13, n. 5, p. 468, 2016.

KIM, J. Jo; SILVER, Richard K. Perinatal suicide associated with depression diagnosis and absence of active treatment in 15-year UK national inquiry. **Evidence-based mental health**, v. 19, n. 4, p. 122, 2016.

KUO, Shu-Yu; CHEN, Su-Ru; TZENG, Ya-Ling. Depression and anxiety trajectories among

women who undergo an elective cesarean section. **PloSone**, v. 9, n. 1, p. e86653, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

LEE, K. W., CHING, S. M., HOO, F. K., RAMACHANDRAN, V., CHONG, S. C., TUSIMIN, M., & MOHD NORDIN, N. Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study. BMC pregnancy and childbirth, 19(1), 367, 2019.

MAYER, Emeran A. et al. Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience. **Journal of Neuroscience**, v. 34, n. 46, p. 15490-15496, 2014.

MARTINI, J., PETZOLDT, J., EINSLE, F., BEESDO-BAUM, K., HÖFLER, M., WITTCHEN, H.-U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, 175, 385–395., 2015. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012

MARTINEZ, Luís; FERREIRA, Aristides. Análise de Dados com SPSS. Escolar editora, 2007.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese**Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MOLINA-GARCÍA, L., H-, M., C-R, E. M., C-P, E., D-R, M., & M-G, J. M. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. PloS one, 14(12), 2019.

MONTEIRO, Paloma Gabrielly Amorim et al. Percepções de mulheres acerca do estresse vivenciado na gestação. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

MORAIS, A O D S et al. 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**, v. 33, n. 6, 2017.

MOREIRA, Mateus Silvestre et al. USO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES doi: http://dx. doi. org/10.5892/ruvrd. v12i2. 1821. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 1013-1049, 2014.

MYRTE et al. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. Comprehensive Psychiatry, v. 75, p. 6-13, 2017.

MCALLISTER-WILLIAMS, R. Hamish et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. **Journal of Psychopharmacology**, v. 31, n. 5, p. 519-552, 2017.

MGH CENTER FOR WOMEN´S MENTAL HEALT. Psychiatric disorders during pregnancy: Weighing the risks e benefits of pharmacologic treatment during pregnancy. **womensmentalhealt.org**. Boston, 2014. Disponívelem: <http://womensmentalhealth.org> Acesso em: 27 dez. 2018.

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London, jun. 2010.

NOGUEIRA, A. L. et al. Quantitative methods of standardization in cluster analysis. 2020.

OGAWA, Yusuke; TAKESHIMA, Nozomi; FURUKAWA, Toshi A. Maternal exposure to benzodiazepine and risk of preterm birth and low birth weight: A case-control study using a claims database in Japan. **Asia-Pacific Psychiatry**, p. e12309, 2018.

OLIVEIRA, Ana Margarida Ferreira de. TSPO: novo alvo terapêutico no tratamento de distúrbios de ansiedade. 2014.

OTTE, R. A. et al. Multimodal processing of emotional information in 9-month-old infants II: prenatal exposure to maternal anxiety. **Brain and cognition**, v. 95, p. 107-117, 2015.

PARISI, L. et al. Anxiety levels in mothers of children affected by X-fragile syndrome. **Acta Medica Mediterranea**, v. 33, p. 495-499, 2017.

PEREIRA, G; ORTIGÃO, M I R. Pesquisa Quantitativa em Educação: Algumas Considerações. **Periferia**, v. 8, n. 1, p. 66-79, 2017.

PINTO, T M; CALDAS, F; NOGUEIRA-SILVA, C; FIGUEIREDO, B; Depressão e ansiedade maternal e crescimento fetal-neonatal. Jornal de Pediatria [enlinea]93; 2017.

PORTO, J A.; NUNES, M L.; NELSON, C A. Behavioral and neural correlates of emotional development: typically developing infants and infants of depressed and/or anxious mothers. **Jornal de pediatria**, v. 92, n. 3, p. 14-22, 2016.

RAMOS, Isabel F. et al. Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non Latina White women: The role of placental corticotrophin releasing hormone. Psychoneuroendocrinology. V 99, p.166-173, 2019.

ROMAGNOLO, A.N et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 38, n. 2, 2017.

SALISBURY, Amy L. et al. The roles of maternal depression, serotonin reuptake inhibitor treatment, and concomitant benzodiazepine use on infant neurobehavioral functioning over the first postnatal month. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 2, p. 147-157, 2015.

SEVERINO, A J. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez editora, 2017.

SILVA, M M J et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03253, 2017.

SILVA, F; RODRIGUES, O M P R; LAURIS, J R P. Ansiedade Materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, 2017.

SHACKMAN, Alexander J.; FOX, Andrew S. Contributions of the central extended amygdala to fear and anxietycontributions of the central extended amygdala to fear and anxiety. **Journal of neuroscience**, v. 36, n. 31, p. 8050-8063, 2016.

SHYKEN, J M.; BABBAR, S; FORINASH, A. Benzodiazepines in Pregnancy. **Clinical obstetrics and gynecology**, 2019.

SMOLLER, Jordan W. Anxiety genetics: Dispatches from the frontier. **American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics**, v. 174, n. 2, p. 117-119, 2017.

SPEHAR, M C.; SEIDL, E M F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

STANEVA, A A.; BOGOSSIAN, F; WITTKOWSKI, A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. **Midwifery**, v. 31, n. 6, p. 563-573, 2015.

STEIN, Alan et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

TAYLOR, J M.; WHALEN, P J. Neuroimaging and anxiety: The neural substrates of pathological and non-pathological anxiety. **Currentpsychiatryreports**, v. 17, n. 6, p. 49, 2015.

TRONICK, Ed; HUNTER, Richard G. Waddington, dynamic systems, and epigenetics. **Frontiers in behavioral neuroscience**, v. 10, p. 107, 2016.

ZHOU, L; FOSTER, J A. Psychobiotics and the gut–brain axis: in the pursuit of happiness. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 11, p. 715, 2015.

WAINER, Jacques et al. Métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa para a Ciência da Computação. Atualização em informática, v. 1, p. 221-262, 2007.

WESTERNENG, M et al. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. Comprehensive Psychiatry, v. 75, p. 6-13, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders (2000).

WHO- Mental Health Maternal and child mental health., 2018. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/> Acesso em: 27/12/2018.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por meio deste convidá-la a participar do projeto de pesquisa intitulado " Transtornos de ansiedade e fatores associados em gestantes: Um estudo transversal. ", tendo como coordenadora e pesquisadora responsável, a Profª. Drª. Adriane M. Netto de Oliveira, juntamente com a pesquisadora Psic.Mdª. Marla dos Santos Afonso, da Universidade Federal do Rio Grande. O presente estudo tem por objetivo geral: Investigara prevalência de transtornos de ansiedade em gestantes atendidas nas UBSs e UBSFs que realizam o PN, no município de Rio Grande/RS. Os objetivos específicos são: conhecer a prevalência dos transtornos de ansiedade na gestação no município de Rio Grande por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); caracterizar os transtornos de ansiedade das gestantes atendidas nas UBSs e UBSFs que realizam o PN; verificar o uso de benzodiazepínicos utilizados no tratamento dos transtornos de ansiedade das gestantes; identificar os principais efeitos colaterais do uso de benzodiazepínicos pelas gestantes**;** correlacionar as possíveis variáveis associadas ao desencadeamento dos transtornos de ansiedade.

A coleta dos dados será realizada utilizando-se a entrevista semi-estruturada que será feita a você. Estamos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida. Asseguramos que todas as informações serão mantidas sob sigilo. Este documento tem por objetivo garantir que serão respeitados os seus direitos de estar informada sobre as fases desta pesquisa.

Os dados coletados ficarão sob nossa responsabilidade e é garantida a liberdade de, a qualquer momento, você retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa; assim como, o caráter confidencial das respostas será mantido, ou seja, as participantes serão identificadas por meio de uma letra e um número, respectivamente.

Agradecemos sua valiosa colaboração.

---------- ----------

Profª Drª Adriane Maria Netto de Oliveira — Mestranda Marla dos Santos Afonso

Eu, _____, pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, declaro que fui informada que serão assegurados os meus direitos, ou seja, o anonimato da minha identidade; minha privacidade; liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos à minha saúde e tratamento, e a garantia de que todos meus questionamentos a respeito dessa pesquisa serão esclarecidos. Este estudo não me causará nenhum tipo de risco, dano físico e/ou psicológico, caso ocorra, o pesquisador garantirá assistência integral e gratuita ao participante, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa. Assim sendo, concordo em participar da referida pesquisa.

_____, _____de_____ de 2019.

_____ _____

Assinatura da Participante da Pesquisa **Assinatura da Pesquisadora**

CONTATOS DA EQUIPE: Profª.Drª. Adriane M. Netto de Oliveira, Coordenadora do Projeto. Fone; (53)32374603. Endereço: General Osório, s/n – Escola de Enfermagem – Área Acadêmica do Hospital Universitário da Furg – Campus Saúde – Centro. Rio Grande/RS. E-mail:adrianenet@vetorial.net .

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ÁREA DA SAÚDE (CEPAS): (53) 3237-4652. E-mail: cepas@furg.br

NOTA: Conforme Resoluções N° 466/12 e 510/2016 do CNS, este consentimento será assinado em duas vias, ficando uma em posse da Coordenadora da Pesquisa e outra com a Participante da Pesquisa.

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL –GEPESM

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Iniciais	
Data de nascimento	
Peso	Altura
Idade	Escolaridade
Profissão	Bairro
Estado Civil	Renda
Renda Familiar (em salários mínimos): ( ) até 1 ( ) 2 a 5 ( ) 6 a 10 ( ) mais de 10	
Possui outra atividade remunerada? ( ) Sim ( ) Não	
Tem alguma atividade de lazer? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual?_____	
Você frequenta algum ambiente religioso (Por exemplo: igreja, centro espírita)? ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, com qual frequência você comparece a esses ambientes religiosos: ( ) Mais de uma vez por semana ( ) 1 vez por semana ( ) De 2 a 3 vezes no mês ( ) Raramente	
Você fuma? ( ) Sim ( ) Não Se sim, com que frequência você fuma? ( ) Todos os dias ou quase todos os dias ( ) Nos finais de semanas ( ) Raramente	
Você ingere bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não Se sim, com que frequência você bebe? ( ) Todos os dias ou quase todos os dias ( ) Nos finais de semana ( ) Raramente	
Quantas horas de sono você tem em 24 horas? Exceto finais de semana. ( ) Menos de 6 horas por dia ( )Entre 6 à 8 horas ( ) Mais de 9 horas	
Possui alguma doença crônica? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual: _____	
Usa algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual: _____	
Nº de consultas pré-natal da atual gestação:	
Quantidade de filhos (vivos): Idade dos filhos:	
Quantidade de filhos mortos (desconsiderar abortos ou natimortos):	
Nº de gestações:	Nº de natimortos:
Nº de abortos espontâneos e número de abortos provocados:	
Teve diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico anterior a gestação?	
Realizou uso de ansiolítico anterior a gestação ou outro psicofármaco? Em caso positivo, qual? Com que frequência e por quanto tempo?	

Faz uso de substâncias lícitas (tabaco e álcool) durante a gestação? Com que frequência? Quanto utiliza por dia?
Teve internações psiquiátricas anteriores a gestação? Por que motivo?
Histórico de ideação suicida anterior ou durante a gestação? Em caso positivo, qual o meio utilizado?
Teve algum fator de estresse durante a gestação? Qual (is)?
Teve apoio da família e/ou companheiro durante a gestação? Que tipo de apoio?
Histórico de violência doméstica anterior ou durante a gestação? De que forma? O que você fez mediante tal situação?
Histórico familiar de transtornos psiquiátricos? Qual (is)?
Diagnóstico de transtornos psiquiátricos na gestação?
Sinais e sintomas apresentados nesta gestação
Benzodiazepínico prescrito (usado)? Em que idade gestacional?
Efeitos colaterais:

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE				
Iniciais:				
Data de aplicação do instrumento:				
BAI (INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK)				
Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado devido a cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.				
	Absolutamente não	**Levemente** Não me incomodou muito	**Moderadamente** Foi muito desagradável mas pude suportar	**Gravemente** Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do cora	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3

16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no ab	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3
TOTAL:				

Interpretação do Escore Total do BAI	
Escore Total	**Gravidade da ansiedade**
0-7	Grau mínimo de ansiedade
8-15	Ansiedade leve
16-25	Ansiedade moderada
26-63	Ansiedade grave

ANEXO II
PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: Adriane Maria Netto de Oliveira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 14905919.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.207.653