

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM MULHERES BRASILEIRAS COM GESTAÇÕES DE ALTO E BAIXO RISCO

Natália C. V. Soncini^{1□}, Cassiana M. Oliveira¹, Juliana C. Viviani², & Ricardo Gorayeb³

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, ncvaz@hcrp.usp.br, cmorais@hcrp.usp.br

²Centro Universitário Unifafibe, Bebedouro, São Paulo, Brasil, jucaseiro@gmail.com

³Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, rgorayeb@fmrp.usp.br

RESUMO: A gestação é um período marcado por diversas transformações na vida da mulher e envolve aspectos sociais, biológicos, conjugais e psicológicos. A maneira como cada gestante reage é particular e varia de acordo com as circunstâncias em que ocorreu a gravidez. O objetivo deste estudo foi comparar a ocorrência de sintomatologia depressiva e ansiosa com níveis de estresse e suporte social de gestantes de alto e baixo risco em acompanhamento pré-natal em Serviços Públicos de Saúde no Brasil. Participaram da pesquisa 66 gestantes de alto risco e 60 gestantes de baixo risco, com idade entre 18 e 35 anos. Para a coleta dos dados foram utilizados um Roteiro de Entrevista Estruturada, Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) e Escala de Estresse Percebido (EEP). Os resultados apontam maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes de alto risco (36,36%) do que em gestantes de baixo risco (25,93%). O nível de estresse, no entanto, foi mais elevado em gestantes de baixo risco (escore médio 34,66) do que nas de alto risco (escore médio 24,24) Na amostra, gestantes de alto risco apresentaram média de 79,81 e as gestantes de baixo risco média de 90,05 em relação à variável suporte social.

Palavras-chaves: gravidez, depressão, ansiedade, estresse e suporte social

PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN BRAZILIAN WOMEN WITH HIGH AND LOW-RISK PREGNANCIES

ABSTRACT: Pregnancy is a period defined by several changes in women's lives and involves social, biological, marital and psychological facts. The way each woman reacts to pregnancy varies according to the circumstances in which the pregnancy occurred. The objective of this study was to compare the occurrence of depressive symptoms, anxiety, stress levels and social support for pregnant women, at high and low risk, during prenatal care, in the Brazilian public health system. Sixty-six high-risk pregnant women and 60 low-risk pregnant women, aged between 18 and 35, participated in the study. The Interview Roadmap, Social Outcomes Study (MOS), Hospital Anxiety and

□ Av. Bandeirantes, 3900 - Vila Monte Alegre, CEP: 14049-900, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, email: ncvaz@hcrp.usp.br

Depression Scale (HAD) and Perceived Stress Scale (EEP) were used to assist in data collection. The results show higher frequency of symptoms of anxiety and depression in high-risk pregnancies (36.36%) than in low-risk pregnant women (25.93%), and higher level of stress in low-risk pregnant women - score 24.24 for high-risk pregnant women and 34.66 for low-risk pregnant women. In the sample, high-risk pregnant women had an average of 79,81 and low-risk pregnant women an average of 90,05 in relation to the social support variable.

Keywords: pregnancy, depression, anxiety, stress and social support

Recebido em 08 de Janeiro de 2016/ Aceite em 04 de Junho de 2018

A gestação pode ser vista como um período de mudanças biopsicossociais, no qual há mudanças no corpo da mulher, em seu bem-estar, no seu psiquismo e em seu papel sociofamiliar (Klein & Guedes, 2008). Na gravidez, os aspectos psicológicos e sociais influenciam o funcionamento individual e relacional da gestante, e a maneira como a mulher experiencia essas mudanças se reflete na situação da maternidade e na relação mãe-bebê (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008).

Ao longo da história, a gravidez e a maternidade são consideradas fatores fundamentais de identidade da mulher. As diferentes culturas atribuem distintos níveis de importância à gravidez. Em grande parte da sociedade ocidental, há estimulação à reprodução e ênfase na maternidade como valor instaurado para as mulheres (Pereira & Canavarro, 2008).

Segundo as autoras Pereira e Canavarro (2008), certos modelos teóricos vêm discutindo a gestação e o nascimento de um filho como sendo um importante marco desenvolvimental tanto na vida da mulher, como na vida da família, envolvendo inúmeras mudanças e diversas reorganizações, que implicam em adaptações.

Mais do que um fenômeno individual, a gravidez evidencia aspectos das relações familiares e reproduz valores sociais de uma forma ampla. Na sociedade ocidental moderna, também tem sido objeto de saberes médicos, do desenvolvimento de novas tecnologias e de políticas públicas (Rezende, 2011).

O período gestacional e do puerpério configuram-se como a fase de maior ocorrência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando especial cuidado para o bem-estar da mãe e do bebê (Camacho et al., 2006). Um estudo realizado no Brasil por Silva, Ronzani e Furtado (2008) aponta que 37,7% das gestantes apresentaram algum tipo de desconforto emocional. A saúde mental comprometida da mãe pode afetar negativamente a relação mãe-bebê e o desenvolvimento da criança (Aliane et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), gestação de alto risco é aquela em que a vida da mulher e/ou do bebê tem maior probabilidade de ser acometida do que a maioria das gestações.

Os fatores de risco já conhecidos na população geral, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, devem ser observados com cuidado em gestantes, e alertados para um maior cuidado diante de um fator complicador eventual, configurando-se como gestação de alto risco (Ministério da Saúde, 2010).

Define-se Diabetes Mellitus (DM) Gestacional como qualquer nível de intolerância à glicose que é diagnóstica durante a gestação (Miranda & Reis, 2008). DM é caracterizada como é um fator de risco e inicia seu desenvolvimento geralmente na segunda metade da gestação. Estima-se que a DM Gestacional acometa 18% das gestações (Associação Americana de Diabetes, 2012), e no Brasil, estima-se que a prevalência de diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja de 7,6% (Ministério da Saúde, 2010).

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

A depressão é um dos transtornos que pode desenvolver-se durante a gestação, com sintomas que afetam o desempenho da gestante em relação ao seu autocuidado e adesão ao tratamento. O principal sintoma da depressão é o humor deprimido, associado com baixa frequência de alguns comportamentos e elevação de outros, irritabilidade, labilidade emocional, lentidão para responder estímulos diários, pedidos de ajuda e ideação suicida. Na gestação, os fatores associados contemplam o momento da maternidade, visto que a gestação e o parto são situações estressantes, além dos fatores hormonais relacionados (Baptista, Baptista, & Torres, 2006).

Pesquisa realizada por Santos (2005) demonstra que há prevalência de quadros depressivos em gestantes de alto risco devido a vivências anteriores, às privações que o quadro exige, à ameaça real e à culpa. Sobretudo, a autora discute a naturalidade de sintomatologias depressivas em gestantes de alto risco, afirmando que nem todas as gestantes que apresentam risco clínico irão necessariamente manifestar depressão, no entanto, quando isso ocorre, faz-se necessária a realização de um acompanhamento longitudinal na assistência especializada para diagnóstico precoce adequado.

Além da sintomatologia depressiva, os sintomas ansiosos aparecem frequentemente em todo ciclo gestacional e puerperal, seja em gestação de alto ou baixo risco (Conde & Figueiredo, 2003). Aliane *et al* (2008) observaram em um de seus estudos sobre Avaliação de Saúde Mental em Gestantes que os sintomas de ansiedade foram os mais frequentes dentre as variáveis estudadas, ressaltando a presença de 15,3% de gestantes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, segundo entrevista diagnóstica estruturada do M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview* - DSM-IV, Sheehan, et al., 1998).

Baptista, Baptista, e Torres (2006) averiguaram a correlação entre apoio emocional e sintomatologias depressivas e ansiosas no período gestacional. Afirmam que suporte social e familiar são fatores que podem impedir ou minimizar os fatores estressantes da gestação e puerpério, sendo capaz de diminuir as consequências das sintomatologias psicológicas/psiquiátricas na relação mãe-bebê.

Konradt et al. (2011) avaliaram o impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão, e encontrou associações entre a percepção da gestante em relação à falta de suporte social durante a gravidez e o aparecimento do quadro de depressão em período pós-parto.

Sabe-se que a família é importante fator para o bem-estar biopsicossocial do indivíduo. A formação da família não se dá automaticamente com o nascimento do bebê, demanda convivência e adaptação de cada familiar ao seu novo papel, organização doméstica e uma reestruturação conjugal (Bortoletti, 2007).

Segundo Antunes e Fontaine (2005), o apoio ou suporte social é a formação de rede de relações sociais, estabelecidas com familiares, amigos, vizinhos e outros, que fornecem apoio emocional ao indivíduo, gerando sentimentos de amor, lealdade, compreensão, cuidado e segurança. Konradt et al. (2011) apontaram que intervenções precoces com gestantes, visando fortalecer o suporte social à mesma, podem gerar uma menor taxa de depressão pós-parto.

O trabalho de equipes multidisciplinares (psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, pedagogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e agentes comunitários) em cuidados pré-natal é uma importante maneira de prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos de gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nóbrega, 2005). Luis e Oliveira (1998) reforçam a importância da assistência conjunta, entre familiares e equipes de saúde, visando um vínculo que favoreça a comunicação das preocupações e sentimentos da gestante.

Devido ao alto índice de transtornos psiquiátricos e psicológicos no período gravídico-puerperal evidenciado na literatura, e ao importante impacto destes transtornos sobre a qualidade de vida da mulher e também sobre a relação de cuidado com o bebê, mostra-se relevante realizar estudos que

busquem identificar estes sintomas. Produzir conhecimento acerca deste tema permite que estratégias de prevenção e tratamento dos distúrbios psicológicos em gestantes sejam planejadas e executadas.

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar sintomatologia depressiva, ansiosa, níveis de estresse e suporte social em gestantes brasileiras, comparando gestantes de alto e baixo risco.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, de levantamento, de corte transversal.

Participantes

A amostra, de conveniência, foi composta por gestantes de baixo e alto risco atendidas em serviços de saúde do interior de São Paulo/Brasil. Participaram da pesquisa 126 gestantes, sendo distribuídas em 66 de alto risco e 60 de baixo risco, com idade entre 18 e 35 anos, em acompanhamento pré-natal em um hospital terciário e na rede básica de saúde do Serviço Público de Saúde, no interior de São Paulo, Brasil, no período de Fevereiro de 2012 a Dezembro de 2013.

Critérios de Inclusão:

- Gestantes diagnosticadas com Diabetes Mellitus gestacional ou pré-gestacional, incluídas no grupo de alto risco;
- Gestantes sem intercorrência clínica pré-gestacional ou gestacional incluídas no grupo de baixo risco.

Critérios de Exclusão:

- Menores de 18 anos;
- Incapacidade de compreender os instrumentos e/ou respondê-los de forma verbal, clara e consistente.

A quadro 1 descreve os dados sociodemográficos das participantes, tais como idade, escolaridade, estado civil, status ocupacional e renda mensal *per capita*.

Quadro 1.

Distribuição das frequências e porcentagens das características sociodemográficas das gestantes de alto e baixo risco (n=126)

Características Sociodemográficas	Alto risco		Baixo risco	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
18 – 25	13	19,7	18	30
26 – 30	22	33,33	23	38,33
31 – 35	16	24,24	18	1,67
36 ou mais	14	21,21	0	0
Sem dado	0	0	1	1,67
TOTAL	66	100%	60	100%

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

Anos de Estudo				
Nenhum	2	3,03	0	0
Até 8	18	27,28	10	16,67
9 – 11	40	60,6	37	61,66
Acima de 11	6	9,09	13	21,67
TOTAL	66	100%	60	100%
Estado Civil				
Com companheiro	61	92,42	53	88,33
Sem companheiro	5	7,58	7	11,67
TOTAL	66	100%	60	100%
Status ocupacional*				
Está empregada	32	72,72	34	56,67
Não está empregada	12	27,27	25	41,67
Sem dado	0	0	1	1,67
TOTAL	66	100%	60	100%
Renda mensal per capita ***				
Até R\$ 311,00	10	15,15	0	0
R\$ 312,00 – R\$ 622,00	35	53,03	2	3,33
R\$ 623,00 – R\$ 1244,00	18	27,27	12	20
R\$ 1245,00 – R\$ 1866,00	2	3,03	11	18,33
Acima de R\$ 1867,00	1	1,52	18	30
Sem dado	0	0	17	28,33
TOTAL	66	100%	60	100%

* Dentre as pacientes que definiram uma profissão.

*** Valor médio da moeda brasileira na época da coleta de dados: US\$1,00 = R\$2,20.

Material

Entrevista Estruturada

Elaborada pelos autores para coleta de dados sociodemográficos e informações relativas ao quadro clínico da paciente, questões relacionadas a lazer e suporte social, antecedentes psicológicos e psiquiátricos, hábitos de vida e suporte social percebido, e relacionamento conjugal.

Escala de Suporte Social – MOS (Medical Outcomes Study)

Originalmente elaborado para o Medical Outcomes Study (MOS) por Sherbourne e Stewart (1991), foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Griep, Chor, Faerstein, e Lopes (2003). A escala é composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: *material* (provisão de recursos práticos e ajuda material); *afetivo* (demonstrações físicas de amor e afeto); *emocional* (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); *interação social positiva* (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e *informação* (disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)

Elaborada por Zigmond e Snaith (1983), objetiva avaliar graus leves de transtornos de humor em ambientes não psiquiátricos e em situações de comorbidades física. Foi validada no Brasil por Botega *et al*, em 1995 para pacientes internados em enfermarias, e em 1998 para pacientes ambulatoriais (Botega, Pondé, Medeiros, Lima, & Guerreiro, 1998). A escala é composta por 14 questões, com 4 alternativas cada, indicativas de frequência, e é subdividida nas escalas de depressão e ansiedade, com sete itens cada. A resposta deve corresponder a como o indivíduo tem se sentido ao longo da última semana. A classificação de ausência (escore < 8) ou de presença (escore ≥ 8) de ansiedade e depressão foi feita segundo critério de Botega *et al* (1995) em seu estudo de validação.

Escala de Estresse Percebido (EEP)

Instrumento originalmente elaborado por Cohen, Kamarck, e Mermelstein (1983), traduzido, validado e adaptado por Luft, Sanches, Mazo, e Andrade (2007). A escala possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores variam de zero a 56.

Procedimento

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição. As gestantes participantes cumpriram os critérios de inclusão da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As gestantes de baixo risco foram convidadas pessoalmente e/ou por ligação telefônica pela pesquisadora a participarem do estudo. Com as gestantes de alto risco, o convite era realizado no dia de atendimento médico da paciente no Ambulatório de Obstetrícia. Durante o contato eram descritos o objetivo da pesquisa, as atividades envolvidas e o caráter voluntário da mesma.

A entrevista e aplicação dos instrumentos foram realizadas individualmente e o tempo médio de duração foi de 30 minutos. Com as gestantes de alto risco foram realizadas em uma sala no próprio ambulatório; já com as gestantes de baixo risco foram utilizados espaços como a sala de atendimento nos serviços públicos de saúde e residência da própria gestante, conforme disponibilidade da voluntária.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

Procedimentos de Análise

Com os dados obtidos a partir do roteiro de entrevista estruturada, foi realizada uma análise descritiva para caracterização da amostra. A análise de dados na avaliação das escalas de Suporte social (MOS), HAD e EEP, foi realizada de acordo com os critérios e recomendações propostas por Griep, Chor, Faerstein e Lopes (2003), Botega *et al* (1998) e Luft *et al* (2007) respectivamente e o índice de significância estatística foi estabelecido para $p \leq 0,05$.

As comparações estatística entre os dados sociodemográficos e da ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão foram realizada através do Teste Qui-quadrado de Pearson ou, quando necessário, do Teste Exato de Fisher. Para testar eventuais diferenças nos escores de suporte social e estresse entre os grupos de gestantes, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney. O índice de correlação entre os escores de suporte social e estresse percebido foi obtido por meio do teste de correlação de Spearman. Os resultados foram analisados com o auxílio do software SASR 9, através da PROC FREQ e PROC NPAR1WAY, e do software R.

RESULTADOS

2.1 Ansiedade, Depressão e Estresse

Na Figura 1 são apresentados os dados referentes à presença de sintomas de ansiedade ou depressão, ambos os sintomas ou nenhum entre os grupos de participantes). Observou-se que 43,94% das gestantes de alto risco e 50,0% das de baixo risco apresentaram algum tipo de sintoma, seja ansiedade, depressão, ou ambos.

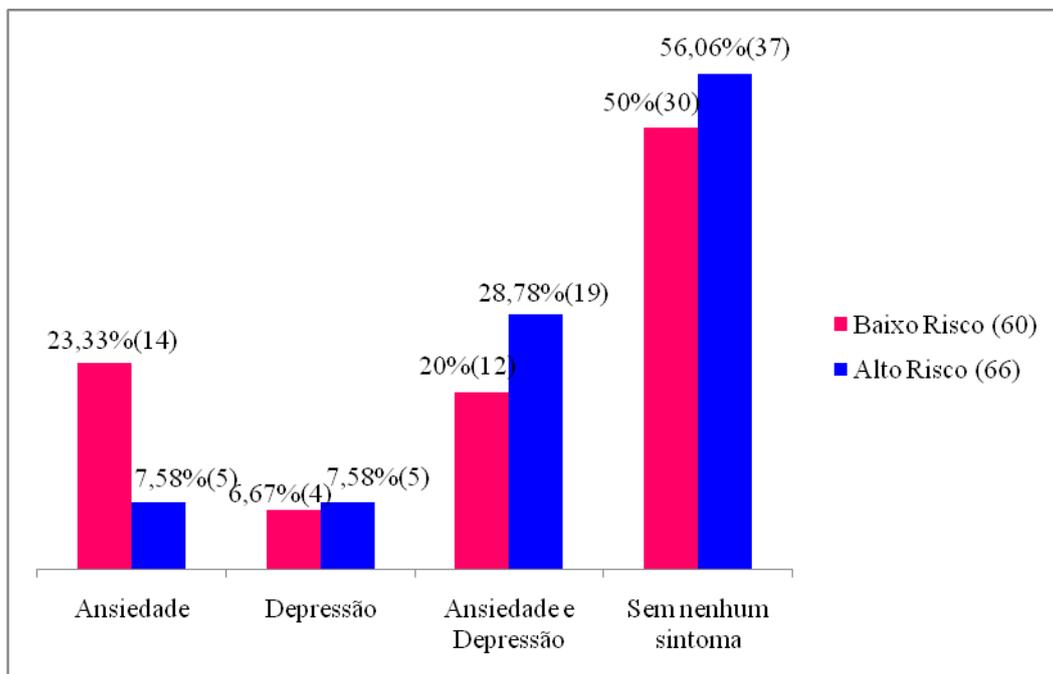


Figura 1.

Distribuição de ocorrência de sintomas psicológicos de ansiedade e depressão entre as gestantes de baixo e alto risco (n=126)

Nota-se que 28,78% das gestantes de alto risco e 20% das gestantes de baixo risco apresentam ambos os sintomas.

O escore médio de estresse foi percebido como maior pelas gestantes de baixo risco [M=33,82, desvio padrão (DP)=5,64, Mdn=33,00] do que pelas de alto risco [M=24,29, DP=10,75, Mdn=24,00; U=882,00, $p<0,001$].

2.2. Suporte Social

A percepção de suporte social foi avaliada através da Escala de Suporte Social (MOS), que possibilita a verificação da quantidade de suporte social percebido pelas gestantes e também de analisar os tipos de suporte disponíveis, que são: apoio material, apoio emocional e de informação, e interação positiva e apoio afetivo. Para realização de tais análises, foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney.

Para gestantes de alto risco, o escore médio total foi de 79,81 (DP=15,64, Mdn=84,21), sendo que para as gestantes de baixo risco o escore foi de 90,05 (DP=13,42, Mdn=95,26; U=1014,50, $p<0,001$). Em todas as dimensões, as gestantes de baixo risco obtiveram escore médio maior em relação às gestantes de alto risco: material (Baixo risco: M=87,83, DP=17,16, Mdn=95,00 versus Alto risco: M=79,17, DP=20,05, Mdn=85,00; U=1434,00, $p=0,007$), emocional (Baixo risco: M=89,17, DP=15,22, Mdn=96,25 versus Alto risco: M=76,70, DP=17,31, Mdn=80,00; U=1010,50, $p<0,001$), informação (Baixo risco: M= 89,17, DP=15,22, Mdn=96,25 versus Alto risco: M=76,70, DP=17,31, Mdn=80,00; U=1010,50, $p<0,001$) e afetivo (Baixo risco: M=92,33, DP=13,35, Mdn=97,14 versus Alto risco: M=83,72, DP=18,48, Mdn=91,43; U=1235,50, $p<0,001$). Isto significa que dentre todos os tipos de suporte recebidos, as gestantes de baixo risco percebem maior suporte social recebido em relação às gestantes de alto risco.

2.3 Associação entre Variáveis Psicológicas

A análise estatística será descrita a seguir, a fim de identificar associações entre variáveis psicológicas e sociais.

Ao analisar a relação do suporte social com as variáveis de presença de ansiedade e depressão, foi verificada relação estatisticamente significativa no grupo de gestantes de alto risco tanto em relação à ansiedade como em relação à depressão. Neste grupo, as gestantes sem ansiedade obtiveram pontuação de suporte social superior às gestantes com ansiedade (U=239,00, $p<0,001$). Em relação à depressão, gestantes de alto risco sem depressão também obtiveram escore de suporte social superior às gestantes com depressão (U=193,00, $p<0,001$). Nas gestantes de baixo risco foi verificada relação estatística apenas em relação à depressão. As pacientes de baixo risco e sem depressão apresentaram um escore médio de suporte social maior do que as com depressão (U=198,50, $p=0,010$).

Quando comparadas as medidas de estresse e a presença de sintomas de ansiedade e depressão por meio do teste de U de Mann-Whitney, as gestantes de alto risco, as com sintomas de ansiedade apresentaram escore superior de estresse, em relação a gestantes sem ansiedade (U=79,50, $p<0,001$). Para depressão, gestantes com sintomas obtiveram escore de estresse superior ao escore de gestantes sem depressão (U=78,50, $p<0,001$). Não foram observadas diferenças significativas entre estas variáveis em gestantes de baixo risco (Ansiedade: U=356,50, $p=0,201$; Depressão: U=320,00, $p=0,592$).

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

Quando testada a correlação entre os escores de estresse e de suporte social, observou-se relação moderada e inversa entre as variáveis somente nas gestantes de alto risco, ou seja, neste grupo, quanto maior o suporte social, menor a medida de estresse ($r = -0,557$, $p < 0,001$).

Quadro 2.

Relação entre grupos e variáveis psicológicas de ansiedade, depressão, suporte social e estresse

Variáveis	Gestantes											
	Alto Risco						Baixo Risco					
	Ansiedade			Depressão			Ansiedade			Depressão		
	Ausência	Presença	p*	Ausência	Presença	p*	Ausência	Presença	p*	Ausência	Presença	p*
Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)			Média (DP)					
Suporte Social	85,04 (11,98)	70,66 (17,26)	<0,0001	85,69 (11,75)	69,62 (16,47)	< 0,001	93,28 (9,33)	85,83 (16,65)	0,06	93,88 (7,19)	79,54 (19,98)	< 0,010
Estresse	34,04 (7,99)	18,71 (7,54)	< 0,001	18,76 (7,89)	33,96 (7,89)	< 0,001	33 (5,22)	34,88 (6,08)	0,20	33,66 (5,96)	34,25 (4,80)	0,592

DISCUSSÃO

A gestação é um período que necessita de especial atenção, uma vez que envolve diversas alterações na vida da mulher tais como, alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais que podem interferir na saúde mental desta e na relação mãe-bebê (Camacho *et al*, 2006 e Piccinini *et al*, 2008).

Não foram encontrados na literatura estudos que comparassem os aspectos psicológicos (ansiedade, depressão e estresse) e sociais entre gestantes de alto e baixo risco. Sendo assim, o presente trabalho contribui para ampliação do conhecimento, possibilitando novas reflexões em torno da pesquisa e assistência desta população.

Diante dos dados sociodemográficos, observa-se que as gestantes de alto risco possuem média de idade maior, menos anos de estudos e renda *per capita* menor comparada às gestantes de baixo risco. Pôde-se constatar uma diferença significativa da renda *per capita* entre os grupos de gestantes, sendo que a maioria das gestantes de alto risco recebia até R\$622,00 por mês, o que na época da coleta de dados representava menos de um salário mínimo brasileiro. Tal fato pode influenciar a adesão da gestante de alto risco a seu tratamento, visto que esta deve despende mais recursos financeiros a fim de seguir uma dieta alimentar, visando o controle do nível glicêmico (Maganha, Vanni, Bernadini & Zugaib, 2003).

Segundo Mirabzadeh *et al.* (2013), fatores socioeconômicos estão diretamente ligados ao suporte social, ou seja, uma realidade financeira favorável possibilitaria um maior desfrute da vida social, que reduziria estressores psicológicos, havendo menor risco de desenvolver ansiedade, depressão e estresse, permitindo uma gestação mais bem sucedida. Tal afirmação vai de encontro aos achados do presente estudo, visto que o grupo com maior renda (gestantes de baixo risco) demonstrou maior percepção de suporte social do que o grupo renda inferior (gestantes de alto risco).

Apesar das diferenças metodológicas de estudos anteriores, estima-se que de 40% a 70% das mulheres apresentam algum sintoma de ansiedade durante a gestação (Batista, Batista & Torres, 2006; Faisal-Cury & Menezes, 2006) e de 9% a 25% das gestantes, algum quadro de depressão (Pereira & Lovisi, 2008, Marcus, 2009; Melville, Gavin, Guo, Fan, & Katon, 2010).

No presente estudo, em relação ao nível de ansiedade medido pela HAD, os dados das gestantes de baixo e alto risco mostraram-se inferiores aos citados na literatura (23,33% e 7,58% respectivamente). No entanto, as gestantes de baixo risco apresentaram médias de ansiedade maiores do que as de alto risco, corroborando o estudo de Rato (1998). Tal achado pode ser explicado pela idade inferior das gestantes de baixo risco em comparação às de alto risco, e sendo as gestantes mais novas, com menos experiências anteriores, poderiam apresentar mais sentimentos de ansiedade frente à gestação vivenciada.

Sobre o quadro de depressão medido pela HAD, ambos os grupos apresentaram níveis menores em relação aos achados em estudos anteriores. Esta diferença pode ser discutida ao pensarmos que estas gestantes foram atendidas em serviços de saúde especializados e de referência, por equipe multidisciplinar, o que possibilitaria sentimentos de segurança no período gestacional.

Quando analisada a presença concomitante de ambos os sintomas de ansiedade e depressão, as gestantes de alto risco apresentam médias maiores em relação às gestantes de baixo risco. Dado semelhante foi encontrado na correlação desses mesmos sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) com a variável do estresse, onde se constatou relação significativa apenas com gestantes de alto risco, ou seja, gestantes com ansiedade e depressão apresentam maiores médias de estresse. Tais achados possibilitam a reflexão de que a patologia na gestação acarreta maiores custos emocionais às mulheres, ou seja, a ameaça de problemas para a saúde da mãe e do bebê bem como

a necessidade de tratamentos específicos durante a gestação demandam da mulher estratégias de enfrentamento bem desenvolvidas e, nos casos em que tais estratégias não se encontram consolidadas, podem aparecer distúrbios psicológicos para os quais há necessidade de intervenção especializada.

Quando observados os dados referentes aos níveis de estresse através do EEP, verificou-se que as gestantes de baixo risco apresentam maiores níveis de estresse do que as gestantes de alto risco. Existem trabalhos na literatura que por meio de outros instrumentos mediram o nível de estresse e encontraram níveis elevados no período gestacional, assim como o presente estudo (Araújo, Albertini & Guimarães, 2010, Rodrigues & Schiavo, 2011 e Correia, Santos, Calheiros & Vieira, 2011). Vale ressaltar que não existe um instrumento específico para avaliação de estresse em gestantes, o que pode interferir na geração de dados tão precisos quanto o esperado (Coverdale, McCullough, Chevernak & Bayer, 1996).

Ainda considerando a variável estresse, na comparação com a variável suporte social houve uma correlação moderada e inversa, ou seja, quanto maior o suporte social, menos estresse, entretanto não foi demonstrada diferença significativa entre os grupos de gestantes de alto e baixo risco. Porém, não foram encontrados achados na literatura nacional que analisem essa relação, o que aponta a necessidade de maiores estudos correlacionando essas variáveis.

As médias de suporte social obtidas pela escala de MOS em ambos os grupos foram elevadas, e também condizentes com os relatos das gestantes na entrevista. Neste estudo, as gestantes de baixo risco apresentam diferença significativa em sua média em relação às de alto risco, o que significa que estas se percebem mais apoiadas por familiares e/ou amigos na vivência gestacional. Os estudos de Baptista, Baptista e Torres (2006) e Mirabzadeh *et al.* (2013) confirmam que a percepção positiva de suporte social caracteriza-se como um fator de proteção durante o ciclo gravídico-puerperal e pontua-o como fator atenuante do estresse.

Observou-se que ao correlacionar a variável suporte social com a variável depressão, nos grupos de gestantes de alto e baixo risco revelou-se relação significativa, o que significa que pacientes que apresentam depressão, teriam menores médias de suporte social, corroborando os dados de Lancaster *et al.* (2010) e Mirabzadeh *et al.* (2013). Este dado pode justificar os índices de depressão das gestantes deste estudo serem menores que a média encontrada em outros achados, sendo que estas se percebem apoiadas.

Devido os comprometimentos que as patologias psicológicas na gestação podem causar, tanto na vida da mulher como no desenvolvimento do bebê, diversos estudos têm sido realizados nesse tema, a fim de ampliar o conhecimento em torno dos fatores de risco e permitir diagnóstico e tratamento de maneira precoce e mais efetiva. Faz-se necessário o investimento dos serviços de saúde no acompanhamento psicológico durante o período grávido-puerperal, para que estes profissionais possam auxiliar mulheres para que vivenciem a gestação de uma maneira saudável.

REFERÊNCIAS

- Aliane, P. P., Ronzani, T. M., Silva, G. R., Miranda, D. B., Oliveira, P. F., Mendes, A. F. ... & Schumann, C.S.C. (2008). Avaliação De Saúde Mental Em Gestantes. *Revista Institucionais De Psicologia*, 1(2), 1130-112. Retirado de: file:///D:/Users/HCRP/Desktop/44-250-1-PB.pdf.
- American Diabetes Association (2012). Diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. *Diabetes Care*, 35(1), 64-70. doi: 10.2337/dc12-s064.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

- Antunes, C., Fontaine, A. M. (2005). Percepção De Apoio Social Na Adolescência: Análise Fatorial Confirmatória Da Escala Social Support Appraisals. *Paideia*, 15(32), 355-66. doi: 10.1590/S0103-863X2005000300005
- Araújo, M. A., Albertini, R., & Guimarães, F. P. (2010). Incidência de sintomas de estresse em primíparas: Vivências e relatos de mulheres. *Polêmica*, 9(4), 64-73. doi: 10.12957/polemica.2010.2821
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In. Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Filho, J. B., Nakamura, M. U., Santana, R. M. & Mattar, R. (Orgs). *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*, (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole.
- Botega, N. J., Pondé, M. P., Medeiros, P., Lima, M. G, & Guerreiro, C. A. M. (1998). Validação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(6), 285-289. Recuperado em: <https://www.researchgate.net/publication/285727719>
- Botega, N. J. & Dias, M. K. (2002). Gravidez e puerpério. In. Botega, N. J. (Org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, (pp.285-297). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó, J. Jr. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 92-102. doi: 10.1590/S0101-60832006000200009
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health ans Social Behavior*, 24(4), 385-396. doi: 10.2307/2136404
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209. Recuperado em: <http://hdl.handle.net/1822/4217>.
- Corrêa, F. H. S., & Gomes, M. de B. (2004). Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes *mellitus* no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabolismo*, 48(4), 499-504. doi: 10.1590/S0004-27302004000400010
- Coverdale, J. H., Mccullough, L. B., Chervernak, F. A., & Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. *Australian New Zeland Journal Obsteric and Gynecology*, 36(4), 424-429. doi: 10.1111/j.1479-828X.1996.tb02185.x
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 28(3), 171-178. doi: 10.1590/S0100-72032006000300006.
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação Multiprofissional na Saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 612-618. doi: 10.1590/S0034-89102005000400015
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 48(3), 245-249. doi: 10.1590/S0104-42302002000300039
- Grimstad, H., Scheir, B., Backe, B., Jacobsen, G. (1999). Anxiety, physical abuse, and low birth weight. *Scandinavian Journal Public Health*, 27(04), 296-300. doi: 10.1177/14034948990270040201.
- Klein, M.M.S., & Guedes, C.R. (2008). Intervenção psicológica a Gestação: Contrinuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Psicologia: Ciência e profissão*, 28(4), 862-871. doi:10.1590/S1414-98932008000400016

- Konradt, C. E., Silva, R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M. ... & Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 76-79. doi: 10.1590/S0101-81082011005000010
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 202(1), 5-14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Luft, C. D. B., Sanches S. de O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 606-615. doi: 10.1590/S0034-89102007000400015
- Luis, M.A.V., & Oliveira, E.R. (1998). Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(4), 314-324. doi: 10.1590/S0080-62341998000400005.
- Maganha, C. A., Vanni, D. G. B. S., Bernardini, M. A., & Zugaib, M. (2003). Tratamento do diabetes Melito Gestacional. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(3), 330-334. doi: 10.1590/S0104-42302003000300040
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M. T., & Dickstein, J. (2010). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Integreare.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*, 16(1), 15-22. PMID: 19164843
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., & Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: Prevalence and risks factors in a large urban sample. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1064-1070. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. (2006). *Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde*. (4ªEd.) Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ISBN 85-334-0885-4
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. (2010). *Gestação de Alto Risco*, 5ªed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; Série A: Normas e Manuais Técnicos. ISBN 978-85-334-1767-0
- Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A. S., Sajjadi, H., Majd, H. A. & Mahmoodi, Z. (2013). Path Analysis Associations Between Perceived Social Support, Stressful Life Events and Other Psychosocial Risk Factors During Pregnancy and Preterm Delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6), 507-14. doi: 10.5812/ircmj.11271.
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2008). Diabetes mellitus gestacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(6), 477-480. doi: 10.1590/S0104-42302008000600006
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(4), 144-153. doi: 10.1590/S0101-60832008000400004.
- Pereira, M., Canavarro, M.C. (2008). Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA. *Psicologica*, 49, 30-49. Recuperado em: <https://www.researchgate.net/publication/277095842>.
- Piccinini, C. A., Rapoport, A., Levandowski, D. C., & Voigt, P. R. (2002). Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. *Psico*, 33(1), 9-35. Recuperado em: <https://www.researchgate.net/publication/263383137>.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1), 63-72. doi: 10.1590/S1413-73722008000100008

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM GESTANTES

- Rezende, C.B. (2011). Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, 36, 315-344. doi: 10.1590/S0104-83332011000100012
- Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. doi: 10.1590/S0100-72032011000900006
- Santos, P.B. (2005). *Maternidade ameaçada: Vivências Psíquicas em Gestantes de Risco*. Dissertação de Mestrado, Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15788>
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, & J., Weiller, E. (1998) The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33. Recuperado em: http://www.psychiatrist.com/JCP/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.ashx?Article=/jcp/article/Pages/1998/v59s20/v59s2005.aspx&Type=Article
- Silva, C. S., Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2009). Relações entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. *HU Revista*, 35(2), 111-118. Recuperado em: <file:///D:/Users/HCRP/Desktop/Artigo.pdf>.
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2008). Diabetes mellitus gestacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(6), 477-480. doi: 10.1590/S0104-42302008000600006
- Souza, J. S. (2010). *Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modos de Enfrentamento*. Dissertação de Mestrado, Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15909>.