

DOI: <https://doi.org/10.4322/aletheia.007>

Transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade em gestantes de alto risco de um hospital universitário no sul do Brasil

Francieli Ribeiro Freitas Mello

Aline Groff Vivian

Maria Isabel Morgan Martins

Resumo: Os transtornos mentais comuns podem estar presentes durante a gestação de alto risco. O objetivo deste estudo foi investigar quais os transtornos mentais comuns são mais prevalentes nas gestantes de alto risco atendidas em um hospital no Sul do Brasil. Para isso, foi realizado um estudo quantitativo descritivo. Participaram 39 gestantes, que responderam a uma ficha de dados sociodemográficos, ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), além do Inventário Beck de Depressão (BDI) e do Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Verificou-se que mulheres solteiras e divorciadas tiveram probabilidade 2,42 vezes maior de apresentar níveis de ansiedade moderado/grave e 28 vezes maior de apresentarem níveis de depressão moderado/grave. As gestantes que faziam uso de álcool apresentaram maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às que não faziam uso. Tornam-se necessárias intervenções promotoras de saúde que ofereçam apoio emocional, além dos tratamentos adequados para as gestantes de alto risco.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco; depressão; ansiedade.

Common mental disorders, depression and anxiety in high-risk pregnant women seen at a hospital in southern Brazil

Abstract: Common mental disorders may be present during high-risk pregnancy. The aim of this study was to investigate which common mental disorders are more prevalent in high-risk pregnant women treated at a hospital in southern Brazil. For this, a descriptive quantitative study was carried out, 39 pregnant women participated, who answered the sociodemographic data sheet and the possible disorders through the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Depression Inventory. Anxiety (BAI). It was found that single and divorced women were 2.42 times more likely to have moderate/severe levels of anxiety and 28 times more likely to have moderate/severe depression levels. Pregnant women who used alcohol were more likely to develop depression when compared to those who did not. The intervention of a team is necessary, which provides physical and emotional support, which guarantees adequate treatments for high-risk pregnant women.

Keywords: High-risk pregnancy; depression, anxiety.

Introdução

A gestação é um evento complexo na vida da mulher que envolve modificações importantes no organismo materno, tanto físicas quanto psicológicas. Para descrever a gravidez usa-se um esquema de tempo que se divide em 3 partes, ou seja, em trimestres de 13 semanas cada (Brito, Lopes & Barros, 2019). Algumas gestações são

consideradas de alto risco, por envolver fatores ou comorbidades, apesar de não representarem uma patologia específica (Brasil, 2012).

No Brasil, a cada ano, há cerca de 470 mil gestações consideradas de alto risco, representando 15% do total de gravidezes. Esse fator costuma estar associado à chance de ocorrência de resultados desfavoráveis à mulher, ao feto e ao recém-nascido. Justifica-se, portanto, a necessidade de realização de estudos sobre a atenção ao cuidado à gestante de alto risco e suas particularidades (Brum, e cols, 2019; Paz e cols, 2022).

A gravidez é um momento no qual a mulher se mostra receptiva às mudanças e, conforme for vivenciada, pode ser favorável à futura relação com o bebê. Assim, as atitudes e escolhas maternas podem refletir no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável. Porém, a gestante de alto risco pode apresentar-se mais vulnerável a desenvolver algum tipo de transtorno emocional, tanto na gestação, quanto no puerpério (Allison, Stafford & Anumba, 2012; Azevedo, Hirdes & Vivian, 2020).

A gestação de alto risco, refere-se às situações que podem interferir na evolução típica de uma gravidez, tanto em aspectos relativos à saúde materna quanto fetal, e o perfil ocasionando possíveis implicações emocionais que poderão ser ampliadas se a gestante estiver internada em um hospital (Azevedo, Hirdes & Vivian, 2020; Brasil, 2012). Assim, além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que virão a apresentar intercorrências nesse período (Antoniazzi, Siqueira & Farias, 2019).

Durante o acompanhamento clínico de pré-natal, a ênfase costuma ser dada aos problemas físicos. Os conflitos psicológicos e emocionais nem sempre recebem a devida atenção, muitas vezes, devido ao estigma associado à saúde mental. Também, há a própria idealização da maternidade, com a crença de que alguns sentimentos são inerentes ao período gestacional e que eles não precisam ser externalizados ao profissional de saúde (Arrais, Araujo & Schiavo, 2018; Azevedo, Hirdes e Vivian, 2020; Brasil, 2012). Nesse contexto, podem desenvolver-se os transtornos mentais comuns.

Os Transtornos Mentais (TM) constituem-se por um conjunto de sintomas, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que não preenchem critérios para caracterizar transtornos mentais específicos. Sendo assim, não constituem uma categoria diagnóstica. Apesar disso,

podem gerar sofrimento psíquico de caráter incapacitante (Goldberg & Huxley, 1992). Sendo assim, são considerados TM, os sintomas não psicóticos, sendo com frequência encontrados em diversas populações, relacionados a quadros de estresse, ansiedade e depressão (Alves, 2015; Moura 2022).

Esses transtornos vêm sendo investigados em diferentes contextos e estudos demonstram que há maior prevalência entre mulheres, em especial quanto aos sintomas depressivos e de ansiedade (Costa, Souza, Pedroso & Strufaldi, 2018; Viana & Andrade, 2012). Especificamente na gravidez, fatores de risco para desenvolver algum transtorno mental comum incluem história de depressão anterior, gestação não planejada, não ter companheiro, e condição socioeconômica desfavorável (Lopes, Lucchese, Souza, Silva e Mendonça, 2019). Estima-se em 37%, a prevalência de transtornos mentais comuns, entre mulheres grávidas (Jha & cols., 2018).

Em uma revisão recente de estudos empíricos sobre transtornos mentais comuns (TMC), destacaram que, entre os estudos transversais, a prevalência de TMC variou de 41,4% a 57,1%. Na mesma revisão, os estudos longitudinais mostraram incidências de TMC entre 3,5% e 33,6% no Brasil, e entre 8,6% e 57,1% em países europeus. Alguns fatores que aumentam a probabilidade de TMC são histórico prévio de depressão, gestação não planejada, falta de companheiro e condição socioeconômica desfavorável (Lopes et al. 2019; Lowdermilk & Perry, 2008)

A gestação e o puerpério são períodos vulneráveis para o surgimento de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes de TM tanto na gravidez quanto no pós-parto (Bussel, Spitz, Demyttenaere, 2006; Costa, Souza, Pedroso & Strufaldi, 2018). O rastreamento no período gestacional é pouco realizado, embora muitos estudos procurem investigar modificações psicológicas durante a gravidez e os desfechos obstétricos (Fasal-Cury, Menezes, Araya & Zugaib, 2009). A alta prevalência de transtorno mental comum na gestação, sobretudo, sintomas de ansiedade (Paz & cols., 2022) e depressão denota a necessidade de manejo e rastreio dos mesmos durante o ciclo gravídico-puerperal (Lopes et al, 2019).

O presente estudo teve como objetivo investigar quais os transtornos mentais comuns são mais prevalentes nas gestantes de alto risco atendidas em um hospital universitário no Sul do Brasil. Especificamente, foram analisados os sintomas de ansiedade e depressão dessas mulheres, durante o período de internação.

Método

O presente estudo apresentou delineamento quantitativo descritivo.

População/amostra

Participaram da pesquisa 37 mulheres que integraram o Programa Interdisciplinar de Promoção da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância (Vivian & cols., 2018). Nesse projeto, gestantes e seus filhos, após o nascimento, eram atendidas no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, na Casa da Gestante e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Canoas-RS e na Clínica-Escola de Fisioterapia, no Centro Multiprofissional da ULBRA. Todas foram convidadas a participar do estudo maior, no período de março a dezembro de 2018 e março a julho de 2019, em que foram solicitadas a responder entrevistas semi-estruturadas e preencher diversos instrumentos de rastreio em saúde mental.

As gestantes de alto risco estavam internadas no Hospital Universitário de Canoas – RS também participaram de intervenções semanais em grupo, com duração aproximada de 1 hora cada. Foram realizados 33 encontros, no período de abril de 2018 a junho de 2019. A abordagem se deu em equipe interdisciplinar composta por professores e acadêmicos de Psicologia, Medicina, Fisioterapia e Odontologia e mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Foram trabalhados temas ligados à Primeira Infância; Gestação e Relação Mãe Bebê; Parto e Puerpério; Alimentação e Aleitamento; e Rede de apoio. Essas intervenções, assim como as entrevistas qualitativas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Instrumentos e procedimentos de coleta

Foram utilizados dados secundários do estudo de Vivian e cols. (2018) e selecionadas todas as gestantes maiores de 18 anos, que preencheram a ficha de dados sociodemográficos. Esse instrumento serviu para caracterizar a amostra, informando o sexo, idade, escolaridade, dependência financeira, estado civil; além das gestantes que responderam ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), ao Inventário Beck de Depressão (BDI) e ao Inventário Beck de Ansiedade (BAI).

O SRQ-20 inclui 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos. É um instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das

suas questões. Os sintomas neuróticos avaliados por esta versão de 20 itens (SRQ-20) aproximam-se dos transtornos mentais comuns (TMC), que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Para avaliação da depressão foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (BDI). Esta escala é provavelmente a medida de autoavaliação da depressão mais usada tanto em pesquisa como em clínica (Cunha, 2001). É uma escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que, por sua vez, constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos).

Por sua vez, para avaliação da ansiedade, foi aplicado o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), que consiste em um autorrelato com 21 itens e é utilizado para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade (Fernandes, Venâncio, Pasche, Silva, Aratani & Tanaka, et al., 2020). Os itens abrangem sintomas comuns de ansiedade, onde o indivíduo responde como se sentiu na última semana, e incluindo o dia da aplicação do questionário. Cada questão tem quatro possíveis respostas: ‘não’; ‘levemente: não incomodou muito’; ‘moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar’; e ‘gravemente: dificilmente pude suportar’. Os itens avaliados incluem dormência e formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior, atordoamento ou tontura, palpitação ou aceleração do coração, desequilíbrio, terror, nervosismo, sensação de sufocamento, tremores nas mãos, tremor, medo de perda de controle, dificuldade de respirar, medo da morte, sentimento de estar assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor (não devido ao calor). É o próprio indivíduo que responde os 21 itens, quando escolhe os sintomas que mais se encaixam ou não se encaixam ao que vem sentindo. A soma dos pontos (0 a 3) classifica a ausência ou o nível de sintomas ansiosos (acima de 10 pontos – ansiedade leve; entre 20 e 30 pontos – ansiedade moderada; entre 31 e 63 pontos – ansiedade grave) (Gomes & Piccinini, 2010).

Análise de dados

Para análise estatística as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste *t-student* foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de *Mann-Whitney* foi utilizado. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Para controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson Multivariado foi aplicado. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a variável apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. Foi calculada a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança (IC 95%). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, sob parecer n.2.448.176. Foram seguidos os princípios éticos de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e que determina que toda pesquisa deve respeitar a privacidade, bem-estar e dignidade das participantes. Após compreenderem os objetivos e concordarem em realizar a pesquisa, assinaram o TCLE. As gestantes responderam a aplicação dos instrumentos em uma sala privativa ou no leito em que se encontravam.

Resultados

O perfil demográfico (Tabela 1) da amostra selecionada de 37 mulheres que participaram do Programa Interdisciplinar da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância, apontou média de idade das gestantes de 32,5 ($\pm 6,9$) anos. Destas, 23 (63,9%) se autodeclararam brancas. Quanto ao nível de escolaridade, 10 (27%) apresentaram Ensino Médio Completo e 8 (21,6%) tinham Ensino Fundamental Incompleto. Em relação à atividade laboral 19 (51,4%) afirmaram trabalhar e 17 (45,9%) declararam não terem nenhum emprego remunerado.

A idade gestacional era de 28,6 semanas ($\pm 8,9$) (média \pm DP), sendo que destas gestantes 12 (32,4%) declararam abortos anteriores, sendo 9 com um aborto (24,3%) e 3 com dois abortos (8,1%). Destas 14 (46,7%) declararam fazer tratamento de depressão e 9 (30,0%) afirmaram fazer uso de álcool.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas predominantes nas gestantes atendidas no Programa Interdisciplinar da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância, internadas no Hospital Universitário de Canoas – RS.

Variáveis	n = 37
Idade (anos) – média ± DP	32,5 ± 6,9
Etnia (n=36) – n (%)	
Branca	23 (63,9)
Negra	7 (19,4)
Parda	6 (16,7)
Estado civil (n=36) – n (%)	
Solteira/Divorciada	11 (30,6)
Casada/ União estável	25 (69,4)
Mora com companheiro (n=29) – n (%)	
Sim	27 (93,1)
Não	2 (6,9)
Nível de escolaridade – n (%)	
Analfabeta	1 (2,7)
Ensino Fundamental Incompleto	8 (21,6)
Ensino Fundamental Completo	9 (24,3)
Ensino Médio Incompleto	6 (16,2)
Ensino Médio Completo	10 (27,0)
Ensino Superior	3 (8,1)
Trabalha – n (%)	
Sim	19 (51,4)
Não	18 (48,6)
Renda (s.m.) – n (%)	
Nenhum	17 (45,9)
1	6 (16,2)
2 ou mais	14 (37,8)
Idade gestacional (semanas) – média ± DP	28,6 ± 8,9
Número de gestações prévias– mediana (P25-P75)	2 (1 – 4)
Abortos anteriores – n (%)	
Sim*	12 (32,4)
Não	25 (67,6)
Gestação planejada – n (%)	
Sim	15 (40,5)
Não	22 (59,5)
Necessidade de acompanhamento terapêutico na família (n=30) – n (%)	
Sim	8 (26,7)
Não	22 (73,3)
Tratamento para ansiedade/depressão (n=30) – n (%)	
Sim	14 (46,7)
Não	16 (53,3)
Usa drogas (n=30) – n (%)	5 (16,7)
Consome álcool (n=30) – n (%)	9 (30,0)
Tabagista (n=30) – n (%)	4 (13,3)

Fonte: os autores (2022).

* 9 com um aborto (24,3%) e 3 com dois abortos (8,1%)

Em relação à associação das condições de saúde da mãe e transtornos mentais comuns, foi possível perceber que 21 (56,8%) apresentaram sintomas avaliados pelo SRQ (Tabela 2). Ao ser analisado o BAI 11 (29,7%) foram classificadas com risco mínimo e leve, porém 10 (27%) tinham um grau moderado de ansiedade. Em relação ao BDI 17 (45,9%) apresentaram mínimos sintomas de depressão enquanto 9 (24,3) eram moderados.

Tabela 2

Dados que relacionam os instrumentos aplicados SQR, BAI e BDI, nas gestantes internadas no Programa Interdisciplinar da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância, internadas no Hospital Universitário de Canoas – RS.

Variáveis	n=37
SQR – média ± DP	8,1 ± 3,5
Classificação SQR – n (%)	
Sem sintomas (≤ 7)	16 (43,2)
Com sintomas (>7)	21 (56,8)
BAI – mediana (P25 – P75)	15 (7,5 – 24,5)
Classificação BAI - n (%)	
Mínimo	11 (29,7)
Leve	11 (29,7)
Moderado	10 (27,0)
Grave	5 (13,5)
BDI – mediana (P25 – P75)	12 (6,5 – 17)
Classificação BDI - n (%)	
Mínimo	17 (45,9)
Leve	10 (27,0)
Moderado	9 (24,3)
Grave	1 (2,7)

Fonte: os autores (2022).

Na tabela a seguir, apresenta-se a associação entre as variáveis investigadas o perfil sociodemográfico e os instrumentos SQR, BAI e BDI.

Tabela 3

Associações dos dados sócio demográficos em relação aos instrumentos SQR, BAI e BDI, nas gestantes de alto risco atendidas no Programa Interdisciplinar da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância, internadas no Hospital Universitário de Canoas – RS.

Instrumentos	Variáveis	Sem Sintomas Leve /Moderado	Com Sintomas Moderado/ Grave	p
SQR		Sem sintomas (n=16)	Com sintomas (n=21)	p
	Número de gestações prévias – mediana (P25-P75)	2 (1 – 3)	4 (2 – 5)	0,004
	Usa drogas (n=30) – n (%)	0 (0,0)	5 (29,4)	0,52
BAI		Mínimo /Leve (n=22)	Moderado/Grave (n=15)	p
	Estado civil (n=36) – n (%) Solteira/Divorciada	4 (19,0)	7 (46,7)	0,141

Casada/ União estável	17 (81,0)	8 (53,3)	
Mora com companheiro (n=29) – n (%)			0,135
Sim	18 (100)	9 (81,8)	
Não	0 (0,0)	2 (18,2)	
BDI	Mínimo / Leve (n=27)	Moderado/Grave (n=10)	p
Mora com companheiro (n=29) – n (%)			0,052
Sim	22 (100)	5 (71,5)	
Não	0 (0,0)	2 (28,6)	
Consome álcool (n=30) – n (%)	5 (21,7)	4 (57,1)	0,153

Fonte: os autores (2022).

Na análise bivariada, apenas o número de gestações prévias se associou significativamente com a presença de transtornos mentais comuns ($p=0,004$), sendo que o número de gestações nas mulheres com sintomas é o dobro daquele das mulheres sem sintomas (Tabela 3). É relevante destacar que no grupo de gestantes com sintomas de TMC, houve uma tendência de maior prevalência no uso de drogas ($p=0,052$). Após a realização do ajuste pelo modelo multivariado, foi constatado que apenas o número de gestações manteve uma associação significativa com a presença de sintomas depressivos, de acordo com o SRQ (RP=1,19; IC 95%: 1,05 - 1,34; $p=0,006$). Vale ressaltar que para cada gestação adicional, ocorreu um aumento de 19% na prevalência de sintomas depressivos.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo com os níveis mais elevados de ansiedade, avaliados pela BAI (Tabela 3). No entanto, após o ajuste pelo modelo multivariado, foi observado que o estado civil apresentou uma associação significativa ($p=0,050$). E mulheres solteiras ou divorciadas tiveram uma probabilidade 2,42 vezes maior de apresentar níveis de ansiedade moderados ou graves em comparação às mulheres casadas ou em união estável (RP=2,42; IC 95%: 1,00 - 5,84).

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas e os níveis mais elevados de depressão, de acordo com a Tabela 3. No entanto, após ajuste pelo modelo multivariado, verificou-se que o status de convivência e o consumo de álcool se associaram significativamente aos níveis mais elevados de depressão ($p<0,001$ e $p=0,031$, respectivamente). Mulheres que não vivem com um parceiro tiveram aproximadamente 28 vezes mais probabilidade de apresentar níveis moderados ou graves de depressão em comparação àquelas que vivem com um parceiro (RP=28,1; IC 95%: 5,48 - 144). Além disso, mulheres que consomem álcool

tiveram uma probabilidade 4,6 vezes maior de apresentar níveis elevados de depressão em comparação com aquelas que não consomem (RP=4,62; IC 95%: 1,15 - 18,7).

Discussão

Ao analisar o perfil das participantes desta pesquisa, foi observado que as gestantes tinham média de idade de 32,5 anos. A maioria era de mulheres brancas com ensino médio (27%), sendo que 45,9% das participantes não recebiam salário e dependiam financeiramente de outras pessoas. Em relação à idade gestacional, a média era de 28,6 semanas, com um desvio-padrão de 8,9. Entre as gestantes incluídas no estudo, 32,4% relataram ter tido abortos anteriores, sendo que 24,3% delas tiveram um aborto e 8,1% tiveram dois abortos. Em estudo de Silva, Sommer e Vivian (2021), algumas das mesmas variáveis sociodemográficas apresentadas na presente investigação como renda, escolaridade, planejamento da gravidez e hábitos de vida intensificaram a vulnerabilidade das gestantes de alto risco.

Sendo assim, esses achados também se assemelham aos dados obtidos por Silva, Souza e Vivian (2020), que investigaram o apoio social recebido por 40 mulheres hospitalizadas por risco gestacional em um hospital universitário na região metropolitana de Porto Alegre. Nesse estudo, a maioria das participantes residia em Canoas/RS, tinha um parceiro e possuía em média 2 a 3 filhos. Além disso, essas mulheres mencionaram frequentar locais de cunho religioso. Em relação à escolaridade, a amostra apresentou variação nos anos de ensino e grande parte das participantes estava desempregada e atuava como dona de casa.

No estudo de Brito e cols. (2019), que analisou 293 prontuários no período de abril de 2018 a abril de 2019, também foi identificada a falta de rendimentos salariais e a dependência de outras pessoas. Os autores observaram, ao traçar o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco, que a baixa condição socioeconômica afetava a autonomia da mulher e gerava conflitos durante a gravidez devido à falta de estabilidade financeira, o que dificultava o acesso a informações e às oportunidades de tomada de decisão.

Outra informação relevante foi o estado civil das participantes, com um número significativo de mulheres solteiras ou divorciadas (30,6%) que não planejaram a gravidez (50,9%). Esses dados são importantes, pois compartilhar a vida com um parceiro pode proporcionar apoio durante o período gestacional e pós-parto,

contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Hertling-Schaal, Perrotin, Poncheville, Lansac & Body, 2001; Silva, Souza & Vivian, 2020).

Foi constatada, portanto, a importância do apoio social para gestantes de alto risco. Estudos afirmam que o apoio social desperta as expectativas que o indivíduo cria em relação às reações e assistência que as pessoas próximas oferecerão, bem como a pessoa escolhida para compartilhar esses momentos (Brum & cols., 2019; Fernandes & cols., 2020; Hertling-Schaal & cols., 2001; Silva, Souza & Vivian, 2020). Em um estudo qualitativo com relatos de gravidez de alto risco, Antoniazzi, Siqueira e Farias (2019) concluíram que as experiências de parto dessas mulheres foram marcadas por quadros de ansiedade e medo. Nesse contexto, a formação de uma rede de apoio familiar e profissionais da área da saúde pode auxiliar as gestantes a enfrentarem essas questões, atenuando o sofrimento (Silva, Souza & Vivian, 2020).

No que diz respeito aos aspectos psicológicos deste estudo, foi observado que 56,8% das participantes apresentaram sintomas de depressão. Quanto ao BDI (Inventário de Depressão de Beck), 17 (45,9%) apresentaram sintomas mínimos de depressão, enquanto 9 (24,3%) foram classificadas como moderadas. Ao analisar o BAI (Inventário de Ansiedade de Beck), 11 (29,7%) foram classificadas com risco mínimo e leve, enquanto 10 (27%) apresentaram um nível moderado de ansiedade.

Já no estudo de Paz e cols (2022), realizado no sudeste, com 100 gestantes de alto risco internadas, 68% das gestantes apresentaram ansiedade moderada a alta, independente da idade materna, estado civil ou paridade, porém o trimestre gestacional, história de aborto e tempo de internação foram identificados como fatores de risco para ansiedade. Esses dados corroboram demonstraram que gestantes de alto risco apresentam sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, estudo de Soares, Vivian e Sommer (2022) que investigou o apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes de alto-risco indicaram (97,3%) de apego máximo e (2,7%) de apego médio, dentre as 37 participantes. A maioria das gestantes apresentou níveis mínimos de ansiedade (35,2%) e depressão (43,3%). A depressão grave foi identificada em cinco gestantes (13,5%) e a ansiedade grave em apenas uma (2,7%).

Um estudo com resultados semelhantes é o de Brum e cols. (2019), que encontrou uma alta prevalência de depressão seguida por ansiedade. A avaliação dos transtornos mentais comuns revelou que 69% (N=20) das mães apresentavam depressão, sendo que 20,7% (N=6) tinham depressão leve, 27,6% (N=8) moderada e

20,7% (N=6) grave. Em relação à ansiedade, 58,6% apresentavam o diagnóstico, sendo 27,6% (N=8) com ansiedade leve, 27,6% (N=8) com ansiedade moderada e 3,4% (N=1) com ansiedade grave.

Uma possibilidade para essa elevada prevalência é a relação dos transtornos mentais comuns com variáveis socioeconômicas. Ou seja, fatores socioeconômicos podem influenciar no desenvolvimento desses transtornos durante a gestação. Esses resultados reforçam a importância de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também as condições sociais e econômicas das gestantes ao avaliar e abordar a saúde mental durante o período gravídico-puerperal. Nesse sentido, estudos com gestantes de alto risco, atendidas pelo Sistema Único de Saúde corroboram esses dados (Silva, Sommer, Silveira & Vivian, 2021; Soares, Vivian & Sommer, 2021; Vivian, Souza & Marrone, 2020). Os autores destacam a necessidade de se realizar trabalho interdisciplinar na atenção integral à gestante, como estratégia promotora da saúde.

Os resultados deste estudo também estão em consonância com as descobertas de Antoniazzi, Siqueira e Farias (2019), que destacaram o impacto da hospitalização de gestantes de alto risco em sua pesquisa qualitativa com primigestas. Segundo as autoras, a hospitalização não apenas afetou as gestantes, mas também causou estresse na família, na vida doméstica e na carreira profissional, exigindo uma reorganização que gerou angústia nas mulheres. Outro estudo realizado por Arrais, Araujo e Schiavo (2018) apontou que as intercorrências na gestação, como hipertensão, sangramento e convulsões, foram os fatores de risco mais comuns, levando à internação e à interrupção das atividades rotineiras. Essas descobertas ressaltam a necessidade de uma abordagem abrangente e de suporte adequado para gestantes de alto risco, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também as repercussões psicossociais das condições de saúde e hospitalização.

Conforme destacado por Antoniazzi, Siqueira e Farias (2019), a abordagem interdisciplinar desempenha um papel crucial na atenção integral à saúde das gestantes. Especificamente no caso de hospitalização na gravidez de alto risco, podem surgir desafios na relação entre a paciente e a equipe de saúde, tornando-se essencial que os profissionais de saúde consigam manter uma comunicação eficaz e uma relação empática com a gestante (Azevedo & Vivian, 2020; Azevedo, Hirdes & Vivian, 2020; Brum & cols, 2019; Hertling-Schaal & cols., 2001; Reis & cols., 2010; Santos & Vivian, 2018).

Nesse contexto, o psicólogo desempenha um papel fundamental como membro da equipe, facilitando a integração de diferentes conhecimentos e promovendo o diálogo e a troca entre os profissionais (Wilheim, 2000). Além disso, de acordo com o mesmo autor, as gestantes hospitalizadas podem enfrentar dificuldades psicológicas, e oferecer um espaço de escuta nesse contexto pode auxiliar a gestante a refletir e elaborar estratégias de enfrentamento diante de sua condição clínica. Para diversos estudiosos (Azevedo, Hirdes & Vivian, 2020; Santos, Vivian & Botton, 2023; Silva, Sommer, Silveira & Vivian, 2021; Soares, Vivian & Sommer, 2022), a promoção da saúde mental da gestante, inclusive no contexto de alto risco, vem sendo apontadas como fundamentais para propiciar o bem-estar emocional da mãe que também acaba por repercutir em um ambiente favorável ao desenvolvimento do bebê.

Conclusão

A alta prevalência de transtornos mentais comuns durante a gestação, especialmente sintomas de ansiedade e depressão, alerta para a necessidade de manejo e rastreamento desses transtornos ao longo do ciclo gravídico-puerperal. É importante que haja um acompanhamento adequado e intervenções de suporte psicológico para garantir o bem-estar mental das gestantes.

As participantes deste estudo fizeram parte do Programa de Promoção da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância, que tinha como objetivo realizar intervenções e integrar as diferentes áreas da saúde em uma abordagem interdisciplinar. A importância de uma equipe multi e interdisciplinar fica evidente, pois ela forneceu o suporte necessário para atender às necessidades dessas gestantes. Esse cuidado abrangeu desde o acolhimento inicial diante da hospitalização até o acompanhamento durante o período de internação devido à gravidez de alto risco.

A experiência materna pode se tornar ainda mais desafiadora devido à fragilidade emocional em que a mãe se encontra diante de uma gestação de alto risco, somada aos eventuais riscos associados à sua condição clínica. Garantir um cuidado dedicado à gestante de alto risco, pode contribuir para que a mãe se sinta mais amparada para envolver-se com recém-nascido após o parto. Isso inclui desde o apoio ao aleitamento materno até os cuidados de higiene, além do indispensável suporte emocional nesse contexto.

A vivência da fase inicial da gravidez até o nascimento do bebê pode influenciar os recursos psíquicos disponíveis para a mulher cuidar e proteger seu filho. Nesse sentido, é crucial oferecer apoio físico e emocional às gestantes de alto risco, além de criar um ambiente seguro e acolhedor para que as mulheres se sintam à vontade para expressar suas angústias, medos, desejos, ansiedades e anseios.

O apoio emocional e social desempenham um papel fundamental no bem-estar da gestante de alto risco. A presença e envolvimento do esposo ou companheiro desde o início da gestação desempenham um papel significativo no suporte emocional à gestante. Foi observado que gestantes de alto risco que estavam em união estável ou tinham um companheiro e que não faziam uso de álcool ou drogas apresentavam menor suscetibilidade aos transtornos mentais comuns (TMC). Além disso, essas mulheres apresentavam níveis mais baixos de ansiedade e depressão. Isso ressalta a importância do apoio social para a gestante durante esse período de sentimentos ambivalentes, inerentes à gravidez.

Uma das potencialidades deste trabalho foi a intervenção em grupos, durante o período de internação das gestantes de alto risco, que pode ter favorecido a reflexão acerca dos cuidados necessários nesse período delicado. Ademais, as estratégias de promoção da saúde materno-infantil têm sido apontadas como importantes fatores de proteção ao bem-estar da dupla mãe-bebê, favorecendo sua saúde mental.

O presente estudo, restringiu-se à análise de dados secundários de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas em um hospital universitário, do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, houve limitações associadas à complexidade da análise das categorias de acesso, vínculo e cuidado devido à restrição do instrumento de coleta de dados utilizado. Para uma compreensão mais aprofundada, sugere-se a possibilidade de explorar aspectos qualitativos, por meio de relatos das gestantes e seus familiares.

As limitações mencionadas destacam a necessidade de pesquisas mais abrangentes e diversificadas, que considerem diferentes regiões e contextos. A inclusão de abordagens qualitativas poderia fornecer uma visão mais completa das experiências das gestantes de alto risco, permitindo uma análise mais aprofundada dos aspectos relacionados ao acesso, vínculo e cuidado durante esse período crítico.

É importante considerar essas limitações ao interpretar os resultados deste estudo, reconhecendo que eles podem ser específicos para a região e a amostra estudada. Para obter uma compreensão mais ampla e generalizável, seria necessário

novas investigação em diferentes contextos, utilizando métodos de coleta de dados mais abrangentes, analisados sob perspectivas mistas, como estudos quanti-qualitativos.

Referências

Allison, S. J., Stafford, J., & Anumba, D. O. C. (2012). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Women's Health*, 11(33), 1-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6874-11-33>

Antoniuzzi, M. P., Siqueira, A. C. E., & Farias, C. P. (2019). Aspectos Psicológicos de uma Gestação de Alto Risco em Primigestas Antes e Depois do Parto. *Pensando famílias*, 23(2), p. 191-207. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015> Acessado: 31/07/20.

Arrais, A. R., Araujo, T. C. C. F. E., & Schiavo, R. A. (2018). Risk Factors and Protection Associated with Postpartum Depression in Psychological Prenatal Care. *Psicologia: Ciência e Profissão*, (38)4, 711-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016> Acessado:07/20/20.

Azevedo, C. C.; Hirdes, A; Vivian, A. G. (2020). Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*, 10(9), 40216-40220. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/20034.pdf>. Acessado: 06/2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. (2012). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> Acessado: 07/2020.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

Brito, L. S. A., Lopes, L. F., & Barros, L. C. S. (2019). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco e o acompanhamento realizado por enfermeiros na regional ilha

do bananal no estado do Tocantins. *Revista Cereus*. 8(1). Disponível em <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3096>. Acessado 06/2023.

Brum, E. H. M., Sarmiento, J. E. ., Lins, A. M. de B. ., & Gomes, M. A. F. . (2019). Ansiedade e depressão materna: uma análise da prevalência em uma estratégia da família em Maceió/Alagoas. *Revista Psicologia & Saberes*. 8(13), 104-112. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1096>. Acessado: 06/2023.

Caldas, D. B., Silva, A. L. R., Böing, E. C., & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia hospitalar*, 11(1), 66-87. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005 Acesso em 31 de jul. de 2020.

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

Fernandes, J. A., Venâncio, S. I., Pasche, D. F., Silva, F. L.G., Aratani N., & Tanaka, O.Y. et al. (2020). Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (5). Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/TpXB8XV3DMg6YcWrGwK4gOm/?lang=pt>. Acessado 6/2023

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge.

Gomes, A. L., & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a02v22n1.pdf> Acessado: 07/2020.

Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G. (2001). Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: Detection and management. *Gynecologie et Obstetrique Fertilité*, 29 (6), 440-446. Doi: [https://doi.org/10.1016/s1297-9589\(01\)00158-8](https://doi.org/10.1016/s1297-9589(01)00158-8)

Jha, S., Salve, H. R., Goswami, K., Sagar, R., & Kanti, S. (2018). Burden of common mental disorders among pregnant women: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 46–53. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29966886/>. Acessado 06/2023.

Lopes, R. S., Lucchese, R., Souza, L. M. M., Vera, G. C. S., & Revora, S. M. (2019). O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. *Humanidades & Tecnologias (FINOM)*. 19, Disponível em <http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/download/932/652> Acessado: 07/2020.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Manjrekar, S., & Patil, S.; (2018). Perception and Attitude toward Mental Illness in Antenatal Mothers in Rural Population of Southern India: A Cross-Sectional Study. *Journal of Neuroscience Rural Practice*. 9(4), 473-477. Disponível https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.4103/jnpr.jnpr_535_17. Acessado 06/2023.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. (2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648.

Marchetti, D., & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011&lng=pt> Acessado: 07/2020.

Paz, M. M. S. da e cols (2022). Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 22(04), 1015-1023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>>. Acessado: 06/2023.

Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M. B., Jesus, M. C. P., Moraes, M. E. L., & Soares, M. G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência saúde coletiva*, 15(1), 269-276. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vz4jXkQhRxttghWDxHvTRDc/?lang=pt>

Santos, C. F., & Vivian, A. G. (2018). Apego materno-fetal no contexto da gestação de alto risco: Contribuições de um grupo interdisciplinar. *Diaphora: Revista da Sociedade*

de Psicologia do Rio Grande do Sul, 7(2), 1-10, jul./dez. Disponível em <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/159>> Acessado: 07/2020.

Santos, A. de M.; Vivian, A. G.; Botton, L. T. J. (2023). Representações maternas de gestantes e cuidados com o bebê no contexto da COVID-19. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, 12(1). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39546>. Acessado: 06/ 2023.

Silva , C. Z., Sommer, J A. P., Silveira, E. F., & Vivian, A.G . (2021). Gestação de alto risco: vulnerabilidade social e fatores socioeconômicos. *Conjecturas*, 21(3), 591–608. Disponível em <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/143>. Acessado: 06/2023.

Soares, B., Vivian, A. G. V. ., & Sommer, J. A. P. (2022). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão na gestação de alto risco. *Concilium*, 22(2), 36–49. Disponível em <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/86>: Acessado 06/2023.

Silva, J. C.; Souza, F. P., & Vivian, A. G. (2020.) Apoio social em gestantes de alto risco. In: Tallys Newton Fernandes de Matos. (Org.). *A psicologia em suas diversas áreas de atuação 3*. Ponta Grossa: Atena, 3, pp. 1-16.

Wilheim, J. (2000). Psiquismo pré e perinatal. In: Caron, N. A. organizadora. *A Relação Pais-Bebê da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 135-77.

World Health Organization (WHO). (2010) The world health report. People with mental disabilities cannot be forgotten. Disponível em:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en Acessado: 07/2020.

Viana MC, Andrade LH. (2012) Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 34(3), :249-260. Vivian, A. G.; Tovo, M. F.; Salum, T. N.; Scarpa, F. C.; Paim, B. F. (2018). “O Bebê e Seu Mundo”: Programa Interdisciplinar de Promoção da Saúde Materno-Infantil e Atenção à Primeira Infância. Projeto de pesquisa

não-publicado (Mestrado em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade) - Universidade Luterana do Brasil, ULBRA/Canoas, RS

Recebido em 25 de outubro de 2022

Aprovado em 20 de maio de 2023
