

LAÍS LAGE DE CARVALHO

**FATORES PSICOSSOCIAIS E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM
ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA/MG**

Juiz de Fora

2018

Laís Lage de Carvalho

**FATORES PSICOSSOCIAIS E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM
ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Juiz de Fora

2018

Laís Lage de Carvalho

**FATORES PSICOSSOCIAIS E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: UM
ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fabiane Rossi Dos Santos Grincenkov – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi – Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

O mestrado sempre foi um sonho, portanto considero este trabalho como um grande marco tanto na minha vida acadêmica quanto pessoal. Além disso, reconheço o tamanho do privilégio de poder desfrutar deste momento tão importante para minha carreira. Apesar disso, essa conquista não é somente minha. Existem diversas pessoas especiais que compartilharam essa jornada comigo.

Primeiramente preciso agradecer à Deus por tantas bênçãos concedidas.

À minha querida família, por toda motivação, apoio e ajuda em tudo que era possível. Em especial aos meus pais, Maria Josefina Soares Lage e Mário Jorge Martins de Carvalho, responsáveis por cada conquista alcançada em minha formação.

À minha orientadora, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov, que não apenas me orientou, mas também acreditou no meu trabalho, sempre me incentivou e me amparou nos momentos de dificuldade.

Às mulheres que, gentilmente, se dispuseram a participar da pesquisa e falar sobre seus sentimentos, medos e desejos. Além disso, agradeço ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus por abrir as portas para a pesquisa e possibilitar que esse trabalho fosse concretizado.

Ao meu bem, Rafael, por todo carinho, paciência e apoio incondicional. Sempre salvou meus dias com seus conhecimentos sobre informática. Seu companheirismo foi essencial para que essa caminhada fosse mais fácil.

À professora e amiga Ana Cláudia, que me apresentou o “mundo da pesquisa”, acreditou em mim e sempre me incentivou a estudar.

Aos colegas de turma, pelos momentos de amizade, pelas palavras de conforto e pela diversão.

Ao NUIPSO e seus membros, pela troca de ideias. Em especial à Mariana e Kamila que me ajudaram na coleta de dados.

Ao Neimar, pelas orientações em estatística e análise de dados.

À banca de qualificação e defesa, pela atenção e preciosas contribuições.

À CAPES pelo fomento através da concessão de bolsa de estudos, ao PPG e à UFJF pela oportunidade que me deram de poder contribuir um pouco com a ciência.

Muito obrigada!

RESUMO

A gestação de alto risco é caracterizada por ser um momento em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido está submetida a maiores riscos que a média da população considerada. O presente estudo objetivou apresentar dados sobre o perfil de gestantes de alto risco, determinar os aspectos psicossociais ligados à gravidez de risco, bem como identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, no que diz respeito às comorbidades associadas. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de caráter exploratório, cuja amostragem foi composta por 74 gestantes enquadradas no perfil de risco em um hospital-maternidade do município de Juiz de Fora/MG. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Saúde Geral do Paciente - PHQ-2, Escala de Percepção de Suporte Social - EPSS, Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – ASSIST e um questionário contendo dados sociodemográficos e clínicos. Observou-se que determinadas características sociodemográficas e clínicas, como situação conjugal, escolaridade, renda, idade e tempo gestacional estão correlacionadas às mudanças nos padrões psicossociais dessas mulheres. Além disso, foi possível identificar a prevalência de sintomatologias depressivas, ansiosas, prejuízos no suporte social e uso inadequado de substâncias nessa população. Os resultados demonstram a relevância de se conhecer o perfil dessas mulheres para melhora na elaboração de estratégias de suporte direcionadas ao enfrentamento de possíveis fatores que possam interferir no bom andamento da gestação.

Palavras-chave: Gestação, Saúde da mulher, Fatores psicossociais.

ABSTRACT

The high-risk pregnancy is characterized for being a moment that the life or health of the mother and/or fetus and/or newborn is submitted to higher risks than the mean population. The current study aimed to present data concerned about the profile of high risks pregnancy, determine psychosocial aspects about high-risk pregnancy as well as identify vulnerability during pregnancy, regarding the associated comorbidities. It is a quantitative, cross-sectional, exploratory study with a sampling composed by 74 pregnant women identified as high risk pregnant in a maternity hospital located in Juiz de Fora/MG, Brazil. The instruments applied were: Patient's General Health Questionnaire - PHQ-2, Perceived Social Support Scale – EPSS, Trait Anxiety Inventory-State – STAI, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST and a survey containing sociodemographic and clinical characteristics, such as marital status, education level, incomes, age and gestational time are correlated to changes in the psychosocial patterns of these women. Furthermore, it was possible to identify prevalence of symptoms of depressive, anxiety, social support loss and inappropriate substances use in this population. The results demonstrate the relevance of knowing the profile of these women in order to improve supportive strategies formulation directed to confront possible factors that may interfere with the good progress of gestation.

Keywords: Pregnancy, Women Health, Psychosocial Factors

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASSIST - *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

BCF – Batimento Cardíaco Fetal

BhCG - Gonadotrofina coriônica humana

CID – Classificação Internacional de Doenças

CPA – Centro de Psicologia Aplicada

DUM – Data da última menstruação

EPSS - Escala de Percepção de Suporte Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

HMTJ – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IMC – Índice de Massa Corpórea

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHQ - Questionário de Saúde Geral do Paciente (Patient Health Questionnaire)

RN – Recém-nascido

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do passo-a-passo do pré-natal.....18

Figura 2: Gráfico dos escores faixa a faixa do da questão 12 do IDATE-E.....47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Divisão dos fatores de risco gestacional segundo o Ministério da Saúde (adaptada)...21

Tabela 2: Fatores de alto risco gestacional segundo o Ministério da Saúde (adaptada).....22

Tabela 3: Características sociodemográficas das gestantes.....37

Tabela 4: Dados clínicos das gestantes.....39

Tabela 5: Classificação dos motivos da internação das gestantes.....40

Tabela 6: Listagem dos motivos da internação das gestantes.....40

Tabela 7: Listagem dos motivos que as mulheres acreditavam que contribuíram para aumento do risco gestacional.....42

Tabela 8: Sintomas de ansiedade observados a partir do IDATE..... 44

Tabela 9: Relação entre uso de substância e necessidade de intervenção.....45

Tabela 10: Prevalência de sintomatologia depressiva através da análise descritiva do PHQ-2...45

Tabela 11: Resultado das Faixas de acordo com os itens do IDATE-E.....47

Tabela 12: Percentual de gestantes por faixa no IDATE-E.....48

Tabela 13: Tabela: Resultado das Faixas de acordo com os itens do IDATE-T.....50

Tabela 14: Percentual de gestantes por faixa no IDATE-T.....51

Tabela 15: Análise fatorial das classes de substâncias mencionadas pelas gestantes.....54

Tabela 16: Resultado da Análise Fatorial <i>Bifactor</i> dos itens da EPSS.....	55
Tabela 17: Quadro de variáveis utilizadas nas correlações.....	58
Tabela 18: Resultado da Análise de Variância acerca do estado civil das gestantes.....	59
Tabela 19: Teste post-hoc de Sheffe.....	61
Tabela 20: Resultado da Análise de Variância acerca do histórico abortivo das gestantes.....	62
Tabela 21: Correlação entre a cor as variáveis psicossociais.....	63
Tabela 22: Resultado das Correlações de Pearson.....	69
Tabela 23: Resultados da correlações de Spearman.....	70

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	14
CAPÍTULO 2: A GESTAÇÃO DE RISCO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS.....	19
OBJETIVOS	26
Objetivo geral.....	26
Objetivos específicos.....	26
PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
Participantes	26
Critérios de inclusão e não inclusão:.....	27
Desenho do estudo:	27
Descrição do local de coleta de dados:	27
Descrição dos instrumentos utilizados:.....	28
1. Patient Health Questionnaire two itens, PHQ-2:.....	29
2. Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS):.....	29
3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):.....	30
4. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST):.....	30
5. Questionário sociodemográfico e clínico:	31
6. Propostas de soluções locais para superação das limitações dos instrumentos.....	32
Procedimentos:.....	34
Aspectos éticos:	35
Metodologia de análise dos dados:	36
7. Etapas	36
Resultados e discussão	37
Características sociodemográficas e clínicas das gestantes	37
Análise e interpretação das escalas	46

Análise de correlação dos dados.....	57
Considerações finais:	73
REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS:.....	83
Anexo I: PHQ-2.....	83
Anexo II: EPSS.....	84
Anexo III: IDATE.....	86
Anexo IV: ASSIST.....	89
APÊNDICES.....	91
Apêndice I: Questionário Sociodemográfico e clínico.....	91
Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais	94
Apêndice IV: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	96

INTRODUÇÃO

A gestação caracteriza-se como um período de vida da mulher que precisa ser avaliado com especial atenção. Esse momento envolve inúmeras alterações no corpo e cotidiano da gestante, sejam elas físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres (dos Anjos et al., 2014; Brasil, 2010; Rennó Jr. et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), toda gestação traz em si mesma algum tipo de risco para a mãe ou para o feto, porém espera-se que esta etapa transcorra sem intercorrências, uma vez que é um processo natural, apesar das mudanças. No entanto, em alguns casos, o risco está aumentado, sendo assim, a gestação é incluída entre as chamadas gestações de alto risco. Desta forma, a vida da mãe e/ou do feto tem maiores chances de que algo atípico aconteça, colocando em risco a saúde da mulher e do feto (Caldeyro-Barcia et al., 1973). Apesar disso, para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), avaliar possíveis riscos durante a gestação pode ser um problema, tendo em vista que o conceito de risco está associado a probabilidades e, com isso, nem sempre está evidenciado. Compreende-se que o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido, portanto, existem diversos fatores de risco que podem desencadear um dano à saúde.

Daher e Baptista (1999) já associavam o termo “alto risco na gravidez” às noções de que fatores biológicos e/ou psicológicos poderiam interferir na saúde física da gestante e, por consequência, afetar o feto. Apesar disso, tal terminologia vista sob a ótica da saúde mental está mais voltada aos transtornos psicológicos que podem vir a afetar a mãe, como a depressão, ansiedade, pânico, psicose puerperal e outros. A compreensão do risco na gestação requer conhecimento da fisiologia obstétrica, bem como das condições sociodemográficas e das patologias que podem ocorrer na gravidez para que a sua conceituação esteja clara e objetiva.

Desta forma, para que seja possível estabelecer uma atenção integral à gestante, é necessário compreender as demandas de cuidados psicossociais dessas mulheres, rompendo com a ideia do modelo biomédico centrado na doença (Viviani, Gorayeb & Gorayeb, 2015; Silva et al., 2013; Brasil, 2010; Brasil, 2001). A assistência prestada às mulheres deve ser de qualidade, pois a taxa de mortalidade das gestantes é um problema não apenas para a sociedade, mas de saúde pública (Azevedo, Silvino & Ferreira, 2013). A abordagem precisa ser diferenciada por parte da equipe profissional a fim de reduzir possíveis complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Além disso, a família demanda atenção, uma vez que a situação de risco pode propiciar maior nível de ansiedade e medo (Brasil, 2001).

As gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo que possui necessidades específicas para que a evolução da gestação seja bem-sucedida. Os fatores de risco são divididos em quatro categorias, sendo elas: **características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas** (Gouveia & Lopes, 2004; Brasil, 2000). Apesar disso, Gomes, Cavalcanti, Marinho e da Silva (2001) e Maldonado (2017) revelam que a gravidez de alto risco, em geral, fica reduzida a fatores limitando-se aos aspectos fisiopatológicos, o que dificulta a percepção da mulher e do bebê enquanto sujeitos do ciclo gravídico. Desta forma, não se pode restringir a abordagem da gestante de risco estritamente ligada ao campo fisiológico, necessitando compreender a experiência da mulher enquanto vivência deste determinado momento. A importância desse estudo se deve ao fato de que, conhecendo o perfil psicossocial das gestantes, é possível atentar para fatores que podem influenciar no pós-parto, percebendo vulnerabilidades relacionadas à gravidez de risco, para que tais comorbidades possam ser identificadas, a fim de promover o bem-estar biopsicossocial das mulheres. Segundo Silva, Santos e Parada (2004) é importante estudar gestações de risco, pois estas estão associadas a maiores taxas de morbimortalidade materna e

perinatal. Uma vez identificadas algumas condições de risco, o tratamento, eliminação e/ou controle destes fatores podem diminuir seus efeitos negativos sobre a gestação. Além disso, a identificação dessas condições pode colaborar para que profissionais da saúde estejam mais atentos a sinais precoces de complicações e, com isso, iniciar o tratamento.

Diante deste contexto, a hipótese deste estudo é de que a gravidez de alto risco, por se tratar de um quadro clínico de extremo cuidado, pode estar associada também a aspectos psicossociais, especialmente a sintomas depressivos e ansiosos, uso de substâncias, bem como outras comorbidades. Portanto, considera-se relevante o estudo do tema para que se possa compreender a inter-relação desses aspectos.

CAPÍTULO 1: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Historicamente, em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), era caracterizada exclusivamente pela preocupação com o grupo materno-infantil e o cuidado relacionado a aspectos físicos. Em 1983, com a criação do PAISM, ocorreu um marco na abordagem dos cuidados com a saúde da mulher. As diretrizes gerais do Programa reviam, pela primeira vez, a necessidade de capacitação do sistema de saúde, com ênfase nas ações de controle das patologias, bem como o estabelecimento de uma nova postura do trabalho da equipe de saúde face ao conceito de integralidade do atendimento (Osis, 1998). Diante desses impactos positivos no cuidado à gestante, o Ministério da Saúde (MS) vem, nos últimos anos, assumindo como um de seus compromissos a promoção da maternidade segura (Cruz, Caminha & Filho, 2014). Corroborando com essa perspectiva, o Ministério da Saúde elaborou manuais para padronização do atendimento que, com o passar do tempo, seguem sendo aperfeiçoados de acordo com as considerações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2005).

Morte materna, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (1989), e mantida até o presente, é a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" p.11.

As mortes maternas são classificadas como obstétricas diretas ou indiretas, sendo a primeira resultante de complicações surgidas especificamente durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. Já a segunda está associada a doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma, como problemas circulatórios e respiratórios. (Brasil, 2012).

De acordo com os dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), observou-se redução de 43% das mortes relacionadas à gestação e ao parto entre 1990 e 2013, reconhecendo que há um progresso no tocante a essa temática. Apesar disso, o Brasil não conseguiu atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹ (WHO, 2015). Neste

¹ No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu representantes de 191 países, chefes de Estado e de governo, na reunião "Cúpula do Milênio da ONU". Nas discussões foram traçados oito "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)" pactuados até 2015. Reflexo da crescente preocupação com a sustentabilidade do planeta e com os graves problemas que afetavam a humanidade, a comunidade internacional estabeleceu objetivos dirigidos a áreas prioritárias para melhorar as condições de saúde, de educação, bem como eliminar a extrema pobreza nas nações. Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são: 1 – Acabar com a fome e miséria; 2 – Educação básica de qualidade para todos; 3 – Igualdade entre sexos e valorização da mulher; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde das gestantes; 6 – Combate a aids, malária e outras

sentido, a OMS reconhece que a chave para acabar com as mortes maternas passíveis de serem evitadas é o uso de estratégias, como a redução de desigualdades no acesso a serviços de saúde, garantindo uma cobertura universal de saúde. Além disso, é necessário identificar todas as causas da mortalidade materna e neonatal, fortalecer os sistemas de saúde para que consigam garantir os direitos da mulher e do bebê e, por fim, assegurar a responsabilidade de melhora dos cuidados (WHO, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) revela que, assim como a morte materna, houve uma importante redução da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas. Apesar disso, ainda existe um número expressivo de mortes que fazem parte da realidade social e sanitária do país. Ainda segundo o MS, parte dessas mortes ocorre por causas que poderiam ser evitadas na atenção pré-natal, no parto ou nas ações de saúde para o recém-nascido (Brasil, 2012).

Corroborando com o supracitado, a assistência pré-natal é indispensável para garantia de saúde materno-infantil. Ela fornece acompanhamento completo de todo período gravídico, assegurando o desenvolvimento saudável da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, bem como o fornecimento de abordagens educativas e preventivas. Além disso, o pré-natal possibilita abordagens psicossociais respaldadas por uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2012). Desta forma, os serviços de saúde devem fornecer permanente qualificação da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, com o objetivo primordial de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. Com isso, os profissionais envolvidos necessitam estar conscientes da importância de sua atuação, percebendo que o conhecimento técnico precisa estar aliado ao compromisso com a atenção.

Um estudo realizado no município de Juiz de Fora - MG revelou a existência de uma alta cobertura do pré-natal no município, contemplando 99,04% desta população. Entretanto,

doenças; 7 – Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e 8 – Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (Vieira, Gouveia, Wegner & Gerhardt, 2015).

somente 27,7% das gestantes fizeram o acompanhamento desde o primeiro trimestre. Além disso, os autores observaram uma variedade de modelos do cartão da gestante² e, apenas 29,4% correspondiam ao modelo mais atualizado. (Coutinho, Teixeira, Dain. Sayd & Coutinho, 2003). Os perigos do início tardio do acompanhamento pré-natal estão diretamente relacionados ao despreparo dos serviços de saúde em identificar e atender precocemente as gestantes, à falta de conscientização da população acerca da importância do acompanhamento pré-natal, bem como o comprometimento de diagnósticos precoces que, possivelmente, podem afetar diretamente a saúde da mulher e do bebê (de Carvalho & de Araújo, 2007).

A porta de entrada para o atendimento da mulher é a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). O atendimento é orientado pelos princípios da integralidade do cuidado, fornecendo um serviço em todo o decorrer da gestação e no pós-parto. As equipes de saúde são responsáveis pela sua área de abrangência e, com isso, devem estar atentas às mulheres em idade de fértil, bem como as que estão interessadas em engravidar a fim de que o atendimento seja o mais precoce possível. Após a confirmação da gravidez, é dado início ao pré-natal e a gestante é cadastrada no SisPreNatal³ bem como é feito o Cartão da Gestante² e a Ficha de Pré-Natal para documentar os procedimentos. O fluxograma a seguir retrata o

² Cartão da Gestante: instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência. Nele são registradas todas as informações sobre o estado de saúde da mãe, o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames. (Brasil, 2012; Unicef, 2011).

³ SisPreNatal: sistema na *web* cuja finalidade é cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web* (Brasil, 2012).

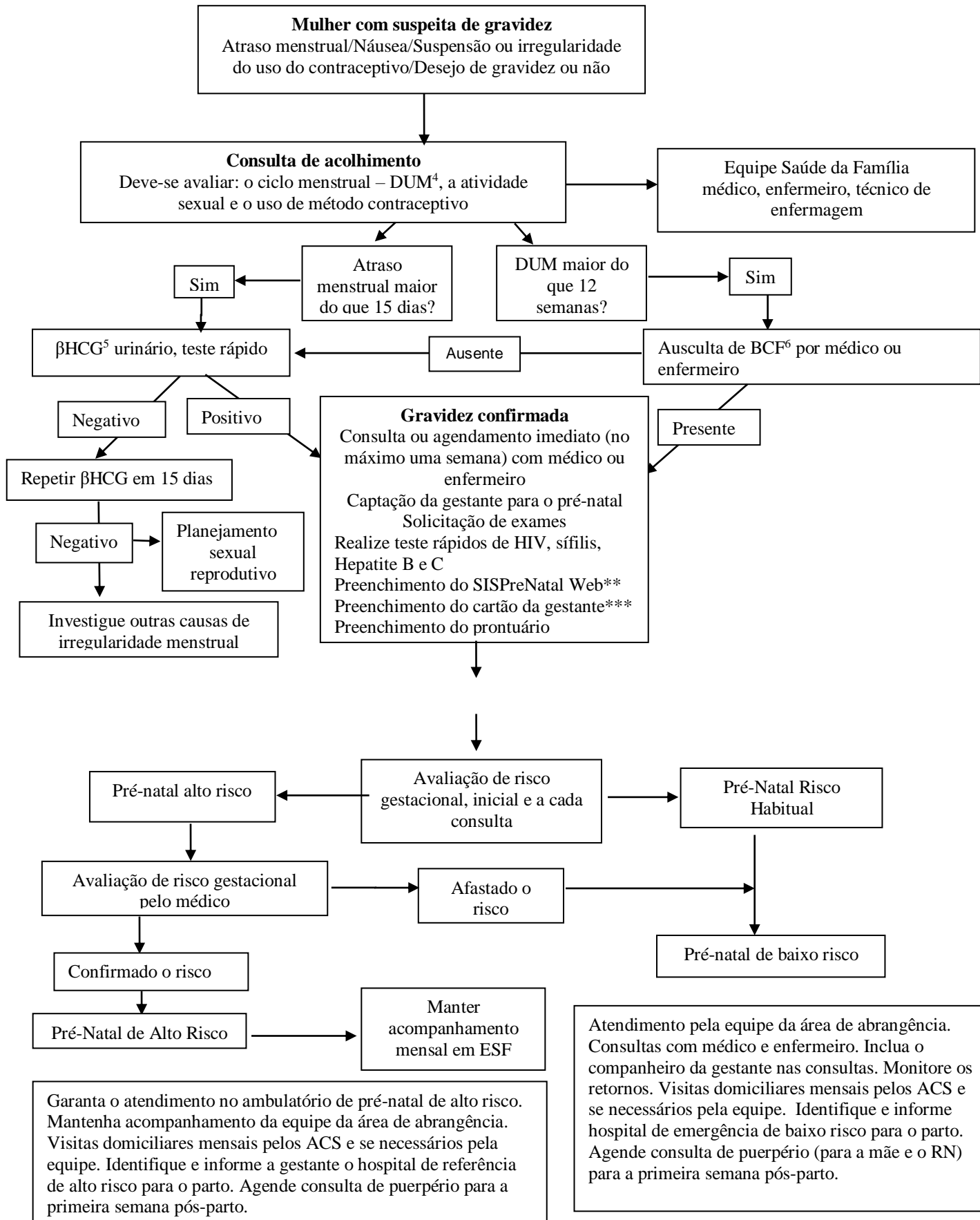
⁴DUM:data da última menstruação.

⁵ β HCG:Gonadotrofina coriônica humana.

⁶BCF: Batimento cardíaco fetal.

passo-a-passo do pré-natal, desde a suspeita da gestação até a tomada de decisão do atendimento a ser realizado.

Figura 1: Fluxograma do passo-a-passo do pré-natal.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

As características do pré-natal, sob uma primeira vista, apresentam um modelo completo, ético e humanizado, porém, esse sistema ainda possui falhas. Domingues et al. (2015) realizaram uma pesquisa que buscou verificar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil. Os resultados do estudo mostraram que, apesar de ter sido percebido um aumento da cobertura da assistência pré-natal no país, apenas um quinto das mulheres recebe cuidado adequado conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde. A revisão sistemática feita por Nunes, Gomes, Rodrigues e Mascarenhas (2016) corrobora com essa perspectiva. Os autores destacam que os fatores que contribuem para tal situação são a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados e as prescrições e orientações durante as consultas. Além disso, observaram queda significativa dos índices de adequação à assistência pré-natal. Frente a isto, os autores afirmam que a atenção pré-natal do Brasil da última década não pode ser considerada adequada, necessitando melhora significativa em diversos aspectos da assistência, principalmente com foco qualitativo.

CAPÍTULO 2: A GESTAÇÃO DE RISCO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS

Segundo Caldeyro-Barcia et al. (1973), a gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (p. 02). Objetiva-se identificar os fatores de risco gestacional para que se reduza a morbimortalidade materno-infantil. Sendo assim, é necessário que o reconhecimento desses aspectos ocorra o mais precocemente possível, exigindo agilidade no atendimento e competência profissional para definir a

necessidade de cuidado e a densidade tecnológica que deve ser oferecida às usuárias (Brasil, 2012). Apesar disso, a identificação deste risco não é feita por meio de um sistema de pontuação e tabelas que possam determinar o grau de risco envolvido, mas uma classificação de características capazes de apontar os riscos mais comuns encontrados na população que podem afetar diretamente a gestante, possibilitando que a equipe de saúde esteja atenta à possibilidade do surgimento de um fator complicador. (Brasil, 2010). A assistência pré-natal, frente ao exposto, pressupõe uma avaliação desses riscos para que a equipe esteja de prontidão para identificação e atuação nos casos que possam vir a ter um resultado indesejável. Desta forma, pode-se afirmar que a ausência e/ou abandono do controle pré-natal já é um fator de risco para a gestante.

Conforme o Ministério da Saúde (2010) explicita, existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional, sendo que alguns podem estar presentes antes da própria gravidez. Sendo assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva tenham acesso aos serviços de saúde, oportunizando que elas tenham orientações sobre planejamento familiar, bem como o aconselhamento pré-concepcional. Dispondo de todas as informações necessárias, a mulher – em especial aquelas que estão em situações de vulnerabilidade – tem ciência das melhores condições para engravidar. A divisão dos fatores de risco para gestação se dá por: 1) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; 2) História reprodutiva anterior; 3) Condições clínicas preexistentes, dispostos na tabela abaixo:

Tabela 1: Divisão dos fatores de risco gestacional segundo o Ministério da Saúde (adaptada) (Brasil, 2012; Brasil, 2010).

Fatores individuais e sociodemográficos e Idade maior que 35 anos;

Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
Altura menor que 1,45m;
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
Situação conjugal insegura/ Conflitos familiares;
Baixa escolaridade;
Condições ambientais desfavoráveis;
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
Hábitos de vida – fumo e álcool;
Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário;
Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

Históricos reprodutivo

Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada;
História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
Parto pré-termo anterior;
Esterilidade/infertilidade;
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
Nuliparidade e grande multiparidade;
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
Diabetes gestacional;
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas/mais cesáreas anteriores).

Nota:*A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado a aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal.

Os aspectos apresentados na Tabela 1 caracterizam uma situação de risco, porém não há necessidade de acompanhamento em pré-natal de alto risco. Além desses fatores, o Ministério da Saúde (2012) aponta fatores de risco que podem acometer a gestante, transformando a situação em alto risco (Tabela 2). Tais comorbidades exigem acompanhamento pré-natal de alto risco e/ou encaminhamento para urgência e emergência obstétrica.

Tabela 2: Fatores de alto risco gestacional segundo o Ministério da Saúde (adaptada). (Brasil, 2012; Brasil, 2010).

**Exposição indevida ou
acidental a fatores
teratogênicos***

Condições preexistentes	clínicas	Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias. Doenças psiquiátricas que necessitam acompanhamento Alterações genéticas maternas Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
Doença obstétrica gravidez atual	na	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Insuficiência istmo-cervical; Alo imunização; Óbito fetal; Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento; Desnutrição severa.
Intercorrências clínicas		Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Nota: *Fatores teratogênicos: Qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência, que estado presente durante a vida embrionária ou fetal, produz alteração na estrutura ou função da descendência.

Frente aos fatores expostos, é importante que as equipes de saúde diretamente ligadas ao pré-natal estejam preparadas para receber gestantes que possuem alguma dessas características identificadas. Desta forma, é necessário prestar atendimento adequado, fazendo encaminhamentos aos serviços especializados – seja ele o pré-natal de alto risco ou de urgência e emergência obstétrica - de tal maneira que, durante todo o processo, a mulher reconheça a relevância de manter e fortalecer o vínculo com a equipe de saúde. (Brasil, 2012; Brasil, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) orienta a equipe de saúde a seguir critérios no que se refere às pacientes cuja gravidez seja de alto risco. São eles:

- a) **Avaliação clínica:** Deve ser completa a fim de permitir adequado estabelecimento das condições clínicas da mulher, bem como o reconhecimento e atenção aos agravos que possam vir a estar presentes por meio de uma história clínica detalhada, além da avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais.
- b) **Avaliação obstétrica:** Iniciada pelo estabelecimento da idade gestacional para correto acompanhamento da evolução da gravidez, além de análises e interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino).
- c) **Repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez:**
Fundamental para conhecer a fisiologia da gravidez, pois sem essas informações não é possível avaliar a vigência de algum agravo. Essas necessidades exigem uma equipe multiprofissional capacitada para atender às demandas da gestante.
- d) **Parto:** Determinar não só a via de parto, como também o momento ideal para este evento. Nas gestações de alto risco é decidido de acordo com cada caso, esclarecendo à gestante e sua família informações completas e de uma maneira que lhes seja compreensível, quanto às opções e os riscos a elas inerentes, sendo que deve ser garantida a sua participação no processo decisório. A indicação da via do parto é feita

pelo profissional que for assistir ao parto, mas salienta-se que nem sempre a cesárea é a única opção.

- e) **Aspectos emocionais e psicossociais:** Evidencia-se a relevância de uma equipe multidisciplinar, constituída por especialistas de diversas áreas, tais como Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, sendo o trabalho planejado e articulado pelos profissionais.

Já em 1986, Ziegel e Cranley reconheciam que os fenômenos emocionais tanto influenciam como são influenciados pelas alterações fisiológicas, ocorrendo simultaneamente. A única possibilidade de compreender a mulher em sua totalidade seria por meio do exame dos fatores fisiológicos, patológicos e psicológicos da gestação. Do ponto de vista dos aspectos emocionais e psicossociais, eles são considerados quase esquecidos, por receio ou desconhecimento, porém, a gravidez de alto risco apresenta desafios tanto ligados aos componentes orgânicos, como do ponto de vista emocional. Essa desvalorização pode estar ligada à crença de que a gestação é um período de alegrias e realizações, ignorando a noção de que a gestante pode experimentar tristeza e ansiedade nesse período (Brasil, 2010; Pereira & Lovisi, 2007).

Segundo Schetter e Tanner (2012), a psiquiatria e outras profissões relacionadas estão se preocupando cada vez mais com mulheres que vivenciam sintomas ansiogênicos e depressivos durante a gestação, bem como nos meses posteriores ao nascimento. Conforme as autoras apontaram, a literatura corrobora com essa perspectiva, revelando a relação entre fatores psicossociais e a gestação de risco (Apêndice II). Frente a isto, autores indicam a prevalência da depressão durante a gestação (de Jesus Silva, Carvalho Leite, Nogueira & Clapis, 2016; Connelly, Baker-Ericzen, Hazen, Landsverk & Horwitz, 2010, Pereira & Lovisi, 2007; Baptista, Baptista & Torres, 2006) e alertam para a possibilidade de os sintomas depressivos incapacitarem a gestante na tomada de decisões sobre os cuidados com

sua própria saúde e com a do feto, bem como prejudicar o acompanhamento pré-natal. (Baptista, Baptista & Oliveira, 2004). Além da depressão, outro fator prevalente na gestação é a ansiedade. (Schetter & Tanner, 2012; Baptista, Baptista & Torres, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (2010), na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação são maiores, tendo em vista que a situação da gravidez já é rotulada como “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais”.

O uso de substâncias também é considerado pelo Ministério da Saúde (2010) como fator de risco. A literatura tem demonstrado que existem diferenças significativas entre gestantes que fazem uso de algum tipo de substância com as que não consumiram, relatando consequências para a saúde da mulher e do feto (Kiblawi et al., 2013; El-Mohandes, Kiely, Blake, Gantz, & El-Khorazaty, 2010; Eiden et al., 2009). Frente a isso, o suporte social é considerado um fator de proteção durante o período gestacional, reduzindo a possibilidade de elementos psicossociais intervirem na saúde mental da grávida. (Konradt et al., 2010; Baptista, Baptista & Torres, 2006).

A conscientização da grávida acerca de sua doença deve ser realizada com cuidado, pois a mulher que estiver afastada do suporte familiar vivencia conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia tanto sobre si quanto sobre a gravidez, sendo que tais situações podem gerar consequências inoportunas para a saúde mental da gestante. Além disso, a equipe de saúde deve considerar o contexto emocional que essa mulher está inserida. No grupo familiar, o parceiro possui papel importante e suas reações podem se manifestar por meio de apoio e companheirismo ou sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa e outros. (Brasil, 2010).

O que se percebe, porém, a partir da revisão realizada na literatura, é o destaque para uma atenção mais direcionada a influência dos fatores psicossociais no período posterior à gestação, como a depressão pós-parto, a influência da ansiedade e do uso de substâncias na

amamentação. Entretanto, é preciso destacar a importância destes fatores durante o período da gestação, uma vez que podem ser preditores de comportamentos e condições posteriores.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Determinar os aspectos psicossociais, tais como a depressão, ansiedade, uso/abuso de substâncias e apoio social, que possam estar ligados à gravidez de alto risco.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes.
- Identificar vulnerabilidades na gestação, no que diz respeito às comorbidades associadas à gravidez de risco
- Apresentar dados sobre o perfil psicológico e de apoio social das gestantes que frequentam o HMTJ.
- Explorar as propriedades psicométricas dos instrumentos IDATE, ASSIST e EPSS, a fim de identificar se são capazes de medir adequadamente a população de gestantes de risco, bem como identificar se são candidatos a uso em larga escala no futuro.

PERCURSO METODOLÓGICO

Participantes

A população alvo foi formada por mulheres no período gestacional que estavam internadas no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), menores ou maiores de 18 anos de idade e cuja gravidez oferecesse quaisquer riscos à mãe e/ou ao bebê, ou seja, caracterizada por gestação de risco. A amostra foi por conveniência, contemplando 74 gestantes.

Inicialmente foi feito contato com o HMTJ a fim de identificação do fluxo de pacientes no local. Com isso, percebeu-se que cerca de cinco gestantes de alto risco são internadas por semana. Diante disso, a referida análise permitiu verificar que, no período de coleta de dados, estariam disponíveis cerca de 30 a 40 gestantes.

Apesar disso, optou-se por estender o prazo da coleta de dados, tendo em vista que havia tempo hábil disponível. Desta forma, chegou-se ao total de 74 participantes.

Critérios de inclusão e não inclusão:

1. Os critérios de inclusão foram: a) mulheres cuja gestação estivesse caracterizada como alto risco; b) ser paciente do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ).
2. Os critérios de não inclusão foram: a) pacientes internadas cuja gestação já havia sido interrompida b) não possuir, no ato da entrevista, condições físicas e cognitivas para responder as perguntas.

Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, com caráter exploratório, cuja amostragem de conveniência foi composta por gestantes enquadradas no perfil de risco em um hospital-maternidade do município de Juiz de Fora/MG.

Descrição do local de coleta de dados:

O Hospital de Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) ⁴presta assistência à saúde em diversas especialidades como hospital geral. É fruto de uma associação civil de fins beneficentes e não lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, regulada, quanto a criação e funcionamento, pelo Código Civil. Além disso, possui parceria firmada com a FCMS/JF – Suprema desde 2005, constituída como um convênio de cooperação mútua, em processo de

⁴ Os dados acerca do HMTJ foram extraídos do site <http://www.hmtj.org.br/o-hospital/apresentacao/apresentacao.php>

cogestão. Neste mesmo ano, firmou contrato com a Prefeitura de Juiz de Fora (Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS, com base nas Portarias nº 1.721/2005 e nº 635/2005), para disponibilização de novos leitos de UTI Adulto e Enfermaria nas especialidades de ortopedia, cardiopediatria, além das demais já existentes no Hospital, cumprindo metas de atendimento para assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011 o HMTJ foi incluído no projeto 100% SUS Juiz de Fora, em convênio firmado com a Prefeitura de Juiz de Fora e a Secretaria de Estado de Saúde.

Atualmente o HMTJ conta com 160 leitos ativos, sendo 30 de UTI Tipo II: 20 Adultos, 08 Neonatais e 02 Pediátricos. Além disso, possui 8 salas de cirurgia e 42 consultórios para atendimento aos usuários do SUS. Possui credenciamento pelo Ministério da Saúde para atendimento em alta complexidade em Cirurgia Bariátrica e também realiza atendimento às gestantes de alto risco provenientes da macrorregião, bem como atendimento de crianças e adultos de todo o país para cirurgias cardíacas e procedimentos de Hemodinâmica.

Descrição dos instrumentos utilizados:

É sabido que na condição gestacional uma série de fatores são colocados à prova, tendo em vista as inúmeras mudanças na vida da mulher, sejam elas relacionadas ao meio social ou a aspectos da condição de saúde física e mental. (dos Anjos et al., 2014; Brasil, 2010; Rennó Jr. et al., 2006, Ziegel & Cranley, 1986). Neste sentido, optou-se por instrumentos que pudessem identificar questões da saúde mental, tais como a ansiedade e a depressão, aspectos relacionados ao apoio social, uso/abuso de substâncias e características clínicas e sociodemográficas das gestantes. São eles:

1. Patient Health Questionnaire two itens, PHQ-2:

Para indicar sintomas depressivos foi utilizado o instrumento Questionário de Saúde Geral do Paciente (*Patient Health Questionnaire two itens*, PHQ-2), que afere as frequências de humor nas duas últimas semanas. É uma versão breve do *Patient Health Questionnaire Depression Module* (PHQ-9), baseado nos critérios da DSM-IV para o distúrbio depressivo maior. O PHQ-2 possui duas questões, elaboradas no formato de escala do tipo Likert, que pretendem avaliar a anedonia (“pouco interesse ou prazer em fazer as coisas”) e frequência de humor deprimido (“se sentindo mais triste, deprimido ou sem esperança”) nas últimas duas semanas. Em cada uma das questões, a entrevistada escolhe uma das quatro respostas disponíveis (nenhuma vez; por vários dias; por mais de uma semana; quase todos os dias), com um escore de 0 a 3 pontos. A pontuação total varia de 0 a 6 pontos; quanto maior o escore maior a severidade dos sintomas depressivos. O questionário possui propriedades psicométricas adequadas para o rastreio de transtornos depressivos. Apresenta sensibilidade e especificidade ajustadas no ponto de corte 03 (três) (De Lima et al., 2009; Spitzer, 1999).

(ANEXO I)

2. Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS):

A fim de avaliar o suporte social das participantes, foi utilizada a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Ela relata a frequência com que é percebida a disponibilidade de oferta de suporte emocional, instrumental e informacional de pessoas integrantes de sua rede social, ou seja, ela objetiva avaliar a satisfação com o suporte social recebido, incluindo a satisfação com amigos e família, intimidade e atividades sociais, possuindo 29 itens com respostas tipo Likert de quatro pontos (Ribeiro, 2002). Suas cargas fatoriais são consideradas importantes (maiores que 0,35, positivas ou negativas) em apenas um fator, e os itens formaram dois fatores altamente precisos (alfas superiores a 0,90) e teoricamente

consistentes, tendo em vista que o primeiro fator possibilita avaliar suporte prático e o segundo fator permite mensurar suporte emocional. (Siqueira, 2008). (ANEXO II)

3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):

Além disso, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) a fim de avaliar a ansiedade, instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados ao tema (Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz, & Landeira-Fernandez, 2006). O IDATE é considerado, entre os instrumentos que avaliam a ansiedade, padrão-ouro. Sua estrutura compreende duas escalas paralelas, avaliando as ansiedades traço (IDATE-T) e estado (IDATE-E). Cada uma é composta por 20 questões de múltipla escolha, elaborados em escala do tipo Likert cujos escores variam de “quase nunca” a “quase sempre”. O escore total varia de 20 a 80 em cada. Esse instrumento é considerado prático e de fácil aplicação, podendo ser utilizado em contextos clínicos e de pesquisa (Kaipper, 2008). Oliveira e Sisto (2004) afirmaram que, durante suas investigações, o IDATE era o instrumento mais comumente utilizado nas pesquisas epidemiológicas. Tal dado corrobora com a revisão sistemática sobre ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer, realizada por Araújo, Pereira e Kac (2007), revelando a utilização desse instrumento em gestantes. (ANEXO III)

4. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST):

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) é um questionário desenvolvido e validado pela Organização Mundial da Saúde como um instrumento de detecção precoce do envolvimento de risco ou abuso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas (WHO, 2002). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado, apresentando boa sensibilidade (variando de 84% a 91%) e boa especificidade (de 79% a 98%) na detecção de uso abusivo/dependência de álcool, maconha e cocaína. A confiabilidade do instrumento também foi considerada boa (alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81

para cocaína), assim como seus valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%) (Henrique et al., 2004). O ASSIST contém oito questões estruturadas acerca do uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável, respectivamente. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência. Para o álcool essas faixas são um pouco diferentes, sendo de 0 a 10 como indicativa de uso ocasional, de 11 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência. (ANEXO IV)

5. Questionário sociodemográfico e clínico:

Além dos instrumentos já citados, foi realizada entrevista contendo dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados, baseado no Censo 2010 (IBGE, 2010) e no Manual Técnico de Geração de Alto Risco (Brasil, 2000). As variáveis analisadas foram idade, estado civil, cor/raça, filhos, escolaridade, profissão, renda, situação de moradia, existência de doença crônica, se já realizou cesárea (se sim, quantas), histórico de aborto, motivo da internação, características clínicas e a percepção da gestante acerca da possibilidade de algum outro motivo – além da internação - que possa ter aumentado o risco gestacional. Tal questão visou contemplar lacunas dos instrumentos e observar a prevalência de outras situações de risco. (APÊNDICE I)

6. Propostas de soluções locais para superação das limitações dos instrumentos

O presente trabalho não só procurou investigar a amostra, mas elencar possíveis variáveis. Para isso, foi feito um uso exploratório dos próprios instrumentos utilizados na coleta de dados a fim de identificar se eles foram capazes de medir adequadamente a população de gestantes de risco. Além disso, foi averiguado se os instrumentos mantinham suas propriedades psicométricas (dimensões) e se seriam candidatos a uso em larga escala no futuro.

Sendo assim, observou-se que os instrumentos utilizados na pesquisa têm muita contribuição, porém ainda há um caminho a ser percorrido para que sejam consolidados, tendo em vista que não possuem chave de correção, interpretação dos níveis da escala (para que seja possível definir, posteriormente, o ponto de corte). Apesar disso, é importante que tais instrumentos sejam aplicados para que sejam investigados e possam evidenciar suas propriedades psicométricas em diferentes populações. Os testes são promissores, pois as escalas conseguem avaliar profundamente seus objetivos – como será demonstrado posteriormente. Ou seja, há uma riqueza de informações que, apesar das limitações e possíveis críticas à escala, necessitam ser investigadas.

Nos trabalhos em que se opta por instrumentos em desenvolvimento, é necessário que a população seja única, a fim de manter a comparabilidade. Um estudo que incluísse ambos objetivos não poderia, por lógica, ser um trabalho em tão larga escala devido aos riscos de prejuízo amostral (Finkel, 1995). Neste sentido, investigou-se os seguintes instrumentos:

EPSS: A escala foi originalmente medida por Rodrigues e Cohen (1998). Siqueira (2008) utiliza uma estrutura sub-ótima, a fim de se confirmar a estrutura fatorial original, entretanto, por limitação de modelagem, conseguiu recuperar apenas dois fatores do modelo originalmente proposto. Foi observada a existência de dois fatores consistentes que

explicaram 47,33% da variância total, tendo o fator 1 reunido 19 itens que condizem a suporte prático com alfa de Cronbach de 0,91, enquanto o fator 2 reuniu 10 itens de suporte emocional com alfa de Cronbach de 0,92. Frente a isso, tornou-se necessário fazer nova análise devido a não confirmação da estrutura e pela não publicação da chave de correção. Portanto, no presente trabalho foi realizada uma análise de dimensionalidade mais adequada à apresentação dos dados.

A Análise Fatorial, segundo Pasquali (2009), é considerada uma das principais no quesito validação de instrumentos psicológicos. Segundo Johnson e Wichern (1992), na Análise Fatorial, a variância, que é a medida de variabilidade observada para as diferentes respostas de determinada afirmativa, pode ser decomposta em uma parte comum e, portanto, compartilhada com as respostas de outras assertivas, para que seja explicada teoricamente fatores da análise, ou em uma parte específica, aquela que é exclusiva à assertiva e não pode ser explicada exclusivamente pelos fatores.

Diante do modelo construído, pode-se definir o número de fatores necessários para explicar as correlações observadas e, com isso, identificar o grau de explicação que esse modelo obtém. Além disso, pode-se observar quais as assertivas mais fortemente correlacionadas com cada fator identificado. Essas assertivas, por sua vez, podem ser utilizadas com o objetivo de interpretar e identificar os fatores presentes que possibilitam a construção teórica do *constructo* (Soares, Fernandes, Ferraz & Riani, 2010).

No caso da EPSS, apesar dos avanços nos estudos das dimensionalidades da escala, ainda não havia sido estabelecida uma chave de correção para a escala. O mero uso de um somatório como proposta primeira de correção é limitado e não evidencia profundamente as propriedades psicométricas do instrumento. Tendo em vista o número de questões por dimensão e pelo fato da escala ser multidimensional, não é possível realizar interpretação dos

níveis dos escores nas condições dessa pesquisa, levando em consideração as condições da pesquisa.

ASSIST: Apesar da escala já possuir faixas de escore que indicam se há necessidade de intervenção aos participantes, buscou-se construir um indicador geral dos usos de substâncias para cada uma das dez drogas citadas no instrumento. Neste sentido, tornou-se possível relacionar de maneira mais direta a tendência ao uso/abuso de drogas as demais variáveis investigadas na pesquisa. Desta forma, a análise fatorial foi capaz de identificar a existência dessa dimensão geral, bem como reconhecer a possibilidade da construção de uma medida síntese a ser usada em cruzamentos posteriores (Chalmers, 2012).

IDATE: O Modelo de Crédito Parcial Generalizado, formulado por Muraki (1997), pertencente à família dos modelos para as respostas politômicas graduais, é apropriadamente utilizado para a modelagem de itens aos quais a resposta esteja relacionada a algum tipo de escala gradual, ou seja, o respondente ganharia mais crédito na medida em que a resposta dada para os itens fosse se aproximando da completa (Soares, Fernandes, Ferraz & Riani, 2010).

Frente a isso, tal modelo foi empregado para análise das propriedades psicométricas do IDATE, tendo em vista que ele possui características que são capazes de ser contempladas a partir da escolha desse modelo de análise, tais como: ausência de chave de correção e número de itens do instrumento, possibilidade a interpretação dos seus diversos níveis de escore, sendo o mais adequado para aferir as informações necessárias. O uso da análise fatorial, nesse caso, não seria ideal devido ao número elevado de assertivas, dificultando a análise das dimensões nessas condições de pesquisa.

Procedimentos:

A primeira etapa da pesquisa foi caracterizada pela elaboração de uma revisão sistemática da bibliografia, a fim de investigar a temática, averiguando a existência de

publicações similares e que pudessem colaborar na estruturação da dissertação. Tal análise concretizou-se em um artigo científico a ser publicado (APÊNDICE II) e duas apresentações orais em congressos (APÊNDICE III).

Concomitante à revisão sistemática da literatura, foi feita uma sondagem acerca dos locais em que a pesquisa poderia ser realizada e, por fim, constatou-se que o HMTJ era o centro de referência no atendimento de gestações de alto risco no município. Desta forma, foi feito contato com a coordenação do local para averiguar a possibilidade de realização da pesquisa e, frente ao aval do HMTJ, observou-se que a melhor forma de inserção no campo seria por meio da aplicação dos instrumentos pela pesquisadora, sendo o local da coleta de dados o próprio hospital, mais especificamente o leito de internação das pacientes.

Como critério para dar início à coleta dos dados, duas psicólogas foram treinadas pela pesquisadora para estarem aptas a realizar as entrevistas. Frente a isso, as aplicações dos questionários foram realizadas na instituição, com o consentimento do profissional responsável pelo atendimento das pacientes, individualmente, e por meio de entrevista no período de fevereiro a junho de 2017. A aplicação foi única, com auxílio das pesquisadoras para o preenchimento dos instrumentos, seguindo a seguinte ordem na aplicação: IDATE, ASSIST, EPSS, PHQ2 e o questionário sociodemográfico e clínico.

Aspectos éticos:

A pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética (CEP) e aprovada sob parecer nº 1.671.656 e CAAE nº 56056616.0.0000.5147 (ANEXO V). As participantes foram informadas dos objetivos do estudo e, havendo concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE III), seguindo-se os preceitos da Resolução nº 466/2012. Participantes com idade inferior a 18 anos necessitaram do consentimento do responsável (APÊNDICE IV), bem como o preenchimento do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (APÊNDICE V) específico. Foi esclarecido às participantes que a

qualquer momento elas podiam se retirar da pesquisa - sem que isto causasse qualquer dano ou ônus -, bem como sua proteção ao sigilo, preservação de qualquer constrangimento decorrente do estudo e a prevenção de qualquer risco que possa ser gerado. A pesquisa envolveu riscos mínimos, tendo em vista que a aplicação de inventários que envolvem questões que podem estar relacionadas à saúde psicológica, porém, caso fosse observada qualquer demanda por parte da entrevistada, esta seria encaminhada pelos pesquisadores para acompanhamento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora (CPA/UFJF). As participantes foram informadas sobre os benefícios do estudo, que inclui o conhecimento de aspectos relacionados à saúde da paciente, podendo promover o bem-estar da gestante no pós-parto.

Metodologia de análise dos dados:

7. Etapas

Para a análise estatística, foi construído um banco de dados pela tabulação e codificação dos dados que foram analisados pelo software R versão 3.3.0 (R Development Core Team, 2011), estabelecendo a frequência de cada variável na amostra levantada.

Para realizar a montagem do banco de dados, foi necessário proceder às seguintes etapas: determinação da correspondência entre os dados e a variável; codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação do banco de dados e análise estatística.

Após a construção do banco de dados e organização das variáveis, duas pesquisadoras conferiram a digitação dos dados a fim de garantir maior confiabilidade dos resultados. Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das variáveis de interesse, anteriormente citadas, analisando média, desvio padrão e mediana. Em seguida foram feitas análises de dimensionalidade e de interpretação das escalas utilizadas na pesquisa, tendo em vista as limitações dos instrumentos. Por fim, foram calculadas as correlações através dos coeficientes de correlação

de Pearson e Spearman. A fim de se testar a diferença entre a tendência central de amostras independentes foram utilizados o Teste t de Student, a Prova Mann-Whitney ou a prova de Kruskal-Wallis, conforme a característica da distribuição variáveis. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas e clínicas das gestantes

Conforme exposto, a amostra foi composta por 74 gestantes internadas no HMTJ. Destas, observou-se maior prevalência de mulheres solteiras, representando 39,2% da amostra, 47,3% relataram serem evangélicas, 39,2% possuíam ensino médio completo e 37,8% consideram-se pretas. No que se refere à renda, as categorias mais mencionadas foram “nenhuma” e salário “entre 1 e 2”, representando, cada uma, 40,5% da amostra. Além disso, quando perguntado acerca do número de filhos já nascidos e vivos, constatou-se que 51,4% das gestantes já possuíam filhos. Os dados completos acerca da caracterização sociodemográfica dessas mulheres podem ser vistos na Tabela 3.

Tabela 3: Características sociodemográficas das gestantes.

Variável	Categoria	N/ \bar{X}	%
Idade		25,66	
Estado civil	Solteira	29	39,2
	Casada	20	27,0
	Divorciada	1	1,4
	União estável	24	32,4
Religião	Católica	26	35,1
	Espírita	3	4,1
	Evangélica	35	47,3
	Testemunha de Jeová	1	1,4
	Sem religião	8	10,8

	Outra	1	1,4
Escolaridade	Analfabeta/3ª série	1	1,4
	4ª Série	3	4,1
	Fundamental completo	11	14,9
	Médio incompleto	21	28,4
	Médio completo	29	39,2
	Superior incompleto	4	5,4
	Superior completo	5	6,8
Renda	Nenhuma	30	40,5
	Menor que 1 salário	10	13,5
	Entre 1 e 2 salários	30	40,5
	Entre 2 e 6 salários	4	5,4
Cor	Branca	20	27,0
	Preta	28	37,8
	Parda	23	31,1
	Amarela	2	2,7
	Indígena	1	1,4
Filhos	Sim	38	51,4
	Não	36	48,6
Total		74	100

Fonte: A autora.

Além dos aspectos sociodemográficos, foram investigadas algumas características clínicas das gestantes, tais como o tempo de gestação e algumas patologias. Neste sentido, observou-se predominância de gestantes no terceiro trimestre (54,1%), com média de 26,4 semanas e maior prevalência de quadros infecciosos (47,3%). No que se refere aos dados clínicos, os valores descritivos de todos os aspectos podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4: Dados clínicos das gestantes.

Variável	Categoria	N/\bar{X}	%/\pmDP
Tempo gestacional (semanas)		26,41	9,478

Trimestre	Primeiro	12	16,2
	Segundo	22	29,7
	Terceiro	40	54,1
Cesárea		21	28,4
	Uma	16	21,6
	Duas	5	6,8
Aborto	Sim	19	25,7
	Não	55	74,3
Doença crônica		8	10,8
Doenças infecciosas		36	47,3
Hipertensão		23	31,1
Nefropatias		14	18,9
Hemopatias		11	14,9
Endocrinopatias		8	10,8
Pneumopatias		7	9,5
Epilepsia		3	4,1
Neoplasias		2	2,7
Cardiopatias		1	1,4
Doenças autoimunes		1	1,4
Ginecopatias		1	1,4

Fonte: A autora.

Ainda no que se refere aos aspectos clínicos, na Tabela 5 observa-se os motivos pelos quais as gestantes foram internadas, classificados de acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (Brasil, 2010). Já a Tabela 7 expõe a percepção que as gestantes possuíam acerca dos motivos pelos quais poderiam ter aumentado o risco gestacional, favorecendo sua internação.

Tabela 5: Classificação dos motivos da internação das gestantes.

Variáveis	N	%
Exposição teratogênicos	1	1,4

Doença obstétrica atual	28	37,8
Intercorrências clínicas	45	60,8
Total	74	100

Fonte: A autora.

Dentre os dados clínicos investigados, buscou-se identificar o motivo pelo qual a gestante estava internada. Os resultados revelaram 105 ocorrências de motivos, sendo esses divididos em 43 classes. Apesar disso, três causas de internação corresponderam a 42,9% da amostra, sendo elas: infecção urinária, hipertensão arterial e trabalho de parto prematuro. A infecção urinária, conforme aponta Rezende (2014), é uma das complicações gestacionais mais comuns. No estudo realizado por Costa et al. (2016) acerca do perfil epidemiológico de gestantes de alto risco em um município no Paraná, 14,8% das gestantes entrevistadas estavam internadas devido à infecções no trato urinário, valor semelhante ao identificado na presente pesquisa (18,1%). Ainda acerca do estudo de Costa et al. (20016) o maior índice de doença prevalente foi o de hipertensão arterial, representando 24,6% da amostra, sendo o segundo motivo mais recorrente na presente pesquisa (15,2%). Neste sentido, observa-se resultados semelhantes aos encontrados em outra localidade.

Em uma perspectiva mais ampla, considerando as oitos razões da internação mais citadas pelas gestantes, percebe-se correspondência com 61,9% da amostra, constatando que poucas ocorrências representaram maior parte da amostra. Além disso, observou-se que 69% das entrevistadas alegaram apenas um motivo de internação. Frente ao exposto, verificou-se que a amostra é heterogênea, tendo em vista que existe ampla variedade de diagnósticos. Porém, cabe evidenciar o destaque de um grupo de oito classes de motivos em detrimento das seguintes, cuja frequência não ultrapassou duas gestantes.

Tabela 6: Listagem dos motivos da internação das gestantes.

Variáveis	N	%	% cumulativa
------------------	----------	----------	---------------------

Infecção urinária	19	18,1	18,1
Hipertensão arterial	16	15,2	33,3
Trabalho de parto prematuro	10	9,5	42,9
Sangramento vaginal	6	5,7	48,6
Pré-eclâmpsia	4	3,8	52,4
Hiperemese gravídica	4	3,8	56,2
Trombose	3	2,9	59,0
Infecção renal	3	2,9	61,9
Febre alta	2	1,9	63,8
Infecção	2	1,9	65,7
Falta de ar	2	1,9	67,6
Falta de apetite	2	1,9	69,5
Pedra nos rins	2	1,9	71,4
Contração	1	1,0	72,4
Desidratação	1	1,0	73,3
Gravidez ectópica	1	1,0	74,3
Sinusite	1	1,0	75,2
Infecção mamária	1	1,0	76,2
Inchaço corporal	1	1,0	77,1
Pedra na vesícula	1	1,0	78,1
Bactéria estomacal	1	1,0	79,0
Gastrite	1	1,0	80,0
Anemia	1	1,0	81,0
HPV	1	1,0	81,9
Deficiência de vitaminas	1	1,0	82,9
Herpes	1	1,0	83,8
Baixo peso do bebê	1	1,0	84,8
Vômitos	1	1,0	85,7
Dor estomacal	1	1,0	86,7
Infecção pulmonar	1	1,0	87,6
Pneumonia	1	1,0	88,6

Violência doméstica	1	1,0	89,5
Placenta baixa	1	1,0	90,5
Paralisia facial	1	1,0	91,4
Diabetes gestacional	1	1,0	92,4
Sífilis	1	1,0	93,3
Epilepsia	1	1,0	94,3
Pouco desenvolvimento fetal	1	1,0	95,2
Alteração nos níveis de glicose	1	1,0	96,2
Ameaça de abortamento	1	1,0	97,1
Incompetência istmo-cervical	1	1,0	98,1
Obstrução do fígado	1	1,0	99,0
Mioma no colo do útero	1	1,0	100,0
Total	105	100,0	

Fonte: A autora.

No que concerne à percepção das gestantes sobre possíveis motivos que possam vir a ter aumentado o risco gestacional, chegou-se a um total de 60 ocorrências. Neste sentido, Esper e Furtado (2010) realizaram um estudo avaliando o estresse em gestantes em uma maternidade pública no município de Ribeirão Preto/SP. Ao dividir em categorias de fatores estressantes, a saúde foi citada com maior frequência (99,1%), seguidos dos eventos da categoria família e sociedade (51,0%), relações conjugais (48,6%), finanças (42,1%), trabalho (34,3%), migração (32,7%), reação de luto ou perda (31,4%), educação (25,4%), aspectos legais (12,9%) e namoro e casamento (4,9%). Comparando ao encontrado na presente pesquisa, é possível perceber semelhanças, como o “Estresse”, “Ansiedade”, “Uso de medicação”, “Procedimento Médico” e “Queda” representaram 55% das preocupações quanto ao risco. Assim como no caso do motivo da internação, observa-se que poucos aspectos contemplaram maior parte da amostra.

Tabela 7: Listagem dos motivos que as mulheres acreditavam que contribuíram para aumento do risco gestacional.

Variáveis	N	%	% Cumulativa
Estresse	17	28,3	28,3
Ansiedade	6	10,0	38,3
Uso de medicação	4	6,7	45,0
Procedimento médico	3	5,0	50,0
Queda	3	5,0	55,0
Diabetes	2	3,3	58,3
Falecimento de familiar	2	3,3	61,7
Uso de substâncias	2	3,3	65,0
Violência doméstica	2	3,3	68,3
Aborrecimentos	1	1,7	70,0
Alteração na tireoide	1	1,7	71,7
Anemia	1	1,7	73,3
Angústia	1	1,7	75,0
Contrações	1	1,7	76,7
Convulsão	1	1,7	78,3
Depressão	1	1,7	80,0
Desânimo	1	1,7	81,7
Desejo de abortar	1	1,7	83,3
Dores na barriga	1	1,7	85,0
Falta de apoio do pai da criança	1	1,7	86,7
Falta de apoio familiar	1	1,7	88,3
HIV	1	1,7	90,0
Não quis mencionar	1	1,7	91,7
Não seguir recomendações médicas	1	1,7	93,3
Pedra na vesícula	1	1,7	95,0
Prematuridade em gestação prévia	1	1,7	96,7
Problemas financeiros	1	1,7	98,3

Sífilis	1	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0

Fonte: A autora.

No tocante aos aspectos psicossociais, as tabelas 8, 9 e 10 apresentam dados descritivos dos instrumentos utilizados para análise dos sintomas ansiosos (IDATE), uso de substâncias (ASSIST) e da sintomatologia depressiva (PHQ-2), respectivamente. Na Tabela 8 é possível perceber que houve caso em que a gestante atingiu valor próximo ao máximo no IDATE, considerando que os valores mínimo e máximo que podem ser obtidos são 20 e 80, respectivamente. Em contrapartida, também foi possível perceber valores próximos ao mínimo. Apesar disso, a média do IDATE-T foi de 48,6 e no IDATE-E de 45,8, valores mais próximos do máximo do que do mínimo.

Tabela 8: Sintomas de ansiedade observados a partir do IDATE.

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	$\pm DP$
IDATE Traço	28	76	48,58	10,593
IDATE Estado	23	72	45,81	11,480

Fonte: A autora

O ASSIST possibilita identificar se há necessidade de intervenção de acordo com a pontuação alcançada. Desta forma, foi possível observar a relação entre o uso de substâncias e a necessidade de uma intervenção para essas gestantes. No caso do tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos, sedativos, alucinógenos e opioides a relação é de: 0-3: nenhuma intervenção; 4-26: receber intervenção breve; e 27 ou mais: encaminhar para tratamento mais intensivo. No caso do álcool, a proporção é de 0-10: nenhuma intervenção; 11-26: receber intervenção breve; e 27 ou mais: encaminhar para tratamento mais intensivo. As substâncias tabaco, álcool, maconha, cocaína e hipnótico ou sedativos obtiveram pontuação, indicando a necessidade de intervenção breve e/ou tratamento intensivo, conforme

observado na Tabela 9. O acompanhamento pré-natal recomenda que a mulher suspenda o uso de substâncias no período gestacional (Brasil, 2012; Brasil, 2010). Vale ressaltar que esse instrumento não foi construído para o público de gestantes, portanto os valores atribuídos pelo instrumento referem-se à população em geral. Apesar de 89,2% das entrevistadas declararem possuir alguma religião, ainda assim houve casos aos quais as mulheres, mesmo gestantes, foram classificadas nos índices que sugerem intervenções breves ou tratamentos intensivos, como nos casos do tabaco (6,8%), do álcool (2,7%), maconha (6,8%), da cocaína (4,1%) e de hipnóticos/sedativos (1,4%).

Tabela 9: Relação entre uso de substância e necessidade de intervenção.

Variável	Sem Intervenção	Intervenção Breve	Tratamento Intensivo
Tabaco	69 (93,2%)	4 (5,4%)	1(1,4%)
Álcool	72 (97,3%)	2 (2,7%)	0
Maconha	70 (94,6%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)
Cocaína	71 (95,9%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)
Anfetamina	74	0	0
Inalante	74	0	0
Hipnótico/Sedativo	73 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Alucinógeno	74	0	0
Opioides	74	0	0
Outras	74	0	0

Fonte: A autora.

Até 70% das mulheres relatam sintomas de depressão durante a gravidez, sendo que de 10-16% cumprem os critérios para transtorno depressivo maior (Becker, Weinberger, Chandy & Schmukler, 2016; Yonkers et al., 2009). No que se refere aos dados descritivos do PHQ-2, foi possível identificar que 59,5% das gestantes apresentavam sintomas depressivos, corroborando com os achados da literatura que apontam a prevalência da depressão nessa população (Kiely et al., 2011; Pereira e Lovisi, 2006) conforme observado na Tabela 10.

Tabela 10: Prevalência de sintomatologia depressiva através da análise descritiva do PHQ-2.

Variável	N	%
Sem sintoma	30	40,5
Com sintoma	44	59,5
Total	74	100

Fonte: A autora.

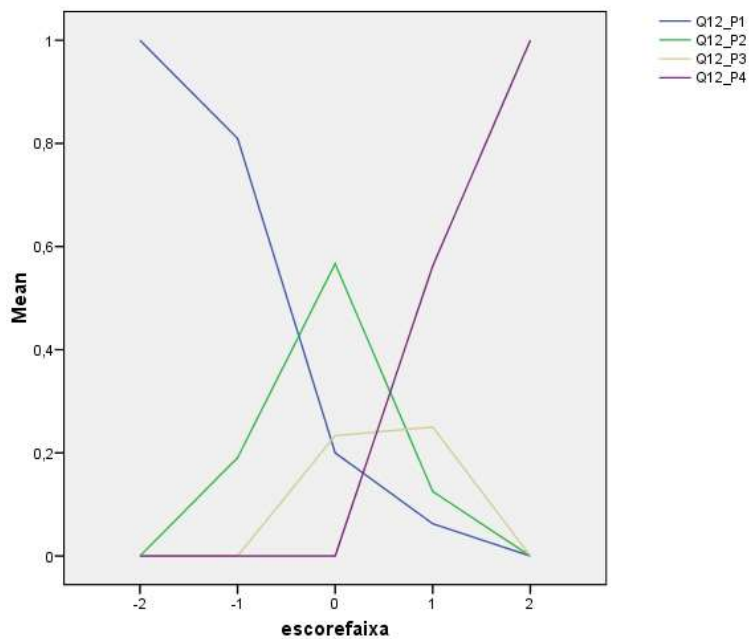
Análise e interpretação das escalas

a) IDATE

Conforme já exposto, o IDATE possui 40 questões de múltipla escolha, divididas igualmente entre as duas escalas e elaboradas em escala Likert com quatro postos, sendo eles: “absolutamente não”, “um pouco”, “bastante” e “muitíssimo” no IDATE-E e “quase nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre” no IDATE-T. O instrumento possui frases de caráter positivo e negativo. Com o intuito de quantificar e interpretar as respostas, atribui-se contagem correspondente à resposta dada para cada assertiva, sendo que os valores dados às frases positivas devem ser invertidos, ou seja, se a paciente responder “quase sempre”, que corresponde ao número 4 da escala Likert, atribui-se o valor de 1. Apesar dessa quantificação, ressalta-se que não há interpretação das faixas nem chave de correção do inventário.

Neste sentido, utilizando-se do modelo de respostas graduadas de Samejima (Chalmers, 2012), foi proposta a interpretação faixa a faixa do instrumento. Usualmente essas escalas são padronizadas em média igual a zero e desvio padrão igual a 1. Logo, toda a população enquadrou-se entre -3 até 3 pontos da escala, considerando a curva normal. De acordo com essas faixas, foi possível calcular o percentual de respostas para cada um dos postos da escala Likert (1 a 4), como no exemplo da Figura 2.

Figura 2: Gráfico dos escores faixa a faixa do da questão 12 do IDATE-E.



No gráfico acima pode-se constatar que sujeitos com escores abaixo de -1 tendem a responder o primeiro posto na escala de Likert (quase nunca), enquanto sujeitos que possuem valores acima de 1 tendem a responder o posto 4 desta mesma assertiva. Além disso, observou-se que os escores intermediários se dividem nos demais postos (2 e 3).

IDATE-E

Seguindo essa mesma metodologia, cada item é interpretado e ancorado em cada faixa da escala. Como é visto na Tabela 11, do IDATE-E a seguir.

Tabela 11: Resultado das Faixas de acordo com os itens do IDATE-E.

Faixas	-1,5	-0,5	0	0,5	1	1,5
Questões negativas						
12	Blue	Blue		Yellow		
6			Blue			
13						
18						
14	Blue	Blue	Blue			Yellow
3				Yellow		
9						

- Faixa 1: Contempla gestantes que, em geral, não se sentem nervosas, nem perturbadas. Além disso, não estão agitadas e não se sentem uma pilha de nervos. Neste sentido, elas pontuam como calmas, seguras, à vontade, satisfeitas e bem.
- Faixa 2: As gestantes que pontuam nessa faixa alegam não se sentirem nervosas, nem perturbadas. Não estão agitadas e não se sentem uma pilha de nervos. Sentem-se calmas, seguras, satisfeitas e bem, assim como as gestantes da Faixa 1. Porém, diferem no aspecto “à vontade”, sendo esta a primeira característica positiva a ser eliminada.
- Faixa 3: As características dessas gestantes contemplam não se sentirem perturbadas, não estarem agitadas e não se sentirem uma pilha de nervos. Neste perfil, a ausência do nervosismo não ancora, como nos casos anteriores. Além disso, não há característica positiva pontuada nessa faixa.
- Faixa 4: Na contramão dos aspectos apresentados nos perfis anteriores, as gestantes que pontuam na faixa 4 sentem-se nervosas, agitadas e ansiosas. Além disso, nenhuma característica das perguntas positivas ancora nessa faixa.
- Faixa 5: Contempla gestantes que estão preocupadas com possíveis infortúnios, confusas, que não se sentem bem e nem satisfeitas.
- Faixa 6: Na última faixa estão incluídos perfis de gestantes que não se sentem calmas, seguras, satisfeitas e nem bem. Além disso, essas mulheres alegam sentirem-se uma pilha de nervos.

Considerando as faixas, observou-se maior prevalência de gestantes nas faixas 1 (32,5%), 2 (21,6%) e 3 (18,9%), totalizando 73% da amostra. O perfil das mulheres que contemplam essas faixas sugere características menos ansiosas. Apesar disso, não se pode desconsiderar os riscos relacionados à ansiedade, já que, durante o período de gestação de risco, mudanças,

adaptações e um aumento no nível de ansiedade são esperados, podendo, em alguns casos, se prolongar até o período pós-natal. Sendo assim, esse estado emocional pode trazer prejuízos à saúde mental da mulher (Savini-Zeoti & Petean, 2015).

IDATE-T

Assim como no IDATE-E, cada item é interpretado e ancorado em determinadas faixas, conforme apresentado na Tabela 13, atribuindo características às gestantes.

Tabela 13: Tabela: Resultado das Faixas de acordo com os itens do IDATE-T.

Faixas	-1,5	-1	-0,5	0	0,5	1	1,5
Questões negativas							
3	Blue	Blue					
4	Blue	Blue	Blue	Blue		Yellow	Yellow
5	Blue	Blue	Blue				
8	Blue	Blue	Blue	Blue			
9				Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
11				Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
12							Yellow
15	Blue	Blue	Blue	Blue		Yellow	Yellow
17	Blue					Yellow	Yellow
18	Blue	Blue			Yellow	Yellow	Yellow
20	Blue				Yellow	Yellow	Yellow
Questões positivas							
7							Blue
10	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow			
13	Yellow	Yellow					
19	Yellow	Yellow					

Nota: Nota: Células azuis correspondem ao Posto 1 enquanto os itens em amarelo correspondem ao Posto 4 da escala Likert. Fonte: A autora.

Da mesma forma, a Tabela 13, apresenta 7 faixas, variando de -1,5 a 1,5 e os pontos de corte onde ancoram as assertivas do IDATE-T. Neste sentido, por meio das respostas graduadas de Samejima (Chalmers, 2012), é possível identificar a frequência de gestantes em cada faixa, conforme demonstra a Tabela 14 e, por sua vez, as características predominantes dentro dessas faixas para cada item do instrumento.

Tabela 14: Percentual de gestantes por faixa no IDATE-T.

Faixa	Limite inferior	Limite superior	Frequência	% de gestantes
1	-∞	-1	14	18,9%
2	-1	-0,5	9	12,2%
3	-0,5	0	7	9,5%
4	0	0,5	22	29,7%
5	0,5	1	12	16,2%
6	1	1,5	7	9,5%
7	1,5	∞	3	4,1%

Fonte: A autora.

Frente a isso, é possível estabelecer características de cada faixa, sendo:

- Faixa 1: As gestantes que compreendem essa faixa têm maiores chances de não ter vontade de chorar, não ter o sentimento de que gostariam de poder ser tão felizes quanto outros parecem ser, não sentem que perdem oportunidades porque não conseguem tomar decisões rapidamente, não sentem que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não conseguem resolvê-las, não se sentem deprimida, não sentem que ideias sem importância entram na cabeça e ficam preocupando-as, não levam desapontamentos tão a sério a ponto de não conseguir tirá-los da cabeça e também não se sentem tensas e perturbadas quando pensam nos problemas do momento. Além disso, elas relatam serem felizes, seguras e consideram-se estáveis.

- Faixa 2: Assim como as gestantes da Faixa 1, essas mulheres têm maiores chances de não ter vontade de chorar, não ter o sentimento de que gostariam de poder ser tão felizes quanto outros parecem ser, não sentem que perdem oportunidades porque não conseguem tomar decisões rapidamente, não sentem que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não conseguem resolvê-las, não se sentem deprimidas, não levam desapontamentos tão a sério a ponto de não conseguirem tirá-los da cabeça. Além disso, elas relatam serem felizes, seguras e consideram-se estáveis. Apesar disso, essa faixa não compreende mais as características de não sentir que ideias sem importância entram na cabeça e ficam preocupando-as e de ausência do sentimento de tensão e perturbação quando pensa nos problemas do momento.
- Faixa 3: Formada por gestantes que não têm o sentimento de que gostariam de poder ser tão felizes quanto outros parecem ser, não sentem que perdem oportunidades porque não conseguem tomar decisões rapidamente, não sentem que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não conseguem resolvê-las, não se sentem deprimidas e sentem-se felizes.
- Faixa 4: Não sentem que gostariam de poder ser tão felizes quanto outros parecem ser, não sentem que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não conseguem resolvê-las, não se sentem deprimida. Apesar disso, relatam preocupar-se demais com coisas sem importância e deixam-se afetar muito pelas coisas. Apesar disso, ainda relatam sentirem-se felizes.
- Faixa 5: Relatam preocupar-se demais com coisas sem importância e deixa-se afetar muito pelas coisas. Leva os desapontamentos tão a sério que não consegue tirá-los da cabeça e fica tensa e perturbada quando pensa nos problemas do momento.
- Faixa 6: Relatam que gostaria de poder ser tão felizes quanto os outros parecem ser, preocupam-se demais com as coisas sem importância, deixam-se afetar muito pelas

coisas, sentem-se deprimidas, ideias sem importância entram em suas cabeças e ficam perturbando-as, levam os desapontamentos tão a sério que não conseguem tirá-los da cabeça e ficam tensas e perturbadas quando pensam nos problemas do momento.

- Faixa 7: Relatam que gostariam de poder ser tão felizes quanto os outros parecem ser, preocupam-se demais com as coisas sem importância, deixam-se afetar muito pelas coisas, não são muito confiantes em si mesmas, sentem-se deprimidas, ideias sem importância entram em suas cabeças e ficam perturbando-as, levam os desapontamentos tão a sério que não consegue tirá-los da cabeça e ficam tensas e perturbadas quando pensam nos problemas do momento. Além disso, não são calmas, ponderadas e senhoras de si mesmas.

Assim como no caso da ansiedade estado, a partir da interpretação das faixas do IDATE Traço, observou-se que 59,5% da amostra se enquadraram em perfis que revelam características mais ansiosas, tais como a percepção de se preocuparem demais com as situações até sentimentos de depressão, tensão e pouca confiança em si mesma, representados pelas faixas de 4 a 7. Um estudo realizado em Porto Alegre-RS buscou avaliar a percepção das gestantes acerca do atendimento pré-natal recebido. Os resultados apontam para a importância de um planejamento de assistência que contemple a gestante de modo integral, identificando situações de risco, como a ansiedade e a depressão por meio de uma equipe interprofissional (Vieira, Bock, Azambuja Zocche & Utz Pessota, 2011).

b) ASSIST

O ASSIST possibilita aferir a necessidade de intervenção quando há uso/abuso de nove classes de substâncias. Ao fazer esse tipo de identificação, o instrumento estabelece uma medida para o consumo inadequado dessas substâncias. De forma complementar, a análise fatorial possibilita identificar estruturas latentes, bem como analisar a maneira pela qual esse conjunto de substâncias pode influenciar umas às outras. Conforme mencionado

anteriormente, cinco classes de substâncias foram citadas pelas gestantes: tabaco, álcool, maconha, cocaína e hipnóticos/sedativos. Apesar disso, apenas uma participante declarou utilizar sedativo, inviabilizando a análise fatorial dessa classe.

No tocante à análise fatorial do conjunto de quatro variáveis, identificou-se uma situação de unidimensionalidade, ou seja, existe uma variável latente que é responsável por aumentar ou diminuir a tendência ao uso/abuso de substâncias. Essa variável latente explica 51% da variância observada nas drogas. Além disso, ela relaciona-se positivamente a todas as drogas, conforme apresentado na Tabela 15. Entretanto, possui uma menor correlação com a maconha. Desta forma, pode-se conjecturar que há uma especificidade nessa substância.

Além de estabelecer um escore individual das substâncias, a análise fatorial possibilitou o cálculo de um escore geral do ASSIST para cada gestante em específico que, posteriormente, pode ser correlacionado com outras variáveis.

Tabela 15: Análise fatorial das classes de substâncias mencionadas pelas gestantes.

Variáveis	Cargas
Tabaco	,802
Álcool	,799
Maconha	,324
Cocaína	,813

Fonte: A autora.

c) EPSS

A fim de se explorar as múltiplas estruturas do suporte social e também de preencher as lacunas frente à interpretação conceitual da escala e da chave de correção, conforme já mencionado anteriormente, efetuou-se uma análise fatorial desse instrumento, baseado no modelo *bifactor* ao qual se apresenta um fator geral de suporte social e fatores independentes e específicos (Chalmers, 2012). Na presente análise observou-se a prevalência de quatro fatores, conforme demonstrado na Tabela 16.

Tabela 16: Resultado da Análise Fatorial *Bifactor* dos itens da EPSS.

Questões	Geral	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Comunalidade
Ajuda-me com minha medicação se estou doente	0,827	-0,2801	0	0	0,762
Ajuda-me a resolver um problema prático	0,801	-0,1867	0	0	0,676
Empresta-me dinheiro	0,676	-0,0441	0	0	0,459
Ajuda-me na execução de tarefas	0,827	0,1424	0	0	0,704
Fornece-me alimentação quando preciso	0,861	0,2672	0	0	0,813
Leva-me a algum lugar que eu preciso ir	0,709	0,3138	0	0	0,601
Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento	0,733	0,3986	0	0	0,696
Toma conta de minha casa em minha ausência	0,807	0,5905	0	0	0,999
Comemora comigo minhas alegrias e realizações	0,823	0	0,379	0	0,821
Compreende minhas dificuldades	0,672	0	0,425	0	0,632
Consola-me se estou triste	0,873	0	0,049	0	0,764
Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos	0,663	0	0,411	0	0,608
Dá atenção às minhas crises emocionais	0,668	0	0,32	0	0,549
Demonstra carinho por mim	0,881	0	0,437	0	0,967
Está ao meu lado em qualquer situação	0,721	0	0,482	0	0,752
Faz-me sentir valorizado como pessoa	0,733	0	0,528	0	0,817
Ouve com atenção meus problemas pessoais	0,786	0	0,298	0	0,706
Preocupa-se comigo	0,913	0	0,313	0	0,932
Dá sugestões de lugares para eu me divertir	0,561	0	0	0,3118	0,412
Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde	0,812	0	0	-0,1331	0,678
Sugere fontes para eu me atualizar	0,72	0	0	0,1897	0,554

Dá sugestões sobre algo que quero comprar	0,653	0	0	0,3745	0,566
Empresta-me algo de que preciso	0,698	0	0	0,0806	0,494
Dá sugestões sobre viagens que quero fazer	0,436	0	0	0,6524	0,615
Esclarece minhas dúvidas	0,738	0	0	0,5225	0,818
Dá sugestões sobre meu futuro	0,766	0	0	0,453	0,792
Orienta minhas decisões	0,791	0	0	0,4644	0,841
Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim	0,646	0	0	0,4959	0,663
Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me	0,828	0	0	0,371	0,823

Fonte: A autora.

Conforme exposto na Tabela 16, existe um fator geral do suporte social e mais três fatores, indicados pelos nomes “Fator 1”, “Fator 2” e “Fator 3”. Cada um deles possui característica específica. O Fator 1 relaciona-se ao *modus operandi* do suporte social, ou seja, os aspectos práticos relacionados ao suporte, tais como a ajuda na execução de uma tarefa, o auxílio no transporte e nas tarefas. Diante das características dos itens desse fator, ele pode ser nomeado, para melhor entendimento, como “Suporte Social Instrumental” (Siqueira, 2008; Rodrigues & Cohen, 1998). Apesar disso, assertivas como “ajuda-me com a medicação” e “empresta-me dinheiro quando preciso” apresentaram correlação negativa. O primeiro item é ambíguo, pois pode ser entendido como auxílio financeiro para compra do medicamento quanto a ajuda no controle de data e horário para ingestão do remédio. Esses itens possuem características próprias que não foram possíveis de serem averiguadas na análise.

O Fator 2 mede o quanto a respondente se sente amparada emocionalmente pelo outro, sendo um “Suporte Social Emocional”. Os dois fatores citados corroboram com

Siqueira (2008) que, em seu estudo, conseguiu aferir essas duas dimensões do suporte social. No caso do Fator 3, ele se assemelha ao “Suporte Social Informacional” identificado por Rodrigues e Cohen (1998). Segundo Siqueira (2008), ele compreende noções que possam ajudar a pessoa a orientar suas ações e decisões, como contribuir na solução de um problema.

Por meio da análise fatorial *bifactor*, foi possível encontrar as três dimensões indicadas pela literatura internacional. Devido ao tamanho da amostra e da complexidade do modelo, algumas cargas foram estimadas negativamente, o que é plenamente justificado por dificuldades técnicas, as quais impediram a retirada de alguns itens da escala (Chalmers, 2012). Além das dimensões específicas do suporte social (Fator 1, Fator 2 e Fator 3), o presente trabalho ressaltou a importância de se extrair um indicador geral do suporte social, tendo em vista que existe uma correlação entre os diferentes traços latentes do suporte social. Desta forma, considerou-se necessário que a dimensão suporte social geral fosse isolada.

Análise de correlação dos dados.

Cada teste utilizado para análise de correlação dos dados dependeu da escala de mensuração dos mesmos. Os itens correlacionados são indicados pelo quadro de variáveis na Tabela 17.

Tabela 17: Quadro de variáveis utilizadas nas correlações.

Nível	Nome	Mensuração	Unidade
Demográfica	Idade	Métrico	Anos
	Filhos	Métrico	Contagem da quantidade
	Estado civil	Nominal	Frequência das categorias
	Cor	Nominal	Frequência das categorias
	Escolaridade	Nominal	Série/Ano
	Renda	Métrico	Salários
Clínica	Histórico abortivo	Nominal	Sim/Não
	Trimestre	Ordinal	Períodos
	Tempo gestacional	Métrica	Semanas

Psicossociais	ASSIST	Métrica	Padronizado
	IDATE-E	Métrica	Padronizado
	IDATE-T	Métrica	Padronizado
	EPSS	Métrica	Padronizado
	PHQ2-1	Ordinal	Likert
	PHQ2-2	Ordinal	Likert
	PHQ2	Ordinal	Discreta de 1 a 6

Variáveis padronizadas são as que possuem média 0 e desvio padrão igual a 1.

Fonte: A autora.

Frente ao exposto na Tabela 17, foram feitas as seguintes análises:

- Para análise de variáveis métricas com variáveis métricas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, como no caso da análise entre a idade e a dimensão geral do ASSIST.
- Em variáveis métricas com variáveis ordinais e variáveis ordinais com variáveis ordinais, foi realizada análise por meio do coeficiente de correlação de Spearman, como na análise do PHQ-2 com a renda.
- Variáveis dicotômicas com variáveis métricas utilizou-se o Teste t de Student, como no caso da análise entre os casos de aborto o IDATE-T.
- Nas análises entre variáveis dicotômicas com variáveis ordinais foi feita a prova U de Mann Whitney. Um dos casos em que se utilizou essa análise foi na relação entre a prevalência do aborto com PHQ-2.
- Para análise de variáveis multitômicas com variáveis métricas optou-se pela Análise de Variância (ANOVA), como na relação entre o estado civil e o índice geral do ASSIST.
- Em variáveis multitômicas com variáveis ordinais utilizou-se a prova de Kruskal-Wallis, tal como na análise entre o estado civil e o PHQ-2.

Considerando as análises, foram percebidas algumas correlações entre os instrumentos e os aspectos sociodemográficos, tais como a constatação, no que tange ao consumo de substâncias, que mulheres casadas tendem a apresentar uma menor tendência ao seu uso ($p=0,05$) quando comparado às gestantes solteiras, conforme retratado nas Tabelas 18 e 19. Os estudos de Muckle et al. (2011) e Massey et al. (2011) investigaram o consumo de álcool, tabaco e outras drogas na gestação. Assim como observado na presente pesquisa, eles constataram maiores índices de mulheres solteiras no que tange ao uso/abuso de substâncias.

Tabela 18: Resultado da Análise de Variância acerca do estado civil das gestantes.

		N	\bar{X}	DP	p-valor
Idade	Solteira	29	24,93	6,13	0,27 ¹
	Casada	20	27,65	6,81	
	União Estável	24	25,17	5,33	
	Total	73	25,75	6,11	
ASSIST	Solteira	29	-0,06	0,77	0,05 ¹
	Casada	20	-0,55	0,47	
	União Estável	24	-0,24	0,72	
	Total	73	-0,25	0,70	
IDATE-E	Solteira	29	0,18	1,04	0,45 ¹
	Casada	20	-0,13	0,70	
	União Estável	24	-0,10	1,03	
	Total	73	0,00	0,95	
IDATE-T	Solteira	29	0,23	0,96	0,05 ¹
	Casada	20	-0,43	0,94	
	União Estável	24	0,05	0,86	
	Total	73	-0,01	0,95	
Suporte Geral	Solteira	29	-0,07	0,97	0,35 ¹
	Casada	20	0,30	1,16	

	União Estável	24	-0,12	0,99	
	Total	73	0,02	1,03	
Suporte Instrumental	Solteira	29	-0,06	0,94	0,71 ¹
	Casada	20	-0,09	0,90	
	União Estável	24	-0,27	0,99	
	Total	73	-0,14	0,94	
Suporte Emocional	Solteira	29	-0,13	1,19	0,22 ¹
	Casada	20	0,22	0,78	
	União Estável	24	-0,31	0,92	
	Total	73	-0,09	1,01	
Suporte Informacional	Solteira	29	-0,06	0,87	0,98 ¹
	Casada	20	-0,05	1,36	
	União Estável	24	-0,10	1,01	
	Total	73	-0,07	1,05	
PHQ2-1	Solteira	29	1,76	1,09	0,59 ²
	Casada	20	1,65	1,04	
	União Estável	24	1,96	1,12	
	Total	73	1,79	1,08	
PHQ2-2	Solteira	29	1,72	1,22	0,17 ²
	Casada	20	1,15	1,14	
	União Estável	24	1,75	1,15	
	Total	73	1,58	1,19	
PHQ2	Solteira	29	3,48	2,16	0,4 ²
	Casada	20	2,8	1,77	
	União Estável	24	3,71	1,78	
	Total	73	3,37	1,95	
Renda	Solteira	29	1,93	0,96	0,35 ²
	Casada	20	2,25	1,04	
	União Estável	24	2,33	1,05	
	Total	73	2,12	1,01	

Nota: ¹=Itens analisados através de ANOVA. ²=Teste de Kruskal-Wallis
 Fonte: A autora.

Tabela 19: Teste post-hoc de Sheffe.

	Solteira	Casada	União Estável
Solteira	-	0,05	0,63
Casada	0,05	-	0,32
União Estável	0,63	0,32	-

Fonte: A autora.

Ainda no que se refere ao uso de substâncias, mulheres que já sofreram algum aborto tendem a pontuar mais no instrumento ASSIST, revelando maior uso de substância quando comparado àquelas que não sofreram aborto previamente ($p=0,05$), conforme retratado na Tabela 20. Além disso, observou-se que, à medida que o tempo gestacional aumenta, tende a diminuir o índice de consumo de substâncias ($\rho=-0,219$; $p=0,06$), ou seja, percebe-se que as gestantes reduzem o uso de drogas no decorrer da gestação. Tal fato pode ser decorrente das orientações prestadas pela equipe de saúde no acompanhamento pré-natal, tendo em vista que esses hábitos devem ser verificados e a gestante é esclarecida acerca dos riscos e das possibilidades de mudança comportamental (Brasil, 2012).

Tabela 20: Resultado da Análise de Variância acerca do histórico abortivo das gestantes.

	ABORTO	N	\bar{X}	DP	p-valor
Idade	Sim	19	27,63	6,45	0,120 ¹
	Não	54	25,09	5,91	
ASSIST	Sim	19	0,01	0,87	0,053 ¹
	Não	54	-0,35	0,62	
IDATE-E	Sim	19	-0,13	0,99	0,493 ¹
	Não	54	0,05	0,94	
IDATE-T	Sim	19	-0,15	0,83	0,45 ¹
	Não	54	0,04	0,99	

Suporte Geral	Sim	19	0,15	0,98	0,515 ¹
	Não	54	-0,03	1,06	
Suporte Instrumental	Sim	19	0,01	1,03	0,424 ¹
	Não	54	-0,19	0,91	
Suporte Emocional	Sim	19	0,02	0,74	0,552 ¹
	Não	54	-0,14	1,09	
Suporte Informacional	Sim	19	-0,38	1,16	0,138 ¹
	Não	54	0,04	1,00	
PHQ2-1	Sim	19	1,84	1,21	0,718 ²
	Não	55	1,76	1,04	
PHQ2-2	Sim	19	1,47	1,07	0,699 ²
	Não	55	1,62	1,22	
PHQ2	Sim	19	3,32	2,00	0,850 ²
	Não	55	2,38	1,93	
Renda	Sim	19	2,26	0,93	0,409 ²
	Não	55	2,05	1,04	

Nota: ¹= Teste de t de Student; ²=Prova U de Mann Whitney e Wilcoxon.

Fonte: A autora.

Além disso, observou-se correlação positiva entre o IDATE-E e a escolaridade ($\rho=0,227$; $p=0,05$). Neste sentido, gestantes de risco com maior escolaridade tendem a apresentar maiores índices de episódios momentâneos de ansiedade. Ainda no que se refere ao IDATE-E, foi verificado que as mulheres múltíparas tenderam a apresentar maior ansiedade estado ($\rho=-0,421$; $p=0,008$), contrariando o que foi observado em Rugolo (2004) que identificou a prevalência da ansiedade e medo no decorrer da gestação, porém as múltíparas obtiveram frequência inferior de ansiedade quando comparado às primíparas. Já em Michilin, Jensen, Jamas, Pavelqueires e Parada (2016) as múltíparas se queixaram mais do que as primíparas no que se refere às crises de ansiedade.

No tocante ao IDATE-T, observou-se diferença significativa entre a ansiedade traço de mulheres solteiras (média=0,233 s=0,96) e casadas (-0,431 ±0,94), sendo que as solteiras apresentaram maior ansiedade (p=0,05). Quanto à cor da pele, a mulher negra (-0,26 ±0,96) tendeu a apresentar média inferior àquelas não negras (0,15 ±0,92), indicando que elas tinham menor propensão a ser ansiosas quando comparado às gestantes que não se declararam negras (pardas e brancas) (p=0,07), conforme observado na Tabela 21

Além disso, houve indícios de que as gestantes com maior renda, tenderam a apresentar menor ansiedade traço, ou seja, essas mulheres tendem a reagir às situações de forma menos ansiosa ($\rho=-0,214$; p=0,06). Xavier, Janotti, Silva e Martins (2013) buscaram identificar o perfil de risco reprodutivo de mulheres atendidas em um pré-natal de alto risco e investigar a relação com a renda e as situações de vulnerabilidade social. As autoras encontraram associação entre a baixa renda familiar e malformações fetais, gravidez antes dos 15 anos e HIV. Já no caso da renda mais elevada, identificou associação à idade materna acima de 35 anos, translucência nucal alterada, ginecopatias e abortamento habitual. Frente a isso, as autoras destacam a importância de se refletir acerca das situações de vulnerabilidade de mulheres de baixa renda, como condições de saúde desfavoráveis e menor acesso e utilização de serviços de saúde. Neste sentido, esse conjunto de situações vulneráveis podem predispor ao aumento da ansiedade das mulheres de baixa renda.

Tabela 21: Correlação entre a cor as variáveis psicossociais.

	Cor	N	\bar{X}	DP	p-valor
Suporte Geral	Não Parda	48	0,06	1,06	0,65 ¹
	Parda	23	-0,06	0,95	
	Não Preta	43	0,01	0,99	0,91 ¹
	Preta	28	0,04	1,10	
	Não Branca	51	0,00	1,03	0,72 ¹

	Branca	20	0,09	1,04	
Suporte Instrumental	Não Parda	48	-0,20	0,92	0,31 ¹
	Parda	23	0,05	0,98	
	Não Preta	43	-0,14	1,02	0,77 ¹
	Preta	28	-0,08	0,82	
	Não Branca	51	-0,02	0,89	0,17 ¹
	Branca	20	-0,36	1,04	
Suporte Emocional	Não Parda	48	-0,03	1,01	0,42 ¹
	Parda	23	-0,23	0,91	
	Não Preta	43	-0,20	1,02	0,26 ¹
	Preta	28	0,06	0,91	
	Não Branca	51	-0,07	0,91	0,71 ¹
	Branca	20	-0,17	1,16	
Suporte Informacional	Não Parda	48	-0,29	1,06	0,01 ¹
	Parda	23	0,40	0,80	
	Não Preta	43	0,11	1,02	0,07 ¹
	Preta	28	-0,35	1,01	
	Não Branca	51	-0,01	0,99	0,45 ¹
	Branca	20	-0,22	1,16	
ASSIST	Não Parda	51	-0,31	0,67	0,40 ¹
	Parda	23	-0,16	0,77	
	Não Preta	46	-0,27	0,67	0,85 ¹
	Preta	28	-0,24	0,76	
	Não Branca	54	-0,22	0,75	0,40 ¹
	Branca	20	-0,38	0,56	
IDATE-E	Não Parda	51	-0,06	0,89	0,45 ¹
	Parda	23	0,12	1,07	
	Não Preta	46	0,15	0,92	0,07 ¹
	Preta	28	-0,26	0,96	
	Não Branca	54	-0,08	0,99	0,25 ¹

	Branca	20	0,21	0,80	
IDATE-T	Não Parda	51	-0,01	0,92	0,91 ¹
	Parda	23	0,02	1,02	
	Não Preta	46	-0,02	0,92	0,86 ¹
	Preta	28	0,03	1,01	
	Não Branca	54	0,04	0,98	0,60 ¹
	Branca	20	-0,10	0,88	
PHQ2-1	Não Parda	51	1,75	1,09	0,66 ²
	Parda	23	1,78	1,08	
	Não Preta	46	1,82	1,16	0,76 ²
	Preta	28	1,76	1,04	
	Não Branca	54	1,85	1,09	0,35 ²
	Branca	20	1,6	1,05	
PHQ2-2	Não Parda	51	1,63	1,18	0,61 ²
	Parda	23	1,58	1,18	
	Não Preta	46	1,68	1,12	0,54 ²
	Preta	28	1,52	1,22	
	Não Branca	54	1,59	1,16	0,85 ²
	Branca	20	1,55	1,28	
PHQ-2	Não Parda	51	3,37	1,93	0,91 ²
	Parda	23	3,36	1,93	
	Não Preta	46	3,5	1,90	0,60 ²
	Preta	28	3,28	1,97	
	Não Branca	54	3,44	1,93	0,57 ²
	Branca	20	3,15	1,98	

Nota: ¹= Teste t de Student; ²= Prova U de Mann Whitney e Wilcoxon

Fonte: A autora

No que se refere ao suporte social percebido pelas gestantes, observou-se uma significância clínica, apontando correlação positiva entre este suporte social e o tempo

gestacional ($\rho=0,204$; $p=0,08$). Desta forma, quanto maior o tempo de gestação, a gestante percebe uma melhora no apoio social recebido. A partir da revisão sistemática da literatura realizada por Thiengo, Santos, Mason, Abelha e Lovisi (2011) identificou-se que, no que se refere ao tempo de gestação, o segundo trimestre foi o momento da gravidez ao qual o apoio social foi mais avaliado. Neste sentido, o presente estudo inova, pois possibilita apreender a mudança na percepção do suporte social no decorrer da gestação.

Além disso, constatou-se uma correlação positiva entre a escolaridade e o apoio social informacional ($\rho=0,230757$; $p=0,047$). Sendo assim, a gestante com mais escolaridade tende a perceber que há mais apoio familiar e/ou de amigos em situações em que necessita fazer uma escolha para ações. Além disso, no que se refere à cor, a mulher negra ($-0,35 \pm 1,01$) tendeu a apresentar média inferior àquelas não negras ($0,11 \pm 1,02$), indicando que elas tinham menor propensão a perceber o suporte informacional quando comparado às gestantes que não se declararam negras (pardas e brancas) ($p=0,07$), conforme observado na Tabela 21. Ainda neste sentido, as mulheres pardas ($0,40 \pm 0,80$), na contramão do que foi percebido com as mulheres negras, tendem a perceber melhor o suporte informacional quando comparado às mulheres não pardas ($-0,29 \pm 1,06$; $p=0,01$).

Observou-se correlação negativa entre a idade da gestante e o fator suporte informacional ($r=-0,34$; $p=0,003$), indicando que quanto maior a idade, menor é a percepção do suporte no que se refere a orientação na tomada de decisões. Tal fato pode ser decorrente de um aumento na independência da mulher com o decorrer da idade. Sendo assim, haveria menor demanda por parte da gestante no auxílio de tomada de decisões e de contribuição na solução de problemas.

A gestação de risco, por estar atrelada a uma condição clínica pré-existente, pode desencadear uma série de questionamentos no que tange ao desfecho da gravidez. Esse

período pode acarretar sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e impotência, que podem resultar em um desequilíbrio emocional da mulher (Silveira, Tavares & Marcondes, 2016). No que se refere a esses aspectos emocionais, foi observada uma correlação positiva entre as duas dimensões da ansiedade - traço e estado ($r=0,542$; $p<0,001$), ou seja, pode haver um aumento em um dos traços de ansiedade se também aumentar a outra dimensão. Além disso, foi constatada uma correlação negativa entre o IDATE-T e o suporte social geral ($r=-0,297$; $p=0,001$), indicando que, quanto maior o suporte social percebido pela gestante, há uma tendência de decair os sintomas ansiosos. Segundo Costa (2002), a possibilidade da gestante contar com o apoio dos familiares é uma estratégia que pode ajudar na redução da ansiedade, tendo em vista que o suporte social pode ser um facilitador para o enfrentamento de momentos de dificuldade. A autora revela que, quando a gestante percebe que os familiares estão envolvidos com sua gravidez e com expectativas de um resultado feliz, a mulher tende a acreditar na melhora do quadro clínico.

Apesar disso, a ansiedade estado (IDATE-E) apresentou uma correlação leve, positiva e com significância clínica com a dimensão de suporte informacional ($r=0,218$; $p=0,062$), ou seja, quanto maior o auxílio no que se refere à tomada de decisões, há um leve aumento da ansiedade estado.

Observou-se que há uma correlação positiva entre o IDATE-T e o PHQ-2, tanto na questão 1 que se refere ao “pouco interesse ou prazer em fazer as coisas” ($\rho=0,271$; $p=0,019$) quanto na questão 2 que refere-se a: “sentindo-se triste ou deprimida” ($\rho=0,639$; $p<0,001$) e no resultado do instrumento ($\rho=0,527$; $p<0,001$), ou seja, à medida que aumentam os sintomas depressivos, a gestante tende a possuir características mais ansiosas. Já no IDATE-E, que está mais relacionado à ansiedade circunstancial, observou-se correlação positiva com o PHQ-2, tanto na questão 2 ($\rho=0,321$; $p=0,005$) quanto no resultado

($\rho=0,28$; $p=0,016$), ou seja, no mesmo sentido do IDATE-T, à medida que aumentam os sintomas depressivos, tende a haver um aumento na ansiedade estado.

Rallis, Skouteris, MacCabe e Milgrom (2014) investigaram a mudança dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse durante a gravidez, explorando as relações. Dentre os resultados obtidos, as autoras encontraram escores de depressão elevados no segundo trimestre gestacional, correlacionados ao aumento nos índices de ansiedade mais tarde na gravidez. Além disso, maiores valores de depressão no primeiro trimestre gestacional predisseram maior pontuação de ansiedade mais tarde na gravidez (terceiro trimestre), corroborando com o que foi observado na presente pesquisa. O estudo de Rallis et al. (2014) conseguiu identificar a mudança desses sintomas ao longo da gestação e correlacioná-los, tendo em vista que era um estudo prospectivo. No que tange às mudanças de acordo com os trimestres gestacionais, esta análise limitou-se a identificar as correlações entre o trimestre e cada um dos sintomas individualmente, conforme demonstrado na Tabela 23. Como já apresentado anteriormente, nesta pesquisa foi possível identificar uma correlação positiva entre o suporte social e o tempo gestacional ($\rho=0,204$; $p=0,08$), bem como uma correlação negativa entre o tempo gestacional e o uso/abuso de substâncias ($\rho=-0,219$; $p=0,06$).

Ainda no que tange às questões relacionadas aos sintomas de depressão, observou-se uma correlação leve e negativa entre a questão 2 do PHQ-2 e o suporte social geral ($\rho=-0,20$; $p=0,09$), indicando que as gestantes que têm maior percepção do suporte social, tendem a pontuar menos na questão que investiga o sentimento de tristeza ou depressão.

Corroborando com o supracitado, a revisão sistemática realizada por Thiengo, Santos, Mason, Abelha e Lovisi (2011) constatou que a literatura aponta associação entre a ausência de apoio social e ocorrência de depressão no período gestacional. Além disso, outros fatores, como a baixa renda, baixa escolaridade, conflitos matrimoniais, violência doméstica e

eventos estressantes também foram encontrados. As tabelas 22 e 23 apresentam todas as correlações encontradas na presente pesquisa.

Tabela 22: Resultado das Correlações de Pearson.

		Suporte Geral	Suporte Instrumental	Suporte Emocional	Suporte Informacional	ASSIST	IDATE-E	IDATE-T	Idade
Suporte Geral	r	1							
	p-valor								
Sup. Instrumental	r	0,04	1						
	p-valor	0,73							
Sup. Emocional	r	-0,12	0,21	1					
	p-valor	0,32	0,07						
Sup. Informacional	r	-0,12	0,26	0,27	1				
	p-valor	0,31	0,03	0,02					
ASSIST	r	-0,15	0,04	0,04	0,17	1			
	p-valor	0,21	0,74	0,72	0,14				
IDATE-E	r	-0,04	0,06	0,08	0,22	-0,31	1		
	p-valor	0,72	0,59	0,52	0,06	0,01			
IDATE-T	r	-0,30	0,00	0,05	0,08	0,03	0,54	1	
	p-valor	0,01	0,97	0,67	0,48	0,77	0,00		
Idade	r	-0,03	-0,07	0,12	-0,37	-0,01	0,01	-0,09	1
	p-valor	0,77	0,55	0,31	0,00	0,96	0,95	0,44	

Fonte: A autora.

Tabela 23: Resultados da correlações de Spearman.

ASSIST		Suporte Informacional		Suporte Emocional		Suporte Prático		Suporte Geral		
p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	
										1
				1		1				0,19
										0,05
										0,10
										-0,14
										-0,05
										-0,22
										-0,08
										0,16
										-0,12
										0,20
										0,15
										0,03
										-0,20
										-0,08
										0,04

Tempo gestacional		Nº filhos		Renda		Idade		IDATE-T		IDATE-E	
p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>
											1
											0,53
											0,00
											0,97
											0,07
											0,54
											0,01
											-0,42
											-0,01
											-0,11
											0,15
											0,32
											0,28
											0,05
											-0,04
											0,71
											0,73
											0,07
											0,46
											0,60
											0,71
											0,02
											0,00
											0,00
											0,02
											0,02
											0,71
											0,05

Escolaridade		PHQ2		PHQ2-2		PHQ2-1		Trimestre	
p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>	p-valor	<i>rho</i>
.		0,92	0,01	0,57	-0,07	0,37	0,11	0,91	0,01
			1		0,85		0,85		-0,10
					1		0,47		-0,02
							1		-0,12
								0,29	1

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, facilitando práticas de atendimento que geram maior confiança na mulher. Apesar disso, as condutas orientadas estritamente nos aspectos físicos da gestante não são suficientes para um acompanhamento adequado. As práticas em saúde necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos e sociais que permeiam o período grávido-puerperal (Brasil, 2006).

Neste sentido, a presente pesquisa possibilitou reconhecer aspectos que afetam diretamente a saúde mental das gestantes. Observou-se que, quando há um déficit na percepção do suporte social recebido, a mulher tende a apresentar-se mais ansiosa e, quanto mais a ansiedade se torna presente, há maior propensão do aumento dos sintomas depressivos. Além disso, o estresse foi um fator mencionado na fala de 28,3% das gestantes quando perguntadas acerca dos possíveis motivos para o acometimento do risco gestacional. Ressalta-se que quadros de estresse emocional constante pode se associar à baixa autoestima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool e/ou drogas (Brasil, 2012), corroborando com os achados.

Conforme mencionado, fatores como: a cor, o estado civil, a idade, a renda, a escolaridade, o número de filhos, o histórico abortivo e o tempo gestacional apresentaram significância estatística quando comparado aos aspectos psicossociais das mulheres. Tal fato demonstra a relevância de se conhecer o perfil dessas mulheres para melhorar na elaboração de estratégias de suporte direcionadas ao enfrentamento de possíveis fatores que possam interferir no bom andamento da gestação.

Uma vez que o adoecimento também carrega questões de classe social, gênero, raça/etnia, entre outras, é fundamental que seja incorporado ao cotidiano dos profissionais de saúde discussões sobre direitos fundamentais, cidadania e equidade. (Xavier et al, 2013). Sendo assim, é necessário obter um maior conhecimento do perfil do risco reprodutivo no Brasil e sua distribuição segundo características sociodemográficas, visando ao aperfeiçoamento das

práticas assistenciais para que seja possível prevenir a ocorrência de transtornos mentais maternos.

Conclui-se que o estudo atingiu os objetivos propostos, identificando perfis de gestantes de risco internadas no hospital-maternidade, abarcando uma reflexão acerca da importância de se atentar para questões relacionadas à saúde mental da gestante. Além disso, a pesquisa possibilitou a investigação de instrumentos comumente utilizados na área a fim de discutir suas limitações e buscar estratégias para superá-las.

A pesquisa possui limitações, tendo em vista a falta de instrumentos específicos para as gestantes, o número amostral e a coleta de dados por conveniência, conforme já exposto anteriormente. Neste sentido, é necessário novos estudos que possam identificar a prevalência desses transtornos durante o ciclo gravídico-puerperal e adquirir dados epidemiológicos acerca do risco gestacional a fim de fundamentar políticas públicas de saúde e a assistência, possibilitando a detecção precoce e minimização dos riscos à saúde da mãe e/ou do bebê.

REFERÊNCIAS

- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):747-756.*
- Azevedo, R. O., Silvino, Z. R., & Ferreira, H.C. (2013). Nursing guidelines with regard to high-risk pregnancy: a descriptive study.
- Baptista M. N., Baptista, A. S. D. & de Oliveira, M. G. (2004). Depressão e gênero. Por que as mulheres deprimem mais que os homens? In: M. N. Baptista (2004). Suicídio e Depressão: Atualizações. Rio de Janeiro 1ª Edição. Ed: Guanabara Koogan S. A.
- Baptista M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, (7)1: 39-48.*

- Becker, M, Weinberger T., Chandy, A, & Schmukler, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep.* 18:32 DOI 10.1007/s11920-016-0664-7
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2000) *Assistência Pré-natal: Manual Técnico*. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2000. (2000) *Gestação de alto risco*. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001) *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2005). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico*. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguitton, E., & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 33(2); 92-102.
- Chalmers, R. P. (2012). mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software* 48(6).
- Connelly, C. D., Baker-Ericzen, M. J., Hazen, A. L., Landsverk, J. & Horwitz, S. M. (2010). A model for maternal depression. *Journal of Women's Health*, 19(9): 1747-1757
- Costa, I. G. (2002). As Percepções da Gravidez de Risco para a Gestante e as Implicações Familiares. *Revista gaúcha de Enfermagem*, 23(1): 30-46.

- Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F. & Bortoloti, D. S. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm.* 21(2): 01-08.
- Coutinho, T., Teixeira, M. T. B., Dain, S., Sayd, J. D. & Coutinho, L. M. (2003). Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (10), 717-724.
- Daher, A. S., & Baptista, M. N. (1999). Gestação de alto risco, sintomatologia depressiva e patologias gestacionais. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. 7(2), 67-70.
- De Carvalho, V. C. P. & De Araújo, T. V. B. (2007). Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 7 (3): 309-317.
- De Jesus Silva, M. M., Carvalho Leite, E. P. R., Nogueira, D. A. & Clapis, M. J. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigación & Educación en Enfermería*, 34(2): 342-350
- De Lima, O. F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A. et al. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 45(3):216-27.
- de São Paulo, E.; Miranda, B. S.; Neto, J. G. M.; & da Paixão L. A. R. (2007). Aplicação Do Modelo De Crédito Parcial Generalizado Na Avaliação Do Projeto Sesi - Por Um Brasil Alfabetizado. *REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 5(2).
- Domingues, R. M. S. M., Viellas, E. F., Dias, M. A. B., Torres, J. A., Theme-Filha, M. M., da Gama, S. G. N. & Leal, M. C. (2015) Adequação da assistência pré-natal segundo as

- características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* 37(3)
)140–7.
- Dos Anjos, J. C. S., Pereira, R. R., Ferreira, P. R. C., Mesquita, T. B. P., e Picanço Júnior, O. M. (2014). Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Revista Paraense de Medicina*, 28 (2), 23-33.
- Eiden, R D., McAuliffe, S., Kachadourian, L., Coles, C., Colder, C. & Schuetze, P. (2009). Effects of prenatal cocaine exposure on infant reactivity and regulation *Neurotoxicol Teratol.* 31(1): 60–68. doi:10.1016/j.ntt.2008.08.005.
- El-Mohandes, A. A. E., Kiely, M., Blake, S. M., Gantz, M. G. & El-Khorazaty, M. N., (2010). An Intervention to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure Improves Pregnancy Outcomes. *Pediatrics*. 125(4): 721–728. doi:10.1542/peds.2009-1809.
- Esper, L. H. & Furtado, E. F. (2010). Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. 6(Especial):368-86.
- Fioravanti, A. C. M., Santos, L. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. M. Landeira-Fernandez, J. Avaliação da Estrutura Fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. (2006) *Avaliação Psicológica*. 5(2), pp. 217-224.
- Gomes, R. Cavalcanti, L F., Marinho A. S.N., & da Silva, L. G. P. (2001). Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(4), 62-67
- Gouveia, H. G., & Lopes, M. A. B. M. (2004). Diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 12(2),175-82.

- Henrique, I. F. S.; Demicheli, D.; Lacerda, R. B.; Lacerda, L. A.; Formigoni, M. L. O. S. (2004) Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), p. 199-206.
- Kaipper, M. B. (2008). Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) através da análise de Rasch. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, RS.
- Kiblawi, Z. N., Smith, L. M., LaGasse, L. L., Derauf, C., Newman, E. Shah, R., Arria, A., Huestis, M., DellaGrotta, S., Dansereau, L M., Neal, C. & Lester, B. (2013). The Effect of Prenatal Methamphetamine Exposure on Attention as Assessed by Continuous Performance Tests: Results from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL). *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 34(1): 31–37. doi:10.1097/DBP.0b013e318277a1c5.
- Konradt, C. E., da Silva, R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza. L. D. M., Oses, J P. & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Massey, S. H., Lieberman, D. Z., Reiss, D., Leve, L. D., Shaw, D. S., Neiderhiser, J. M. (2011). Association of Clinical Characteristics and Cessation of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use during Pregnancy. *Am J Addict.*, 20(2): 143–150. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00110.x.
- Michilin, N. S., Jensen, R., Jamas, M. T., Pavelqueires, S., & Parada, C. M. G. L. (2016). Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. *Rev Bras*

Enferm [Internet], 69(4):625-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>

- Muckle, G., Laflamme, D., Gagnon, J., Boucher, O., Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (2011). Alcohol, Smoking and Drug Use among Inuit Women of Childbearing Age during Pregnancy and the Risk to Children. *Alcohol Clin Exp Res*. 35(6): 1081–1091. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01441.x.
- Nunes, J. T., Gomes, K. R. O., Rodrigues, M. T. P. & Mascarenhas, M. D. M. M. (2016). Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro*, 24 (2): 252-261
- Oliveira, J. C. S., & Sisto, F. F. (2004). Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicol Teor Prát*, 6:45-57.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(Esp): 991-999
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4): 144-53
- R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
- Rallis, S., Skouteris, H., MacCabe, M., & Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth* 27: e36–e42
- Rezende, J. & Montenegro, A. B. (2014). *Obstetrícia Fundamental*. 13ª edição. Ed. Guanabara Koogan
- Royston E, Armstrong S: Preventing maternal deaths. World Health Organization, Geneva, 1989.

- Rugolo, L. M. S., Bottino, J., Scudeler, S. R. M., Bentlin, M. R., Trindade, C. E. P., Perosa, G. B., & Junior, A. R. (2004). Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 4 (4): 423-433
- Saviani-Zeoti, F., & Petean, E. B. L. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*, 32(4): 675-683
- Shetter, C. D. & Tanner, L. (2014). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 25(2): 141–148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Silva, L., Santos, R. C., Parada C. M. G. L. (2004). Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6):899-904.
- Silva, M. R. C., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vargas, G. S. & Sá, A. M. P (2013). A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Revista de enfermagem da UERJ*, 792-7.
- Silveira, P., Tavares, C., & Marcondes, F. (2016). Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL(4)*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0143>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*. 13(2), p. 381-388.
- Soares, T. M.; Fernandes, N. S.; Ferraz, M. S. B.; & Riani, J. L. R. (2010). A Expectativa do Professor e o Desempenho dos Alunos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), pp. 157-170.

- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Mason, V. C., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2011). Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Colet.*, 19 (2): 129-38
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê*. 1ª edição. São Paulo: Globo.
- Vieira, S., Bock, L., Azambuja Zocche, D., & Utz Pessota, C. (2011). Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 , 255-262
- Viviani, J. C.; Gorayeb, R. P. & Gorayeb, R. (2015). Atuação do psicólogo em gestações de alto risco. In: R. Gorayeb (Org.). *A prática da psicologia no ambiente hospitalar*. 281-298. Novo Hamburgo: Synopsys.
- World Health Organization (2015). *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*.
- World Health Organization (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015* Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
- Who ASSIST Working Group - Ali, R.; Awwad, E.; Babor, T.; Bradley, F.; Butau, T.; Farrell, M.; Formigoni, M. L. S. O.; Isralowitz R.; Boerngen-Lacerda, R.; Marsden, B. M.; McRee, B.; Monteiro, M.; Pal, H.; Rubio-Stipec M. & Vendetti, J. (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. *Addiction*, v. 97, p. 1183–1194.
- Xavier, R. B.; Jannotti, C. B.; da Silva, K, S.; Martins, A C.; (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 p.1161-1171. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026309007>

Yonkers K. A., Wisner, K. L., Stewart, D. E., Oberlander, T. F., Dell, D. L., Stotland, N., Ramin, S., Chaudron, L., & Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 114(3): 703–713. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ba0632.

Ziegel, E. E.; Cranley, M. S. (1986). *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana.

ANEXOS:

Anexo I: PHQ-2

Ao longo das duas últimas semanas, com que frequência você foi incomodado por alguns dos seguintes problemas:				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Pouco Interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Sentindo-se triste ou deprimido	0	1	2	3

Anexo II: EPSS

Escala de Percepção de Suporte Social

(Siqueira, 2008)

Gostaríamos de saber com que FREQUÊNCIA você recebe apoio de outra pessoa quando precisa. Dê suas respostas anotando nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

1= NUNCA

2= POUCAS VEZES

3= MUITAS VEZES

4= SEMPRE

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

1. () Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. () Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. () Ajuda-me a resolver um problema prático
4. () Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. () Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. () Compreende minhas dificuldades
7. () Consola-me se estou triste
8. () Sugere fontes para eu me atualizar
9. () Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. () Dá atenção às minhas crises emocionais
11. () Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. () Empresta-me algo de que preciso
13. () Dá sugestões sobre viagens que quero fazer

14. () Demonstra carinho por mim
15. () Emprresta-me dinheiro
16. () Esclarece minhas dúvidas
17. () Está ao meu lado em qualquer situação
18. () Dá sugestões sobre meu futuro
19. () Ajuda-me na execução de tarefas
20. () Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. () Fornece-me alimentação quando preciso
22. () Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. () Orienta minhas decisões
24. () Ouve com atenção meus problemas pessoais
25. () Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
26. () Preocupa-se comigo
27. () Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
28. () Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
29. () Toma conta de minha casa em minha ausência

Anexo III: IDATE

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE
(PARTES I e II)

Nome:	_____			
Idade:	_____ a _____ m	Data do nascimento:	___/___/___	
Naturalidade	_____	Estado civil	_____	Sexo _____
Nível de instrução	_____			
Profissão	_____			
Ocupação atual	_____			

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM.

TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÕES.

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

		AVALIAÇÃO			
		Muitíssimo-----4	Um pouco-----2		
		Bastante-----3	Absolutamente não----1		
1-	Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2-	Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3-	Estou tenso.....	1	2	3	4
4-	Estou arrependido.....	1	2	3	4
5-	Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6-	Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7-	Estou preocupado com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
8-	Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
9-	Sinto-me ansioso.....	1	2	3	4
10-	Sinto-me "em casa".....	1	2	3	4
11-	Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12-	Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13-	Estou agitado.....	1	2	3	4
14-	Sinto-me uma pilha de nervos.....	1	2	3	4
15-	Estou descontraído.....	1	2	3	4
16-	Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
17-	Estou preocupado.....	1	2	3	4
18-	Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19-	Sinto-me alegre.....	1	2	3	4
20-	Sinto-me bem.....	1	2	3	4

* Os itens demarcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

	AVALIAÇÃO			
	Quase sempre-----4	Às vezes-----2		
	Frequentemente-----3	Quase nunca-----1		
1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4

* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço.

Anexo IV: ASSIST

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- Se "NÃO" em todos os itens Investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc.)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, malo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, biletamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, thinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESES MENTALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Gua de Intervenção para Padrão de uso Injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

APÊNDICES

Apêndice I: Questionário Sociodemográfico e clínico

Número de identificação do questionário: _____ Data: ___/___/___

Idade: _____ anos IG: _____

Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- União Estável

Mora:

- Com a família
- Sozinha
- Com amigos

Religião:

- Católica
- Espírita
- Evangélica
- Testemunha de Jeová
- Sem religião

Outra: _____

A sua cor ou raça é:

- Branca
- Preta

Parda

Amarela

Indígena

Outra: _____

Profissão: _____

Renda individual mensal:

- Nenhuma
- Menor que 1 salário mín.
- Entre 1 e 2 salários mín.
- Entre 2 e 6 salários mín.
- Entre 6 e 12 salários mín.
- Acima de 12 salários mín.

Escolaridade:

- Analfabeta Até a 3ª Série
- Até a 4ª Série
- Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo

Ens. Superior Incompleto

Ens. Superior Completo

Pós-Graduada

Você tem alguma doença crônica que o impeça de realizar alguma atividade?

Sim Não

Se sim, Qual?

Possui filhos?

Sim Não

Se sim, quantos? _____

Já fez cesárea?

Sim Não

Se sim, quantas? _____

Já sofreu algum aborto?

Sim Não

Marque com um X se você possui alguma dessas características clínicas:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Problemas do coração | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Problemas nos rins | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infecção |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas no sangue | <input type="checkbox"/> Doenças autoimunes; |
| <input type="checkbox"/> Problemas nos órgãos sexuais; | <input type="checkbox"/> Câncer. | |

Motivo da internação: _____

Você acredita que exista algum motivo, além do problema físico apresentado, que possa ter aumentado o risco da sua gestação? Sem sim, comente sobre:

Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a presença de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus cuja gravidez possa trazer algum risco à mãe e/ou ao bebê. Serão convidadas a participar todas as pacientes que preencham esse perfil e que estejam realizando o pré-natal. O motivo que nos leva a estudar este tema é conhecer os aspectos psicossociais, tais como a depressão, ansiedade, apoio social e uso de álcool e outras drogas das mulheres a fim de sugerir possíveis intervenções futuras que possam trazer bem-estar para essas pacientes. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sra. será convidada a responder cinco questionários. São eles: Questionário de Saúde Geral do Paciente (PHQ-2), que avalia a presença de sintomas de depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia a presença de sintomas de ansiedade e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), que pretende apontar índices relacionados ao suporte social, o ASSIST para avaliar o envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas e um questionário sociodemográfico. A pesquisa não causará nenhum grande risco à Sra. O risco mínimo que a pesquisa pode trazer é gerar algum sentimento que possa deixá-la mais sensível, mas caso seja observada alguma necessidade de acompanhamento psicológico, realizaremos este encaminhamento. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida no ambulatório, e a pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida à Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa “Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura participante	Data
<hr/>		

Nome	Assinatura pesquisadora	Data
<hr/>		

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Laís Lage de Carvalho

Departamento de Psicologia- Campus Universitário da UFJF

E-mail: laislagecarvalho@gmail.com

Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(No caso do responsável pelo menor)

A menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG”. Nesta pesquisa, pretendemos avaliar a presença de sintomas de depressão e ansiedade, bem como o possível uso de álcool e outras drogas e o apoio social em pacientes do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus cuja gravidez possa trazer algum risco à mãe e/ou ao bebê. Serão convidadas a participar todas as pacientes que preencham esse perfil e que estejam realizando o pré-natal. O motivo que nos leva a estudar este tema é conhecer os aspectos psicossociais, tais como a depressão, ansiedade, apoio social e uso de álcool e outras drogas das mulheres a fim de sugerir possíveis intervenções futuras que possam trazer bem-estar para essas pacientes. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A menor de idade sob sua responsabilidade será convidada a responder cinco questionários. São eles: Questionário de Saúde Geral do Paciente (PHQ-2), que avalia a presença de sintomas de depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia a presença de sintomas de ansiedade e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), que pretende apontar índices relacionados ao suporte social, o ASSIST para avaliar o envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas e um questionário sociodemográfico. A pesquisa não causará nenhum grande risco à gestante.

Para participar desta pesquisa, a menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ela tem assegurado o direito à indenização. Ela será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) Sr. (a), como responsável pela menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dela a qualquer momento. A participação dela é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida no ambulatório, e o pesquisador irá tratar a identidade da menor com padrões profissionais de sigilo. A menor não será identificada em nenhuma publicação.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação da menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, responsável pela menor _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Responsável

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Apêndice IV: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a presença de sintomas de depressão e ansiedade, bem como o possível uso de álcool e outras drogas e o apoio social em pacientes do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus cuja gravidez possa trazer algum risco à mãe e/ou ao bebê. Serão convidadas a participar todas as pacientes que preencham esse perfil e que estejam realizando o pré-natal. O motivo que nos leva a estudar este tema é conhecer os aspectos psicossociais, tais como a depressão, ansiedade, apoio social e uso de álcool e outras drogas das mulheres a fim de sugerir possíveis intervenções futuras que possam trazer bem-estar para essas pacientes. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sra. será convidada a responder cinco questionários. São eles: Questionário de Saúde Geral do Paciente (PHQ-2), que avalia a presença de sintomas de depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia a presença de sintomas de ansiedade e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), que pretende apontar índices relacionados ao suporte social, o ASSIST para avaliar o envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas e um questionário sociodemográfico. A pesquisa não causará nenhum grande risco à Sra. Para participar desta pesquisa, o responsável pela Sra. deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. A Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito à indenização. A Sra. será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável pela Sra. poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida no ambulatório, e a pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável pela Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida à Sra. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informada dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Laís Lage de Carvalho

Departamento de Psicologia-Campus Universitário da UFJF

E-mail: laislagecarvalho@gmail.com