UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLAUDIA RIOS CATAÑO

**Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que
vivenciaram um episódio de morbidade materna grave**

Ribeirão Preto

2011

CLAUDIA RIOS CATÃO

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO EM MULHERES QUE VIVENCIARAM UM EPISÓDIO DE
MORBIDADE MATERNA GRAVE**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências.
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cataño, Claudia Rios
Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em
mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave.
Ribeirão Preto, 2011.
107p. : il.: 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

1. Gravidez de Alto Risco 2. Morbidade 3. Depressão
4. Ansiedade 5. Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Claudia Rios Cataño

Título: Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicat6ria

Para mi pap6 Rub6n y mi mam6 Charito:

A veces no soy expresiva, a veces no me es f6cil demostrar mis emociones, a veces tengo miedo y otras, vergüenza. Pero tambi6n tengo certezas en mi vida, y una de ellas es que los amo con todo mi coraz6n y que sin ustedes no ser6 nada de lo que hoy soy
Muchas gracias por tener el privilegio de ser su hija.

Agradecimentos

A Deus, pela vida, por ter me proporcionado saúde, paz e paciência. Por me guiar e, apesar de estar longe da minha família, ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas.

A meu irmão Hernan e minhas sobrinhas Claudia e Ariana, porque sei que sempre estão comigo, valorizam tudo o que faço e aguardam minha chegada com carinho.

À minha orientadora Flávia Azevedo Gomes, pela valiosa orientação, pela confiança e por me ensinar a confiar em mim, muito obrigada.

À professora Maria José Clápis, pelo apoio, amizade e pela confiança, você sempre será um exemplo para mim.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) que me acolheu com carinho, durante todo o tempo da coleta de dados.

Às mulheres com morbidade materna grave que aceitaram participar da minha pesquisa, obrigada pela paciência.

À minha família no Peru, por estar ao meu lado com sua força, seu apoio nos momentos difíceis e por valorizar tudo o que faço, muito obrigada.

À minha grande amiga Liz Lopez, mesmo morando longe sempre esteve presente quando mais precisei: obrigada pelas suas palavras nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Ana Teresa, Bárbara Franco, Mariana Honorato e Mariana Fonseca, pelo carinho, amizade e pela valiosa ajuda durante todo esse tempo, adoro vocês.

Às minhas amigas, Mariana Gil e Patrícia Prudêncio, porque foi amizade à primeira vista, é muito bom contar com vocês.

Aos casais Andréia, Silvio e Thatiane e Mirko, obrigada pela amizade, carinho e respeito, por me fazerem compartilhar momentos importantes.

Às secretárias Kethleen Sampaio, Carla Arantes, Flávia Martins e em especial para Shirley Figueiredo, pela ajuda e carinho, muito obrigada.

Ao Programa Estudante Convênio Pós-Graduação (PEC-PG) pela oportunidade de realizar este sonho chamado doutorado.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior, pelo incentivo financeiro.

A todos que colaboraram na construção deste trabalho, seja na colaboração direta, ou dedicando sua amizade e apoio, muito obrigada.

Vida - É o amor existencial
Razão - É o amor que pondera
Estudo - É o amor que analisa
Ciência - É o amor que investiga
Filosofia - É o amor que pensa
Religião - É o amor que busca Deus
Verdade - É o amor que se eterniza
Ideal - É o amor que se eleva
Fé - É o amor de que transcende
Esperança - É o amor que sonha
Caridade - É o amor que auxilia
Fraternidade - É o amor que se expande
Sacrifício - É o amor que se esforça
Renúncia - É o amor que depura
Simpatia - É o amor que sorri
Trabalho - É o amor que constrói
Indiferença - É o amor que se esconde
Desespero - É o amor que desgoverna
Paixão - É o amor que se desequilibra
Ciúme - É o amor que desvaria
Egoísmo - É o amor que se animaliza
Orgulho - É o amor que enlouquece
Ódio - É o amor que se envenena

Francisco Cândido Xavier
(Adaptado do livro: Falando à terra)

RESUMO

Cataño, R.C. **Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave.** 2011. 107f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

A morbidade materna grave é um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação materna, durante a gestação, parto ou puerpério, e que pode terminar em morte. Situações de altos níveis de estresse têm sido relatadas como disparadoras de alterações emocionais e mentais, portanto, através desta pesquisa questiona-se se a morbidade materna grave, durante a gestação e/ou puerpério, está relacionada com o desenvolvimento de alterações mentais. O objetivo deste estudo foi analisar a depressão, ansiedade e os transtornos de estresse em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave. Realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo, transversal de base hospitalar, com dados primários coletados por meio de entrevistas. As variáveis foram analisadas através de frequências e percentuais. Para as associações, utilizou-se o exato de Fisher com um nível de significância de $\alpha \leq 0,05$. Para as variáveis em que foi rejeitada a hipótese de normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. A amostra constituiu-se de 78 mulheres, sendo as morbidades mais frequentes as síndromes hipertensivas, apresentadas em 65 (83,3%) participantes, os transtornos hemorrágicos em sete (9,0%) e os indicadores de gravidade em seis (7,8%). Quanto à depressão, foram encontradas 12 participantes (15,4%) com diagnóstico positivo e 66 (84,6%) sem depressão. Em relação à Ansiedade-Estado, encontrou-se baixa ansiedade em sete (9,0%) participantes, ansiedade controlada em 64 (82,1%), alta ansiedade em sete (9,0%). Quanto à Ansiedade-traço, 25 (32,1%) participantes foram pouco ansiosas, 43 (55,1%), ansiosas e dez (12,8%), muito ansiosas. Em relação aos transtornos de estresse, observou-se a presença de estresse em 17 (21,8%) pacientes e 78,2% não apresentaram. Encontrou-se diferença significativa entre a depressão e o lugar de procedência ($p = 0,04 \leq 0,05$). Houve associação estatisticamente significativa entre Ansiedade-Traço e ocorrência de depressão ($p = 0,001 \leq 0,05$), e Ansiedade-Traço e transtorno de estresse ($p = 0,001 \leq 0,05$). Conclui-se que a ocorrência de alterações mentais é determinada pelas características psicológicas e avaliação individual do evento, e não propriamente por vivenciar um episódio de morbidade materna grave.

Palavras-chave: 1. Gravidez de alto risco 2. Morbidade 3. Depressão 4. Ansiedade 5. Transtorno de estresse pós-traumático.

ABSTRACT

Cataño, R.C. **Depression, anxiety disorder and posttraumatic stress disorder in women who experienced an episode of severe maternal morbidity.** 2011. 107p. Thesis (Doctorate.) School of Nursing of Ribeirão Preto. University of São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

The severe maternal morbidity is a continuum that begins with the occurrence of a maternal complication during pregnancy, childbirth or the postpartum period, and that can end in death. Situations of high stress levels have been reported as triggers of emotional and mental changes. Therefore, this research questions whether severe maternal morbidity during pregnancy and/or postpartum is related to the development of mental changes. The objective of this study was to assess depression, anxiety and stress disorders in women who experienced an episode of severe maternal morbidity. It was an epidemiological, descriptive, cross-sectional hospital-based study with primary data collected through interviews. The variables were analyzed using frequencies and percentages. For associations it was used the exact chi-square test with a significance level of $\alpha \leq 0,05$. For variables in which the hypothesis of normality was rejected it was used the nonparametric Mann-Whitney test. The sample consisted of 78 women and the most frequently morbidities were hypertensive syndromes presented in 65 (83,3%) participants, bleeding disorders in seven (9,0%) and severity indicators in six (7,8%). As for depression were found 12 participants (15,4%) with positive diagnosis and 66 (84,6%) without depression. In relation to anxiety-state a low anxiety was found in seven (9,0%) participants, controlled anxiety in 64 (82,1%), high anxiety in seven (9,0%). As for anxiety-trait 25 (32,1%) participants were less anxious, 43 (55,1%) anxious and ten (12,8%) very anxious. In relation to stress disorders it was observed the presence of stress in 17 (21,8%) patients and 78,2% did not present stress. A significant difference was found between depression and place of provenance ($p=0,04$). There was a significant association between trait anxiety and the occurrence of depression ($p=0,001$), and between trait anxiety and stress disorder ($p=0,001$). It is concluded that the occurrence of mental disorders is determined by psychological characteristics and individual evaluation of the event and not exactly by experiencing an episode of severe maternal morbidity.

Key-Word: Pregnancy High Risk. Morbidity. Depression. Anxiety. Stress disorders Pós-Traumatic.

RESUMEN

Cataño, R.C. **Depresión, ansiedad y trastorno de estrés post traumático en mujeres que vivenciaron un episodio de morbilidad materna grave.** 2011.107p. Tesis (Doctorado)-Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

La morbilidad materna grave es un *continuum* que se inicia con la aparición de una complicación durante el periodo de gestación, parto o postparto, y que puede terminar en muerte. Situaciones de altos niveles de estrés han sido relatadas como causantes de alteraciones emocionales y mentales, de esa forma, esta investigación problematiza en el hecho de si la morbilidad materna grave durante la gestación y/o postparto está relacionada con el desarrollo de alteraciones mentales. El objetivo de este estudio fue analizar la depresión, ansiedad y los trastornos de estrés en mujeres que experimentaron un episodio de morbilidad materna grave. Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal de base hospitalaria, con datos primarios recolectados por medio de entrevistas. Las variables fueron analizadas a través de frecuencias y porcentajes, para las asociaciones se utilizó el test de Chi-Cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha \leq 0,05$. Para las variables en que fue rechazada la hipótesis de normalidad, fue utilizado el test no paramétrico de Mann-Whitney. La muestra se constituyó de 78 mujeres, siendo las morbilidades más frecuentes los síndromes hipertensivos, presentados en 65 participantes (83,3%), los trastornos hemorrágicos en siete (9,0%) y los indicadores de gravedad en seis (7,8%). En relación a la depresión, fueron encontradas 12 participantes (15,4%) con diagnóstico positivo y 66 (84,6%) sin depresión. En relación a la ansiedad-estado se encontró baja ansiedad en siete participantes (9,0%), ansiedad controlada en 64 (82,1%), alta ansiedad en siete (9,0%), mientras que, en la ansiedad-trazo 25 participantes fueron poco ansiosas (32,1%), 43 ansiosas (55,1%) y diez (12,8%) muy ansiosas. En relación a los trastornos de estrés, se observó la presencia de estrés en 17 pacientes (21,8%) y 61 no presentaron (78,2%). Se encontró diferencia significativa entre la depresión y el lugar de procedencia ($p=0,04 \leq 0,05$). Hubo asociación estadísticamente significativa entre ansiedad-trazo y depresión ($p=0,001 \leq 0,05$), así como ansiedad-trazo y trastorno de estrés ($p=0,001 \leq 0,05$). Se concluye que la presencia de alteraciones mentales es determinada por las características psicológicas y evaluación individual del evento, y no propiamente de experimentar un episodio de morbilidad materna grave.

Palabras Clave: Embarazo de Alto Riesgo. Morbilidad. Depresión. Ansiedad. Trastorno de Estrés postraumático.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis sociodemográficas das mulheres com episódio de morbidade materna grave, HCFMRP - USP, 2011.	51
Tabela 2	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis: aceitação da gravidez por parte da mulher com morbidade materna grave, família e companheiro no HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	52
Tabela 3	Distribuição da Frequência (n) e Porcentual (%) das variáveis do suporte psicossocial da família, companheiro, vizinhos e amigos frente à gravidez das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	52
Tabela 4	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis: número de gestações, número de partos e número de filhos vivos das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	58
Tabela 5	Distribuição da Frequência (n) e percentual (%) das variáveis: número de cesáreas e número de partos normais das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	59
Tabela 6	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) da morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	60
Tabela 7	Distribuição da Frequência (f) e Porcentual (%) dos motivos da intervenção cirúrgica durante o período de internamento das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	63
Tabela 8	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) dos transtornos ansiosos (Transtorno de Estresse Agudo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático) em pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	64
Tabela 9	Associação da depressão e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	65

Tabela 10	Associação da depressão e os fatores psicossociais das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	66
Tabela 11	Associação da depressão e as variáveis obstétricas das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	67
Tabela 12	Associação da ansiedade-estado e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	68
Tabela 13	Associação da ansiedade-estado e o suporte psicossocial das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	69
Tabela 14	Associação da ansiedade-estado e os dados obstétricos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	70
Tabela 15	Associação da ansiedade-traço e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	71
Tabela 16	Associação da ansiedade-traço e o suporte psicossocial das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	72
Tabela 17	Associação dos transtornos de estresse e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	73
Tabela 18	Associação dos transtornos de estresse e os dados obstétricos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	74
Tabela 19	Associação da depressão e ansiedade-traço das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	75
Tabela 20	Associação do transtorno de estresse das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis relativas às especialidades médicas procuradas, referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	54
Gráfico 2	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis relacionadas ao motivo das consultas médicas referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	54
Gráfico 3	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis relativas ao uso de medicamentos, referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	55
Gráfico 4	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) dos motivos da procura por serviços de saúde mental referidos pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	56
Gráfico 5	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) do uso de substâncias químicas referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	57
Gráfico 6	Distribuição da Frequência (n) e percentual (%) da variável: Tipo de parto das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	61
Gráfico 7	Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) da variável: tipo de aleitamento materno praticado pelas nutrízes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVO GERAL.....	21
2.1 Objetivos específicos.....	21
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1 Morbidade materna grave.....	23
3.2 Alterações do humor no ciclo gravídico- puerperal.....	27
3.2.1 Depressão.....	27
3.2.2 Ansiedade.....	31
3.2.3 Transtorno de estresse pós-traumático.....	34
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	40
4.1 Delineamento do estudo.....	40
4.2 Participantes do estudo.....	40
4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.3 Local de estudo.....	40
4.4 Aspectos éticos.....	41
4.5 Coleta de dados.....	41
4.5.1 Recrutamento das participantes.....	41
4.5.2 Estratégias para coleta de dados.....	42
4.5.3 Instrumentos de coleta.....	42
4.6 Variáveis do estudo.....	44
4.6.1 Variáveis sociodemográficas.....	44
4.6.2 Variáveis psicossociais	45
4.6.3 Variáveis obstétricas.....	46
4.7 Estudo-piloto.....	47
4.8 Dificuldades encontradas.....	47
4.9 Análise dos dados.....	48
5 RESULTADOS.....	50
5.1 Caracterização das mulheres com morbidade materna grave.....	50
5.2 Prevalência de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático..	63
5.3 Associações entre as alterações mentais e a morbidade materna grave.....	65

6	DISCUSSÃO.....	78
7	CONCLUSÕES.....	85
8	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICE A.....	96
	ANEXO A.....	99
	ANEXO B.....	100
	ANEXO C.....	102
	ANEXO D.....	105
	ANEXO E.....	107

Introdução

---

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, mais de meio milhão de mulheres morre por causas relacionadas à gestação, ao parto e pós-parto, no mundo. Dessas mortes, aproximadamente 99% ocorrem em países em desenvolvimento, sendo um evento raro em países desenvolvidos. Em 2000, as taxas de mortalidade materna nas regiões em desenvolvimento (440/100.000 nascidos vivos) foram 20 vezes maiores que nas regiões desenvolvidas (20/1000.000 nascidos vivos) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD, 2011). Condições sociais, de educação e de saúde, historicamente, são aspectos envolvidos na ocorrência de mortes maternas (SIMÕES; ALMEIDA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), a mortalidade materna é um evento evitável em quase 90% dos casos. No Brasil, a redução significativa da mortalidade materna, de forma a atender aos acordos internacionais ainda não foi atingida. A real magnitude das mortes maternas é desconhecida, dada a dificuldade na obtenção de dados precisos (SIMÕES; ALMEIDA, 2011). A razão de mortalidade materna oficial divulgada é de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos; no entanto, mediante a aplicação de fatores de correção, essa razão ajusta-se para duas ou até quatro vezes a mais do que mostram os números oficiais. Apesar dessa constatação, os casos de mortes maternas são apenas uma parte de todo o problema concernente à assistência à saúde de muitas mulheres, uma vez que se observa um crescente de mulheres em idade reprodutiva que sofrem por complicações maternas (CECATTI et al., 2009).

O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010) aponta, no Brasil, uma redução na razão de mortalidade materna desde 1990. A mortalidade materna declinou de 140/100.000 nascidos vivos em 1990 para 75/100.000 nascidos vivos em 2007. Entre os anos de 1997 e 2005, a razão de mortalidade materna no Brasil apresentou uma queda de 12,5%, sendo de 61,2% para 53,4%. Considerando as regiões brasileiras, a razão de mortalidade materna estagnou, apresentando variações irregulares de ascensão e queda, mantendo níveis elevados. A região Nordeste, em 1990, apresentou as piores taxas brasileiras (80/100.000 nascidos vivos) e em 2001, a razão havia caído para 57/100.000 nascidos vivos. A menor taxa foi na região Sudeste com 43/100.000 nascidos vivos em todo o período.

Melhorar a saúde materna e, por conseguinte, reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. A meta almejada seria 16 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (PNUD, 2011). Para lograr

essa meta, o Brasil necessita ter conhecimento preciso das causas e dos níveis de mortalidade materna e, ainda, realizar intervenções assertivas.

Revisões recentes têm mostrado que existem inconsistências com relação à classificação das mortes maternas, mesmo considerando os critérios e definições padronizados internacionalmente (ABOUZAH, 2011). A investigação da mortalidade materna é onerosa, e os dados provenientes das investigações são considerados imprecisos para ser disparadores de estratégias e intervenções pró maternidade segura (RONSMANS et al., 2003).

Contudo, a preocupação persiste, uma vez que muitas mulheres sofrem com agravos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. O estudo dos eventos mórbidos graves que colocam em risco a vida das mulheres - morbidade materna grave - passa a constituir um objeto de estudo com as mulheres sobreviventes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2009).

A morbidade materna tem sido proposta como uma estratégia para o dimensionamento dos resultados obstétricos para a saúde da mulher. Configura-se em um novo indicador de saúde materna, visto que a morbidade materna ocorre com maior frequência do que os óbitos maternos e possibilita a captação de um número maior de informações, uma vez que as próprias mulheres sobreviventes constituem a fonte de informação (Souza; Cecatti; Parpinelli, 2005).

Estima-se que para cada caso de óbito materno ocorram mais 15 casos de morbidade materna grave, caracterizando-a como um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou pós-parto e cujo desfecho pode ser a morte (LUZ et al., 2008)

Situações de altos níveis de estresse têm sido relatadas como disparadoras de alterações emocionais e mentais associadas à ocorrência da morbidade materna grave e que necessitam de investigações (BORN et al., 2005). Pouco se sabe sobre as repercussões emocionais, a longo prazo, para a saúde da mulher, como a ocorrência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e outras formas de reações de ajustamento.

Considera-se que as repercussões emocionais da morbidade materna grave podem resultar em efeitos adversos para as mulheres, seus filhos e sua família, afetando negativamente a qualidade de vida e, ainda, persistindo por longo período após o evento. Também é importante considerar outros fatores como o tipo de parto, intervenções médicas e complicações obstétricas que podem afetar negativamente a qualidade de vida das mulheres (CECATTI et al., 2009).

Estudo realizado com mulheres que passaram por uma experiência de morbidade grave durante a gravidez, parto ou puerpério, retrata que, segundo as participantes, essa experiência “trouxe marcas difíceis de apagar, como alteração na autoimagem e depressão” (GODOY, 2008).

Questiona-se, nesta investigação, se a experiência de quase morte durante a gestação, parto ou pós-parto configura-se em um fator de risco para alterações emocionais na vida das mulheres acometidas. Esta investigação busca conhecer a morbidade materna grave quanto às causas e ao desfecho do evento e quanto a fatores sociais, demográficos, obstétricos e emocionais. Espera-se trazer contribuições para a identificação de determinantes da mortalidade materna no nível local, pois o estudo com mulheres que sobreviveram a episódios de complicações graves no ciclo gravídico-puerperal permite a compreensão do cenário em que ocorrem as mortes maternas e das condições de evitabilidade. Juntos, estudos de morbidade e mortalidade materna, possibilitam instrumentalizar mudanças no modelo de assistência à mulher e sua família, com vistas a que se atinja a maternidade segura neste país.

Objetivos

---

2. OBJETIVO GERAL

Analisar a depressão, ansiedade e o transtorno de estresse pós-traumático em mulheres com episódio de morbidade materna grave.

2.1 Objetivos específicos

- Caracterizar as mulheres com morbidade materna grave que apresentaram depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático quanto aos aspectos sociodemográficos, psicossociais e obstétricos.
- Determinar a prevalência da depressão, ansiedade e do transtorno de estresse pós-traumático em mulheres com episódio de morbidade materna.
- Investigar a associação entre a incidência de depressão, ansiedade e de transtorno de estresse pós-traumático e a ocorrência do episódio de morbidade materna grave.

Revisão da Literatura

---

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Morbidade materna grave: definição e incidência

Em 2000, dirigentes de todo o mundo comprometeram-se a implementar a Declaração do Milênio das Nações Unidas e a alcançar um conjunto de objetivos para reduzir a pobreza, melhorar a saúde e promover a paz, os direitos humanos, a igualdade entre homens e mulheres e a sustentabilidade ambiental. Estes Objetivos de Desenvolvimento do Milênio trazem novas esperanças à questão do respeito pelos direitos humanos e pela melhoria das condições de vida das mulheres, homens e crianças em todo o mundo (GELLER et al., 2006).

Os esforços envidados para acelerar os progressos na realização do Quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio - Melhorar a saúde materna e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna - concentraram-se no reforço do acesso das mulheres à assistência médica adequada durante o parto e aos cuidados obstétricos de emergência, bem como na melhoria dos sistemas de saúde (GELLER et al., 2006). A escassez e a dificuldade de acesso de mulheres ao serviço de saúde incluem barreiras concretas resultantes da sobrecarga de trabalho, falta de tempo para se cuidar e baixa qualidade da assistência à saúde (GIFFIN, 2002).

Apesar do consenso mundial favorável à intensificação dos esforços visando à realização do Quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, os progressos têm sido lentos, observando-se, em alguns casos, um agravamento da situação (PRUAL et al., 2000).

Anualmente, cerca de oito milhões de mulheres sofrem de complicações associadas à gravidez e mais de meio milhão morre antes, durante ou depois do parto (SOUZA et al., 2010). A incidência de complicações agudas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto varia entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde estima que 15% de todas as gestações tenham como desfecho, complicação severa que demande cuidados intensivos (STORENG et al., 2010). Uma pesquisa recente sugere que 43% das mulheres vivenciam alguma forma de morbidade, muitas das quais são evitáveis (GELLER et al, 2006).

Segundo Say, Pattinson e Gulmezoglu (2004), a prevalência de morbidade materna grave no mundo varia entre 0,8 e 8%, de acordo com os critérios de classificação e de diagnóstico encontrados em cada estudo.

Em Campinas, Souza, Cecatti e Parpinelli (2005) encontraram razão de 6,8 casos de morbidade materna grave por 1.000 partos.

Em termos conceituais, “morbidade materna grave” é compreendida por um evento de morbidade severa em mulheres durante a gestação, parto ou pós-parto, classificada como uma condição potencial de ameaça à vida, incluindo hemorragia, hipertensão ou outras alterações sistêmicas (CECATTI et al. 2009).

A Organização Mundial da Saúde define *near miss* como sinônimo de *severe acute maternal morbidity* (SAMM) e ambos podem ser usados para casos de complicação severa de ameaça à vida (PACAGELLA et al., 2010).

Ainda, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, há três critérios para identificar morbidade materna grave: (i) por definição de critérios clínicos relacionados a uma doença específica, como eclâmpsia e hemorragia; (ii) por intervenção específica como admissão em Unidade de Terapia Intensiva, cirurgias de urgência, como histerectomia e transfusão de sangue; (iii) por disfunção orgânica, como choque, insuficiência respiratória (SAY, SOUZA, PATTINSON, 2009). A disfunção ou insuficiência de um órgão ou sistema é diagnosticada através de monitoramento, complementados com marcadores clínicos, compatíveis com as disfunções do sistema ou órgão. A disfunção de órgão vitais (circulatório, cardíaco, renal, hepático, nervoso central e alterações metabólicas) é considerada como marcador de identificação de morbidade (SAY et al. 2009).

Os avanços ocorridos na atenção à saúde e a melhora no atendimento de usuários dos serviços de saúde, incluindo cuidados intensivos, vêm resultando em um maior número de mulheres que sobrevivem a eventos ameaçadores à vida e, por conseguinte, maior prevalência de consequências desta morbidade a longo prazo (RATTRAY, HULL, 2008).

Situações de altos níveis de estresse têm sido relatadas como disparadoras de alterações emocionais ou doenças mentais. Born et al. (2005) apontam que há alterações emocionais associadas à ocorrência da morbidade materna grave que necessitam ser mais bem investigadas. Entre estas estão o impacto psicológico, a ocorrência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e as reações de ajustamento.

A morbidade materna tem sido proposta, mais recentemente, como uma alternativa para o dimensionamento dos resultados obstétricos para a saúde da mulher. Configura-se em um possível indicador de saúde materna, segundo Souza; Cecatti, Parpinelli (2005), pois a morbidade materna ocorre com maior frequência do que os óbitos maternos e possibilita a captação de um número maior de informações, uma vez que as próprias mulheres sobreviventes constituem a fonte de informação.

Estima-se que, para cada caso de óbito materno, ocorrem em média 15 casos de morbidade materna grave. A morbidade materna é um *continuum* iniciado com a ocorrência

de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério e pode terminar em morte, distinguindo-se dois grupos: morbidade materna grave e morbidade materna extremamente grave conhecida como *near miss* (LUZ et al., 2008).

A morbidade materna é foco de atenção dos pesquisadores da área da saúde da mulher, considerando que sua proporção é bem maior do que a morte. É muito relevante compreender por que as mulheres grávidas adoecem, do que adoecem e quais são as repercussões para sua saúde. Um dos maiores desafios enfrentados é quando a morbidade materna torna-se grave ou muito grave, sendo percebidas como um evento *near miss* com repercussões prejudiciais à saúde física, mental e social da mulher e de sua família (GODOY et al., 2008).

O conceito de *near miss* (quase perda) refere-se originalmente a um choque de aeronaves muito próximo de ocorrer durante o voo, e que somente não ocorreu por um bom julgamento ou por sorte (AMARAL et al., 2007). Portanto, o conceito de *near miss* faz referência às mulheres com complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, e somente sobrevivem devido ao acaso ou cuidados hospitalares (SOUZA et al., 2006).

Considera-se útil ter a possibilidade de identificar prospectivamente as mulheres com risco de vida, já que no final do processo, uma mulher em risco de vida pode se tornar um caso de *near miss* ou terminar em morte (Figura 1). Para otimizar esforços de vigilância, foi desenvolvida uma lista de morbidades maternas (condições de vida potencialmente ameaçadoras). Essas condições podem ser identificadas na admissão hospitalar, nas primeiras 3-6 horas e durante o período de internação (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

A sobrevivência da mulher, muitas vezes depende do cuidado oferecido pelo serviço, portanto, o estudo pormenorizado dos casos de morbidade materna tem sido utilizado para avaliar não apenas a incidência de complicações ameaçadoras da vida, como também a qualidade na atenção obstétrica. Reconhecer os casos críticos de urgências e emergências maternas também oferece a oportunidade de intervir a tempo, evitando uma morte potencial. Além disso, a revisão dos casos críticos permite a identificação de fatores responsáveis pelo seu desencadeamento, favorecendo a implantação posterior de ações preventivas capazes de interferir no processo evolutivo das complicações que podem levar à morte materna (LUZ et al. 2008).

Figura 1. O espectro da morbidade: de gestações não complicadas até a morte materna

Fonte: Cecatti et al, 2009.

Situações de altos níveis de estresse têm sido relatadas como disparadoras de alterações emocionais e mentais associadas à ocorrência da morbidade materna grave e que necessitam ser mais bem investigadas. Além disso, pouco se sabe quanto às repercussões a longo prazo. É importante avaliar o impacto psicológico das pacientes, tais como transtorno de estresse agudo, ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto. Considera-se que as repercussões desses eventos podem levar a efeitos adversos nas mulheres, assim como nos filhos, afetando negativamente sua qualidade de vida e podendo persistir por longos períodos após o evento. Também é importante considerar outros fatores possíveis de afetar negativamente a qualidade de vida das mulheres como o tipo de parto, intervenções médicas e complicações obstétricas (CECATTI et al., 2009).

A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte nas mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Estudar as complicações, durante a gravidez, e os fatores associados a esse evento resultará em uma melhor compreensão do processo nessas mulheres, de estar em um estado

de saúde para um estado de doença. Conhecimentos sobre esse assunto podem colaborar para melhorar as políticas públicas e os cuidados de saúde prestados às mulheres que desenvolvem um episódio de morbidade materna grave.

Com base nas informações anteriores, o ciclo gravídico-puerperal é um evento de grande impacto para o psiquismo feminino, pois é um período de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade. Portanto, através desta pesquisa questiona-se se eventos negativos, como vivenciar um episódio de morbidade materna grave ou quase morte durante a gestação e/ou puerpério, são um fator de risco para desenvolver transtornos mentais. A hipótese é a de que a depressão, a ansiedade e o transtorno de estresse pós-traumático sejam mais comuns em mulheres sobreviventes de morbidade materna grave.

3.2. Alterações no humor no ciclo gravídico-puerperal

A gravidez é mencionada, por Pereira e Lovisi (2008), como um disparador para a depressão, uma vez que pode ser considerada um evento estressante. Estudo realizado com mulheres que passaram por uma experiência de morbidade grave durante a gravidez, parto ou puerpério, retrata que, segundo as participantes, essa experiência “trouxe marcas difíceis de apagar, como alteração na autoimagem e depressão” (GODOY, 2008).

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado por uma reação de medo intenso ou impotência quando uma pessoa testemunha ou é confrontada com eventos que envolvam morte ou ameaça à integralidade física. Mulheres em idade reprodutiva que passaram por situações estressantes apresentam altos índices de comorbidade associada ao TEPT, como transtornos depressivos, abuso de álcool, transtornos de ansiedade, entre outros (BORN et al. 2005).

Situações de altos níveis de estresse têm sido relatadas como disparadoras de alterações emocionais ou doenças mentais. Born et al. (2005) apontam que há alterações emocionais associadas à ocorrência da morbidade materna grave que necessitam ser mais bem investigadas. Entre estas estão o impacto psicológico, a ocorrência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e as reações de ajustamento.

3.2.1. Depressão

Segundo o *Diagnostic and statistical manual disorders*. DSM-IV (2003), para que seja feito o diagnóstico de depressão, é necessário que a pessoa apresente pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. A esses fatores devem ser somados pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão a partir de uma lista que inclui alterações em apetite, peso, do sono (insônia ou hipersonia) ou da atividade psicomotora (retardo ou agitação); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade para pensar; concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes de morte ou planos de tentativas suicidas. Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio da pessoa. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, pelo menos duas semanas consecutivas, e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos na área social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica.

A depressão é considerada como uma alteração do humor ou do afeto. É normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente, e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações de estresse (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. CID-10, 2007).

A depressão no Brasil é considerada como um problema de saúde pública que afeta de 2% a 5% da população em geral, com predomínio no sexo feminino. Muitas vezes, esta depressão é originada por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto (RUSCHI, et al. 2007).

Estudos mostram que a mulher está mais susceptível a desenvolver depressão maior. De acordo com Mello (2007), a prevalência de depressão maior em mulheres varia entre 4,7 e 12,6%, enquanto para os homens, esse índice varia entre 2,3 e 7%. Entre as mulheres, o risco é maior durante o período reprodutivo, com pico aos 45 anos, na perimenopausa. A mulher desenvolve mais transtornos de humor do que o homem devido tanto às diferenças dos aspectos biológicos e hormonais quanto aos aspectos psicossociais (CORDÁS; SALZANO, 2006).

A depressão maior pode-se apresentar como um único episódio ou de forma recorrente, sua identificação nem sempre é feita, sendo um problema comum e de grande importância por ser sério e incapacitante, mas tratável (WANNMACHER, 2004).

A depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente, frequentemente associada à incapacidade funcional comprometendo a saúde física. Outro ponto importante é a depressão subdiagnosticada e subtratada. Considera-se que entre 30 e 60% dos casos de depressão não são detectados, portanto, não recebem tratamentos específicos ou adequados. A morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em torno de 70% com um tratamento correto (FLECK, 2009).

No estudo descritivo de Ruschi et al. (2007), dentre as 292 puérperas residentes no estado de Espírito Santo, 39,4% apresentaram sintomas depressivos, e os autores relatam que outros trabalhos nacionais tiveram uma prevalência de depressão puerperal entre 12% e 19%, e na literatura internacional as porcentagens variam entre 10% e 20%.

Os transtornos depressivos são significativamente mais prevalentes em indivíduos com condições médicas do que na população considerada como sadia. A presença da depressão aumenta a morbidade e a mortalidade associadas às condições médicas concomitantes, e como consequência há um uso excessivo do sistema de saúde, aumento dos custos e piora da qualidade de vida (FRAGUAS, 2009).

A gestação e o puerpério são períodos da vida nos quais a mulher necessita de atenção e de avaliação especial, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais e de inserção social, podendo refletir na saúde mental das mulheres (CAMACHO, 2006).

Considera-se hoje que a depressão atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. O ciclo gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, sendo a depressão o transtorno mais frequente. Aproximadamente a cada cinco gestantes, uma apresenta depressão, todavia, a maioria dessas mulheres não é diagnosticada ou tratada adequadamente (PEREIRA et al. 2010).

A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, familiares, sociais e psicológicas, podendo assim observar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Um dos transtornos, durante o período gestacional, é a depressão, influenciando negativamente o autocuidado e a adesão ao tratamento. Observa-se que são cobrados das gestantes comportamentos demonstrativos de afeto, de felicidade e de cuidados para com a gestação, mas se essas mulheres apresentam sintomas depressivos podem culpar-se por não corresponderem a essas expectativas (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

Segundo Pereira et al. (2009), a maioria dos estudos sobre depressão materna tem-se centrado na depressão-parto. No entanto, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente durante a gravidez, e de grande importância para a saúde pública. Estudos demonstraram que a depressão e a ansiedade durante a gravidez foram fatores de risco para a depressão pós-parto. A depressão pós-parto tinha surgido durante o período do pré-natal, assim, a depressão não tratada estava associada a efeitos adversos incluindo baixo peso ao nascer (MITSUHIRO et al. 2006; FERRI, et al. 2007).

A depressão merece importância por três motivos: o primeiro, pela grande carga emocional da depressão durante a gestação e sua associação a um pré-natal deficiente, má alimentação, violência de gênero, mais prevalentes em países em desenvolvimento; em segundo lugar, a depressão e a ansiedade durante a gravidez são fatores de risco para a depressão pós-natal, com isso, as intervenções para tratar a depressão podem começar antes do parto; e em terceiro lugar, a depressão não tratada está associada à variedade de resultados adversos, incluindo baixo peso ao nascer, prematuridade e desenvolvimento deficiente no primeiro ano de vida (PEREIRA, 2009; PEREIRA, 2010).

Cada trimestre da gestação é marcado por mudanças emocionais específicas acompanhadas pela evolução fisiológica da gravidez. A descoberta da gravidez pela mulher, por exemplo, faz com que a mulher regreda à sua própria experiência como filha, revivendo alguns dos conflitos primários como a vontade de ser mãe contraposta ao medo desta experiência. O segundo trimestre é marcado por mudanças mais concretas, no sentido de serem sentidas e percebidas no próprio corpo da gestante. A percepção dos movimentos fetais faz a mulher perceber o filho como um ser independente, enquanto o crescimento uterino requer a adaptação da mulher à sua nova imagem corporal (TEDESCO, 2002). No último trimestre da gravidez, todos esses conteúdos podem estar presentes em menor ou maior intensidade, no entanto, a proximidade do parto caracteriza esse período. Mesmo com a evolução das tecnologias, o medo do parto ainda está bastante presente nas gestantes. Com o fim da gestação, a mulher passa também a temer a perda da gratificação proporcionada pelo estado gravídico, uma vez que as atenções de familiares e amigos estavam voltadas ao seu cuidado e bem-estar durante toda a gestação. Esses temores podem apresentar-se em formas de *blues* ou depressão puerperal, quando manifestados tardiamente (TEDESCO, 2002).

Transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Há relatos de “insanidade puerperal” na literatura médica francesa e alemã dos séculos XVII e XVIII. No ano de 1818, Jean Esquirol foi o primeiro em fornecer dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal. Em 1856, o médico francês Vitor Louis

Marcé sugeriu que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno (CANTILINO, 2010).

Para algumas mulheres, as semanas após o parto representam um período de maior vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos. As doenças pós-parto são significativas, pois elas não apenas afetam a mãe, como também podem ter um impacto negativo sobre a vida familiar e o desenvolvimento do recém-nascido. Do ponto de vista clássico, as condições emocionais patológicas do período pós-parto incluem melancolia, depressão e psicose pós-parto. Mesmo sem uma etiologia específica para explicar o início da doença psiquiátrica, durante o período pós-parto, as causas provavelmente residam em uma combinação de fatores biológicos, endocrinológicos e psicossociais (BURT; HENDRICK, 2006).

A depressão perinatal tem sido associada à mortalidade neonatal, uma vez que dificulta a adesão da gestante ao acompanhamento pré-natal, e algumas das substâncias liberadas no organismo, consequentes da depressão, podem causar baixo peso ao nascer e prematuridade, afetando o desenvolvimento da criança, além de ser um importante fator de risco para a depressão puerperal (PEREIRA, LOVISI, 2008). Nesse sentido, pesquisas mostram que a depressão puerperal não tratada tem relação direta com o desenvolvimento e saúde mental da criança, podendo acarretar prejuízos cognitivos na relação mãe-bebê, além de aumentar o risco de suicídio e infanticídio (CORDÁS e SALZANO, 2006).

Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos ou biológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão, as escalas de avaliação servem para medir e caracterizar o fenômeno. As escalas de avaliação traduzem o fenômeno clínico, em informações objetivas e quantitativas, e podem ser usadas para auxiliar o diagnóstico, assim como para documentar o estado clínico do deprimido em um determinado momento ou para complementar informações de alguma avaliação prévia dos pacientes (MORENO; MORENO, 1998).

3.2.2. Ansiedade

Consideram-se os transtornos de ansiedade como os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, mesmo assim, menos de 30% dos indivíduos procuram tratamento (LEPINE, 2002). O Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA) realizou uma pesquisa epidemiológica de base populacional, com uma amostra de cerca de 20 mil pessoas nos Estados Unidos. Os achados indicaram que uma em cada quatro pessoas, em algum momento da vida, apresentou algum transtorno de ansiedade. Esses transtornos, geralmente, se concentram entre as idades de 25 a 44 anos, em mulheres com pouca escolaridade, solteiras e sem filhos (LEPINE, 2002).

No Brasil, observa-se uma acentuada carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica da população, e esse fato dificulta o planejamento, organização e avaliação da assistência da saúde mental no país. Segundo Almeida Filho, et al.1997, o estudo brasileiro multicêntrico de morbidade psiquiátrica em três áreas urbanas brasileiras (Brasília, Porto Alegre e São Paulo) constatou as seguintes estimativas de prevalência para os transtornos de ansiedade: 12,1% em Brasília, 5,4% em Porto Alegre e 6,9% em São Paulo. Os achados mostram a ansiedade e as fobias constituindo os principais problemas de saúde mental da população brasileira (MUNARETTI; TERRA, et al. 2007).

O aspecto essencial no transtorno de ansiedade patológica é a ansiedade generalizada e persistente, mas não restrita a circunstâncias ambientais. Os sintomas dominantes são altamente variáveis, mas queixas de sentimentos contínuos de nervosismo, sudorese, tremores, tensão muscular, sensação de cabeça leve, palpitações e desconforto epigástrico são comuns. Os medos são frequentemente expressos junto com uma variedade de outras preocupações e pressentimentos. A ansiedade é mais comum em mulheres e frequentemente relacionada ao estresse ambiental crônico (CID – 10, 2007).

A ansiedade é um estado emocional considerado parte do estado normal das experiências humanas, inclui componentes psicológicos e fisiológicos. Situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo e provocam uma reação biológica e comportamental ao fator estressante. Dessa forma, considera-se que o estresse tem uma grande responsabilidade pelo surgimento do transtorno de ansiedade. Os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência, sendo que as mulheres têm mais probabilidade de desenvolver o transtorno de ansiedade comparado com os homens (VIEIRA, et al. 2009).

Para diagnosticar o paciente ansioso, ele deve apresentar sintomas primários de ansiedade por pelo menos várias semanas ou por vários meses e deve envolver os seguintes elementos: apreensão, que é a preocupação sobre desgraças futuras; sentir-se “no limite”; dificuldade de concentração, tensão motora, tais como movimentação inquieta, cefaleias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar, e hiperatividade autonômica que é a sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipneia, desconforto epigástrico, tonturas e boca seca (CID – 10, 2007).

A gravidez, o parto e o puerpério representam períodos sensíveis no ciclo vital da mulher. Esses períodos envolvem grandes transformações, do ponto de vista fisiológico e psíquico e também dentro do papel sociofamiliar feminino. Além disso, as mudanças físicas ocorridas, durante a gravidez, podem provocar instabilidade emocional nas mulheres.

Considera-se que os altos níveis de ansiedade materna, na fase pré e pós-natal, estejam relacionados a complicações obstétricas, tais com sangramento vaginal, ameaça de aborto e déficit no desenvolvimento fetal (CORREIA; LINHARES, 2007).

Nos últimos 20 anos, houve grande desenvolvimento de pesquisas sobre depressão puerperal, avaliando sua etiologia, evolução e prevalência. No entanto, a ansiedade puerperal é um fenômeno comum, porém, não tem sido tão estudada quanto a depressão. De fato, o período puerperal parece ser o período de maior risco para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos. Os distúrbios ansiosos são mais frequentes que os quadros depressivos e, apesar da associação entre ansiedade e depressão ser comum, nem todos os pacientes ansiosos são deprimidos (CURY; MENEZES, 2006).

A ansiedade é entendida como um componente emocional que acompanha o período gestacional até o momento do parto e é caracterizada por um estado de insatisfação, intranquilidade, incerteza, e insegurança, acompanhadas de sensações de medo, sentimentos de incompetência, transtornos de sono e tensão muscular. A ansiedade, muitas vezes, acomete as gestantes primigestas, pois o equilíbrio emocional é ameaçado devido à falta de compreensão da gestante. Esses sintomas ansiosos podem elevar-se no terceiro trimestre gestacional devido ao aumento de contrações uterinas, dificuldades digestivas, pressão dos órgãos internos abdominais e o baixo ventre, assim também o cansaço fica mais frequente (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

Na gravidez de alto risco, afloram emoções e sentimentos de culpa que podem complicar a evolução da gestação, entretanto, a morbidade materna grave é associada a falhas da própria mãe durante a gravidez, na rejeição do seu organismo e do feto, gerando um sentimento de culpa, de medo e punição. A mulher grávida cria uma grande expectativa quanto ao futuro de sua vida e a de seu filho. Durante a gestação e após o nascimento, ficam apreensivas e ansiosas, com medo do inesperado e de perder o filho (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010)

Na maioria das sociedades, acredita-se que o estado psicológico da mãe pode influenciar seu filho. Segundo o estudo de Ianniruberto; Tajani, (1981), com a utilização do ultrassom foi demonstrado como a ansiedade materna afeta o comportamento do feto. Existem vários mecanismos pelos quais a ansiedade materna pode afetar o feto como, por exemplo, o aumento da concentração de hormônios na mãe transportados diretamente através do fluxo sanguíneo à placenta prejudica o feto por alterações nas artérias uterinas (TEIXEIRA; FISK; GLOVER, 1999).

Com base no exposto, é importante realizar um estudo mais aprofundado do impacto da ansiedade nas mulheres com vivência de morbidade materna grave, na hipótese de que os sintomas ansiosos podem estar associados e/ou intensificados na ocorrência de morbidade materna grave.

3.2.3 Transtorno de estresse pós-traumático

As primeiras referências clínicas relacionadas a eventos traumáticos foram referidas na Inglaterra. O médico Walter Lewis, em 1861, descreveu sintomas em funcionários de correios com experiência de acidentes de trem. Eles referiam pesadelos sobre colisão, complicações do sono e resistência a viajar de novo (LASIUK; HEGADOREN, 2006). No entanto, as consequências emocionais de trauma psicológico foram descritas e reconhecidas pelo neurologista Jean Marie Charcot no final do século XIX. Os sintomas apontados por ele eram palpitações, dores no peito, tremores e dificuldade para dormir. Foi então com o uso de critérios diagnósticos definidos mais claramente que se iniciou o estudo sistemático do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (KAPCZINSKI; MARGIS, 2003).

Foi Abram Kardiner, psicanalista, que viria a se ocupar do assunto de forma integradora, incentivado pelos achados clínicos de situações referentes à Segunda Guerra Mundial. Kardiner publica, em 1941, um livro intitulado “As neuroses traumáticas de Guerra”. Essa obra contém a definição de Transtorno de estresse pós-traumático, mantida pelo resto do século XX. (Passa a ser considerado por vários autores especializados como uma obra que viria a definir, pelo resto do século XX, o que seria o Transtorno de estresse pós-traumático). Foi ele o primeiro a evidenciar, de acordo com seus achados clínicos detalhados, o sofrimento dos pacientes e o desenvolvimento de uma permanente hipervigilância e sensibilidade frente às ameaças ambientais, afirmando que o núcleo desses quadros era uma “fisioneurose”, presente, tanto no campo de batalha, como durante o processo de reorganização emocional, sobrevivendo e persistindo sob forma crônica (SCHESTATSKY, et al. 2003).

Com o fim da guerra, vários desenvolvimentos ocorreram na área das síndromes traumáticas, especialmente no seu tratamento. Tanto Walter Menninger, nos EUA, quanto Bion e seus colegas, na Inglaterra, descobriram a importância da psicoterapia de grupo e dos tratamentos dentro de "comunidades terapêuticas" com pacientes traumatizados pela guerra. Após, sucederam-se estudos com ex-prisoneiros de campos de concentração ("síndrome do

campo de concentração"), evidenciando-se, mais uma vez, que pessoas submetidas a maciças situações traumáticas desenvolviam graves consequências biológicas, psicológicas, sociais e existenciais, incluindo uma capacidade diminuída de lidar com futuros estresses psicológicos (SCHESTATSKY, et al. 2003)..

O TEPT passou a ser reconhecido como uma entidade nosológica quando a *American Psychiatric Association* publicou a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) de 1980. Os critérios diagnósticos de evento traumático, definidos pelos DMS-III, eram bem restritos a apenas situações extremas, consideradas um trauma. Mas, em 1994 com a 4ª edição do DMS, passaram a ser mais abrangentes e houve uma valorização da percepção e resposta do indivíduo frente ao evento, ao invés da natureza do acontecimento em si (BERGUER, 2004; ZAMBALDI, 2009).

De acordo com a Classificação de Internacional de Doenças editado em 1948 (CID-6), os transtornos relacionados a eventos traumáticos foram agrupados na categoria de “Desajuste Situacional Agudo”, e foi mantido na CID-7. Na CID-8, encontra-se nos “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais”. No ano de 1977, foi introduzida na CID-9 como “Reação Aguda ao Estresse”. Na atual classificação CID-10 (CID, 2007), foi introduzido o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” no bloco F40 - F48 que considera os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é caracterizado por uma reação de medo intenso, impotência ou horror quando o indivíduo testemunha ou é confrontado com eventos envolvendo morte, ferimento ou ameaça à integralidade física dos outros, também se considera o comunicado de um diagnóstico de doença grave, onde exista risco de vida sendo um estressor capaz de desencadear o TEPT (BERGER, W., 2004).

Para ser diagnosticado o sofrimento por TEPT, a pessoa deve satisfazer inicialmente dois critérios: a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com eventos envolvendo ameaça de morte ou de grave ferimento físico, ou ameaça a sua integralidade física ou a de outros; e a pessoa reagiu com medo intenso, impotência ou horror (FIGUEIRA; MENDOLOWICZ, 2003).

Segundo o DSM IV, existe uma tríade sintomática do TEPT, dividida em:

(i). A revivescência do trauma (critério B). Este primeiro grupo é caracterizado por sintomas de reexperimentação do trauma e podem se apresentar sob diversas formas: sonhos vívidos, pesadelos, pensamentos ou sentimentos incontroláveis e *flashbacks*; o paciente se queixa de ter pensamentos, imagens, sentimentos e comportamentos recorrentes relacionados aos eventos traumáticos. Tais recordações surgem na mente da pessoa e tendem a permanecer

nela; ainda, esses fenômenos são dolorosos e tentam repetidamente tornar-se conscientes e dominar a atenção dos pacientes mesmo nos momentos de lazer.

(ii). A esquiva e entorpecimento emocional (critério C). Os pacientes usam estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais para minimizar o sofrimento e o terror causado pela revivescência do trauma e pelos sintomas de hiperestimulação autonômica a elas associadas. Essas estratégias resultam em comportamentos variados de esquiva (entorpecimento emocional, anestesia emocional ou *numbring*). A esquiva é uma tentativa desesperada para evitar o contato com tudo o que relembre o trauma. Classicamente, o paciente evita falar ou ir a locais associados ao trauma, em alguns casos, pode ocorrer o fenômeno de amnésia psicogênica.

(iii). A hiperestimulação autonômica (critério D). São sintomas facilmente observáveis tais como irritabilidade, insônia, sobressalto excessivo e hipervigilância, mesmo que o paciente controle os efeitos das revivescências através do entorpecimento emocional, o corpo pode estar em hiper-reagir frente a estímulos externos como se estivesse permanentemente ameaçado. Nesse estado, o paciente frente a mínimos estímulos pode fazer o coração disparar, sua respiração acelerar e seus músculos contraírem. Um leve barulho pode causar um sobressalto acentuado. Esse estado de alerta constante faz a concentração diminuir, afetando tarefas cognitivas tais como a leitura e o estudo (FIGUEIRA; MENDOLOWICZ, 2003).

O curso clínico do TEPT está dividido em três estágios. O estágio I envolve a reação ao trauma. Pessoas não susceptíveis podem experimentar uma oscilação adrenérgica dos sintomas imediatamente após o trauma, mas tipicamente não se fixam no incidente. As pessoas predispostas, com níveis de ansiedade mais elevados na avaliação inicial, demonstram uma reação exagerada ao trauma e uma preocupação com o mesmo. No estágio II, no Transtorno de Estresse Agudo (TEA), podem ocorrer sintomas de perda de controle e desamparo, a vida da paciente passa a se concentrar no trauma, com alterações no estilo de vida, na personalidade e no funcionamento social, podem ocorrer esquiva, reações a choques e acesso de raiva. Essa sintomatologia inicia depois do trauma e pode durar quatro semanas. No estágio III, o TEPT considerado como crônico é acompanhado de incapacidade, de desencorajamento e de desânimo. A ênfase do paciente pode mudar da preocupação com o trauma real para a preocupação com a incapacidade física, resultante do trauma. A duração da perturbação é superior a um mês (HOLLANDER, SIMEON, 2003).

O TEA é um transtorno transitório de gravidade significativa, o qual se desenvolve no indivíduo sem qualquer outro transtorno mental aparente, em respostas à excepcional estresse

físico e/ou mental e usualmente diminui dentro de horas ou dias. O estressor pode ser uma experiência traumática esmagadora envolvendo séria ameaça à segurança ou integridade física do paciente. A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação desempenham um papel na ocorrência e gravidade das reações agudas ao estresse, isto é evidenciado pelo fato de nem todas as pessoas expostas a estresse desenvolverem o transtorno (CID 10, 2007).

Apesar dos avanços no tratamento obstétrico, o trabalho de parto e/ou o parto continuam sendo experiências assustadoras e potencialmente perigosas para algumas mulheres. O impacto das experiências traumáticas e estressantes relacionadas à gravidez e/ou parto somente foi reconhecido recentemente. O risco de TEPT é maior em mulheres com gravidez não planejada, com altos níveis de ansiedade antes do parto e/ou sintomas depressivos durante a gravidez (BORN, et al. 2005).

O parto traumático é definido como um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto e envolve real ou temida lesão física e/ou morte da mulher ou do recém-nascido. É comum aos profissionais de saúde o reconhecimento do parto traumático, mas ainda é pouco conhecido que o parto pode ser um evento psiquicamente traumático para a mulher. Portanto, o parto pode ser um evento traumático para algumas mulheres, mesmo sendo um parto considerado pela equipe de saúde como rotineiro (ZAMBALDI, 2009).

Durante a gravidez, a mulher sente medo com relação ao parto. O medo do parto está relacionado ao medo intenso de morrer ou medo intenso da morte do nascituro, de sentir dor intensa e prolongada, de perceber a assistência da equipe de saúde como inadequada, de ter falta de informação quanto aos procedimentos aos quais será submetida, de ter a sensação de perda de controle ou de sofrer alguma experiência humilhante (ZAMBALDI, 2009).

Algumas mulheres, após viverem um parto traumático, passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, manifestando-se por meio de imagens, emoções, ideias ou sonhos, desenvolvem esquiva a situações, pessoas, lugares e pensamentos que façam lembrar o parto. Associados a esse quadro, elas também apresentam hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo, caracterizando-se como TEPT (ZAMBALDI, 2009).

O TEPT parece ter um curso crônico e prolongado entre as mulheres. Uma pesquisa epidemiológica revelou que a média de duração dos sintomas de TEPT em mulheres era aproximadamente de 48 meses e 12 meses para os homens. Além disso, o tempo médio de remissão dos sintomas de TEPT era de 35 meses para as mulheres, enquanto para os homens era de 9 meses. Se o TEPT não for tratado, pode se tornar crônico, incapacitante e levar ao prejuízo funcional e afetar os relacionamentos conjugais, familiares e sociais (BORN, 2005).

Durante o puerpério, o desenvolvimento de sintomas agudos de trauma está relacionado, frequentemente, a um histórico prévio de dois ou mais eventos de vida traumáticos, tais como complicações obstétricas durante o parto, nascimento prematuro ou parto de natimortos. Estudos realizados em hospitais públicos apontam, que uma em cada três mulheres relata a presença de, pelo menos, três sintomas de trauma agudo após darem à luz. Destas, de 2% a 6% das mulheres preenchem os critérios do DSM-IV para TEPT (BORN, et al. 2005).

Com base nas informações anteriores, o ciclo gravídico-puerperal é um evento de grande impacto para o psiquismo feminino, por ser um período de risco para o desenvolvimento de depressão. A hipótese é a de que depressão, ansiedade e o desenvolvimento de transtorno de estresse na gravidez ou no puerpério são mais comuns em mulheres com morbidade materna aguda grave do que em gestantes/puérperas que não tiveram essa experiência.

Casuística e métodos

---

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal de base hospitalar. Esta abordagem consiste em distribuir a ocorrência de um problema, segundo diversas características representadas por uma ou mais de uma variável circunstancial. As variáveis circunstanciais ligam-se a fatos ou medidas de tempo, lugar, pessoa entre outros (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.2. Participantes do estudo

Foi realizada uma amostragem por conveniência, foram selecionadas e convidadas a participar as mulheres com morbidade materna grave, através de visitas diárias à unidade de Internação Clínica em Ginecologia e Obstetrícia, Ala A do HCFMRP-USP, no período de junho a agosto do ano de 2011.

4.2.1. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: mulheres admitidas, no HCFMRP-USP, que receberam o diagnóstico de morbidade materna grave - condições de vida potencialmente ameaçadoras, estabelecidos por Cecatti et al. (2009)- (Anexo A) e que estiveram internadas por, no mínimo, 48 horas e que aceitaram participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: mulheres cujo recém-nascido faleceu após o parto, nasceu com grave deficiência ou passou por período de internação - quando a seleção foi realizada no período pós-parto. Justifica-se a exclusão pelo fato de que estas situações em si já são favoráveis às alterações emocionais, dificultando relacioná-las à situação de morbidade grave.

4.3. Local do estudo

Os dados da pesquisa foram coletados no HCFMRP-USP, localizado no *Campus* da Universidade de São Paulo, no município de Ribeirão Preto- SP, reconhecido como centro de referência regional para a saúde. Esse serviço atende pacientes encaminhados das Unidades

de Saúde de Ribeirão Preto e dos demais municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto- DRS XIII.

No HCFMRP-USP, diariamente realizam-se 2.500 consultas, 60 cirurgias, 90 internações e 2.000 exames especializados. O hospital conta com a Unidade de Ginecologia e Obstetrícia que presta atenção médica hospitalar a pacientes internados e de ambulatório, também desenvolve atividades de ensino e pesquisa. Possui as seguintes subespecialidades no serviço de obstetrícia: gestação de alto risco, moléstia infecciosa na obstetrícia, pré-natal normal e pré-natal patológico (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2010).

4.4. Aspectos éticos

De acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto referente a esta pesquisa foi encaminhado e aprovado por um comitê de ética em pesquisa sob o número de protocolo (1305/2011).

Esta investigação tratou de um aspecto delicado da vida humana, e todos os cuidados foram tomados no sentido de se assegurar, às participantes, zelo e respeito. Os procedimentos de pesquisa e a garantia de que as participantes poderiam revogar sua participação em qualquer momento, sem que isso interferisse na assistência prestada a elas ou a seus recém-nascidos, constaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5. Coleta de dados

4.5.1 Recrutamento das participantes

O recrutamento das mulheres foi realizado no período de junho a agosto de 2011, por meio de visitas diárias à unidade de Internação Clínica em Ginecologia e Obstetrícia, Ala A do HCFMRP-USP, unidade em que as mulheres com episódio de morbidade materna grave permanecem. Foi realizada uma revisão diária de todos os prontuários de mulheres que tinham idade entre 10-49 anos e que estavam internadas, por, no mínimo, 48 horas.

4.5.2. Estratégias para a coleta de dados

Os dados foram coletados dos prontuários médicos por meio de entrevista com as mulheres no hospital.

4.5.3. Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos foram utilizados para a identificação das características pessoais, obstétricas e as relativas à morbidade materna grave, assim como também os transtornos depressivos, ansiosos e do estresse.

Foram utilizados cinco instrumentos:

i. Elaborou-se um questionário estruturado, com base nas experiências prévias dos pesquisadores e confrontado com a literatura nacional e internacional, para a obtenção de informações sociodemográficas, psicossociais, as relacionadas ao histórico obstétrico e à gestação atual, e as relativas ao evento de morbidade materna grave (Apêndice A). Os dados foram obtidos por meio do relato da participante e do prontuário médico.

ii. Para o rastreamento de sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Depressão Puerperal de Edinburgh (EPDS) (Anexo B). Trata-se de um instrumento desenvolvido e idealizado por Cox, em 1987, na Grã-Bretanha. Foi traduzido em 11 idiomas e validado no Brasil por Santos et al. (1999), sendo considerado um instrumento de pontuação e respostas simples, para ser utilizado por profissionais não especializados em saúde mental (enfermeiros, obstetras, assistentes sociais). Esse instrumento é particularmente útil em países desenvolvidos, pois apresenta uma sensibilidade de 84%, especificidade de 82% e um valor preditivo de 72%, além disso, tem recebido grande espaço nos estudos de depressão pós-parto (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999).

A EPDS é considerada um instrumento autoaplicável composto por dez itens, cujas opções são pontuadas (0-3) de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Os enunciados cobrem sintomas psíquicos do humor depressivo tais como: sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa, ideias de suicídio ou morte, também sintomatologia fisiológica (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crise de choro).

A EPDS perfaz um escore de 30, sendo considerado como sintomatologia depressiva um valor igual ou superior a 12 (RUSCHI et al., 2007). Segundo Pereira e Lovisi (2008), a escala EPDS pode ser usada tanto na gestação quanto no puerpério.

iii. Inventário de Depressão de Beck (BDI), para quantificação dos sintomas depressivos (Anexo C). O BDI é uma medida utilizada na pesquisa clínica para avaliar a severidade e intensidade de depressão em pacientes psiquiátricos e quadros depressivos na população considerada normal.

O BDI consta de 21 itens incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia de 0-3, permitindo um total máximo de 63 pontos. Consideram-se os seguintes pontos de corte: menor de 10 sem depressão ou depressão mínima, entre 10 e 18 depressão leve a moderada, entre 19 e 29 depressão moderada a grave, entre 30 e 63 pontos depressão grave (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

iv. O inventário IDATE – Traço-estado, para a identificação de sintomas de ansiosos (Anexo D). O inventário IDATE foi desenvolvido por Spielber no ano de 1970, traduzido e validado na população brasileira por Biaggio & Natalício em 1979. Trata-se de um questionário autoaplicável utilizado na monitorização de estados ansiosos. Esse instrumento é composto por duas escalas para medir dois conceitos de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. (FIOVARANTI, 2006).

Ansiedade-Estado limita-se a um momento ou situação particular, sendo que os indivíduos com ansiedade-estado tendem a ficar ansiosos apenas em situações particulares. Caracteriza-se por sentimentos desagradáveis tais como tensão e apreensão; podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo. Os critérios para classificar a Ansiedade-Estado foram: baixa ansiedade (até 33 pontos), ansiedade controlada (34 a 54 pontos) e alta ansiedade (acima de 55 pontos) (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

Ansiedade-Traço refere-se a uma característica duradoura do indivíduo, o sujeito descreve como ele geralmente se sente. A pontuação dessa escala é menos sensível a mudanças recorrentes de situações ambientais e permanece relativamente constante no tempo. A escala traço de ansiedade consiste em 20 afirmações que descrevem como os indivíduos se sentem. Os critérios utilizados para classificar a ansiedade foram: pouco ansiosa (até 33 pontos); ansiosa (entre 34 e 54 pontos) e muito ansiosa (acima de 55 pontos) (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

v. *Checklist* para Transtorno de Estresse Pós-traumático (PCL-C), para a identificação do transtorno de estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático (ANEXO E). Esse instrumento é composto por 17 itens que correspondem aos sintomas do DSM-IV para o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e indica quando os indivíduos sentem-se perturbados pelos sintomas, utilizando a escala de gravidade que varia de 1 a 5. Um sintoma é considerado significativo quando recebe um escore maior ou igual a 3, em qualquer um dos itens.

Na escala do PCL-C, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações estressantes, e o quanto foram incomodadas por esses problemas durante o último mês. Dessa forma: 1 é para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante”, 5 para “muito” (BERGER, et al. 2004). Para o diagnóstico positivo de transtorno de estresse agudo, e para o transtorno de estresse pós-traumático, a pessoa deve apresentar um sintoma clinicamente significativo nas questões de 1 a 5, três sintomas significativos nas questões de 6 a 12 e ter dois sintomas significativos nas questões de 13 a 17 (BERGER, et al. 2004). No caso do transtorno de estresse agudo, os sintomas devem estar presentes por, no máximo, um mês após o evento traumático, e no transtorno de estresse pós-traumático os sintomas devem estar presentes após o trauma (HOLLANDER; SIMEON, 2003).

4.6. Variáveis do estudo

4.6.1. Variáveis sociodemográficas:

- Idade – registrou-se a data de nascimento conforme registrado no prontuário para identificar a idade das mulheres em anos completos.
- Escolaridade - registrou-se de acordo com as seguintes categorias: analfabeta, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, universitário incompleto, universitário completo, de acordo com as Diretrizes e Base da Educação Nacional, Lei Nº9493.
- Atividade Remunerada – sim ou não.
- Procedência – reside em Ribeirão Preto ou reside em outras cidades da região.
- Religião – sim ou não e se sim, especificar qual a religião.

- Estado civil – foram consideradas as seguintes categorias: casada, mora junto, solteira, separada ou divorciada e viúva.
- Número de pessoas com quem mora – o número que ela referiu, incluindo a paciente/ ela mesma.

4.6.2. Variáveis psicossociais

- Gravidez planejada – sim ou não.
- Gravidez desejada – sim ou não.
- Teve tentativa de aborto –nesta gravidez – sim ou não.
- Aceitação da família frente à gravidez – ótima, boa, ruim ou muito ruim.
- Aceitação do companheiro frente à gravidez: ótima, boa, ruim ou muito ruim.
- Teve algum tipo de suporte da família? – pode concordar com mais de uma opção: financeiro, emocional, outro ou não.
- Teve algum tipo de suporte de amigos? – pode concordar com mais de uma opção: financeiro, emocional, outro ou não.
- Teve algum tipo de suporte dos vizinhos? – pode concordar com mais de uma opção: financeiro, emocional, outro ou não.
- Teve algum tipo de suporte do companheiro? – pode concordar com mais de uma opção: financeiro, emocional, outro ou não.
- Tem algum tipo de suporte do governo? – sim ou não, se a resposta for positiva mencionar qual tipo de suporte.
- Tem algum tipo de suporte de alguma instituição privada? – sim ou não, se a resposta for positiva mencionar qual tipo de suporte.
- Fez alguma consulta médica no último ano? – sim ou não, considerou-se desde o início do ano 2010, a desconsiderar as consultas do pré-natal e consultas de rotina. Se a resposta for positiva, informar a especialidade e o motivo.
- Toma ou tomou algum medicamento no último ano? – sim ou não, considerou-se desde o início do ano 2010, consideraram-se medicamentos controlados e/ou vendidos com receita médica.
- Já procurou algum serviço de saúde mental? – sim ou não, se a resposta for positiva, informar o motivo.

- É ou já fez uso de substâncias químicas? – sim ou não, se a resposta for positiva, informar a substância e por quanto tempo.

4.6.3. Variáveis obstétricas

- Número de gestações
- Número de partos
- Número de filhos vivos
- Número de partos cesarianos
- Número de partos normais
- Número de abortos espontâneos
- Número de abortos provocados
- Motivo da internação – por resolução da gravidez, internação clínica ou internação cirúrgica.
- Número de internações - por motivo da gestação atual.
- Admissão no CTI – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar o motivo e o número de dias.
- Transfusão sanguínea – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar o número de unidades e qual hemoderivado foi infundido.
- Intubação orotraqueal – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar o número de horas.
- Intervenção cirúrgica – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar o tipo de intervenção e o motivo.
- Consultas de pré-natal – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar o número de consultas realizadas no total.
- Tipo de parto – normal, cesariana ou fórceps.
- Intercorrências no parto – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar qual a intercorrência.
- Complicações no puerpério – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar qual a complicação no período puerperal.
- Aleitamento materno – sim ou não, se a resposta for positiva, especificar se é Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Aleitamento Materno Predominante (AMP) ou Aleitamento Materno (AM).

4.7. Estudo-piloto

Foi realizado um estudo-piloto com cinco mulheres em situação semelhante às que participaram da pesquisa, com o objetivo de verificar a compreensão, clareza, sequência e duração tanto dos questionários como das escalas de avaliação de depressão, ansiedade e transtorno de ansiedade pós-traumático, assim como verificar se os dados relacionados ao histórico obstétrico encontravam-se nos prontuários médicos.

Quanto ao questionário e aos dados dos prontuários médicos, não se observaram dificuldades, no entanto em relação às escalas de avaliação encontraram-se dificuldades na compreensão das perguntas por desconhecimento de algumas palavras, quando as escalas eram preenchidas por elas mesmas (as pacientes) ficavam com muitas dúvidas e preferiam que fosse feito pelo entrevistador. Realizou-se a mudança das palavras nas escalas sem alterar o conteúdo, e os testes autoaplicáveis foram feitos pelo entrevistador.

4.8. Dificuldades encontradas

- Encontraram-se algumas dificuldades na realização da pesquisa. Dentre elas destaca-se o longo prazo de espera durante o processo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, o qual atrasou o início da coleta.
- Outro problema foi a perda de amostras por conta dos critérios de exclusão e a recusa das pacientes em participar.
- Escolheu-se um horário específico para realizar as entrevistas, tendo em vista não coincidir com a visita médica, não atrapalhar as atividades da equipe de enfermagem ou a rotina da paciente. Portanto, o tempo que se dispunha para a realização das entrevistas era de aproximadamente duas horas por dia. Às vezes, nesses períodos, eram programadas outras atividades pela equipe de saúde ou pela paciente (realizar um ultrassom, ir ao banco de leite, entre outros) e em outros casos a entrevista durava muito mais do que o planejado.

4.9. Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e validados no aplicativo Microsoft Excel. Posteriormente, foram transportados para o programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) versão 17.00 para análise. Os dados foram descritos através de frequências e percentuais e apresentados em tabelas e gráficos. Para a análise inferencial nas variáveis categóricas, utilizou-se o teste exato do qui quadrado e, para as variáveis numéricas nas quais foi rejeitada a hipótese de normalidade, utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, e adotou-se o nível de significância de $\alpha \leq 0,05$.

Resultados

---

5. RESULTADOS

Nos meses de junho a agosto de 2011, foram internadas na unidade de Internação Clínica em Ginecologia e Obstetrícia, Ala A do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) 534 mulheres (nas diferentes subespecialidades), sendo que desse total 78 mulheres cumpriram com os critérios de inclusão, representando 14,6% do total de internações ocorridas nesses meses.

5.1. Caracterização das mulheres com morbidade materna grave

5.1.1 Análise dos resultados referentes às variáveis sociodemográficas

A idade média das mulheres do estudo foi de 28,8 anos, com desvio-padrão de 7,81, idade mínima 15 anos e máxima de 43 anos. Os dados relacionados à escolaridade, atividade remunerada e estado civil encontram-se na Tabela 1.

Quanto à procedência das participantes, 47 (60,3%) moravam em Ribeirão e 31 (39,7%) eram provenientes de 22 municípios do estado de São Paulo (Cravinhos, Jardinópolis, Brodowski, Pontal, Pitangueiras, Viradouro, Nuporanga, Santa Rita do Passa Quatro, Cajuru, Monte Alto, Guariba, Serrana, Morro Agudo, Pradópolis, Santo Antônio da Alegria, Bebedouro, Ibitinga, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, São Joaquim da Barra, Luís Antônio e Barrinha).

Dentre as 68 (87,2%) participantes que admitiram ser praticantes de uma religião, 35 (51,5%) eram católicas, 29 (42,7%), evangélicas, duas (2,9%), espíritas, uma (1,5%) era testemunha de Jeová e uma (1,5%), protestante.

Tratando-se do perfil sociodemográfico, questionou-se a respeito do número de pessoas que moravam com a participante e considerou-se a mulher como o primeiro integrante, sendo o máximo de 13 pessoas na mesma residência e o mínimo de duas pessoas, com uma média de 3,79 pessoas e desvio-padrão de 3,0.

Tabela 1 - Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis sociodemográficas das mulheres com episódio de morbidade materna grave, HCFMRP - USP, 2011.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	[n]	(%)
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	21	26,9
Ensino Fundamental completo	11	14,1
Colegial Incompleto	14	17,9
Colegial Completo	28	35,9
Superior Incompleto	2	2,6
Superior Completo	2	2,6
Atividade Remunerada		
Sim	39	50
Não	39	50
Procedência		
Ribeirão Preto	47	60,3
Outros municípios	31	39,7
Religião		
Sim	68	87,2
Não	10	12,8
Estado Civil		
Casada	28	35,9
União estável	30	38,5
Solteira	13	16,7
Separada/divorciada	5	6,4
Viúva	2	2,6
Total	78	100

5.2. Análise dos resultados referentes às variáveis de suporte psicossocial

Para caracterizar os dados do suporte psicossocial, realizaram-se perguntas relacionadas à gravidez, quanto a esta ser planejada, desejada e/ou se houve tentativa de aborto, qual foi a aceitação da gravidez, o tipo do suporte oferecido pela família, amigos, vizinhos e pelo companheiro, se houve suporte recebido de instituições governamentais e/ou privadas.

Entre as 78 pacientes entrevistadas, 19 delas (24,4%) haviam planejado a gravidez, e 59 (75,6%) não o fizeram. Tratando-se do desejo de engravidar, 65 (83,3%) responderam possui-lo e 13 (16,7%) mulheres afirmaram não ter esse desejo. Ao serem questionadas a respeito de tentativa de aborto, 98,7% negaram qualquer tentativa, e uma mulher (1,3%) referiu ter tentado abortar.

Em relação à aceitação da gravidez, destaca-se que a maioria das participantes teve uma boa aceitação da gravidez (ótima e boa), uma participante (1,3%) referiu como muito ruim tal como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis: aceitação da gravidez por parte da mulher com morbidade materna grave, família e companheiro no HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ	Por parte da mulher		Por parte da família		Por parte do companheiro	
	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)
Ótima	26	33,3	28	35,9	42	53,8
Boa	37	47,4	44	56,4	30	38,5
Ruim	14	17,9	5	6,4	3	3,8
Muito Ruim	1	1,3	1	1,3	3	3,8
Total	78	100	78	100	78	100

Quanto à rede de suporte psicossocial, destaca-se que a maioria das participantes recebeu suporte financeiro e/ou emocional por parte da família e o companheiro, embora várias participantes não o receberam (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da Frequência (n) e Porcentual (%) das variáveis do suporte psicossocial da família, companheiro, vizinhos e amigos frente à gravidez das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

TIPO DE SUPORTE PSICOSSOCIAL	Família		Companheiro		Amigos		Vizinhos	
	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)
Financeiro	1	1,3	3	3,8	-	-	-	-
Emocional	28	35,9	18	23,1	42	53,8	33	42,3
Financeiro e emocional	41	52,6	48	61,5	15	19,2	4	5,1
Nenhum suporte	8	10,3	9	11,5	21	26,9	41	52,6
Total	78	100	78	100	78	100	78	100

Para caracterizar o suporte psicossocial das participantes, foi questionado se as mesmas recebiam algum tipo de suporte das instituições governamentais, 16 (20,5%) das pacientes relataram receber “Bolsa Família” e 62 (79,5%) referiram não receber ajuda por parte do governo. Com relação ao suporte dado por instituições privadas, cinco (6,4%) responderam positivamente, sendo as fontes de ajuda, organizações não governamentais, igrejas e pensão alimentícia.

Quanto a primeira pessoa para quem as participantes contaram a respeito da gravidez, 45 (57,7%) delas relataram ter contado para o parceiro, 16 (20,5%), para a mãe, seis (7,7%), para o filho(a), três (3,8%), para irmã (o), três, para amigo(a) (3,8%), duas, para a sogra (2,6%), uma contou para a prima (1,3%) e duas não se lembraram (2,6%).

5.3. Análise dos resultados referentes às variáveis do histórico médico

Tratando-se do histórico médico, perguntou-se a respeito das consultas médicas, se faz uso de medicamentos, se já procurou algum serviço de saúde mental e se é ou já foi dependente de alguma substância química.

Quanto a consultas médicas nos últimos 12 meses, exceto as consultas do acompanhamento pré-natal e consultas realizadas sem estar doentes, 58 (74,4%) responderam que não realizaram nenhuma consulta médica e 20 (25,6%) responderam afirmativamente. As especialidades mais procuradas foram cardiologia e clínica geral tal como mostra o Gráfico 1.

Quando se questionou a respeito do motivo da consulta, obteve-se que as principais doenças foram hipertensão arterial (40%) e infecções das vias aéreas (15%) (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Distribuição da Frequência (n) das variáveis relativas às especialidades médicas procuradas, referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

Gráfico 2 - Distribuição da Frequência (n) das variáveis relacionadas ao motivo das consultas médicas referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

Quando se questionou a respeito do uso de algum medicamento desde o início do ano de 2010, 44 delas (56,4%) relataram que não o faziam e 34 (43,6%) afirmaram ter ingerido ou estar fazendo uso de algum. Dentre as que responderam positivamente, a maioria (61,8%) indicou os anti-hipertensivos como o medicamento mais utilizado, e as outras drogas encontram-se em menor porcentagem tal como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição da Frequência (n) das variáveis relativas ao uso de medicamentos, referidos pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

A respeito da procura por serviços de saúde mental desde o ano de 2010, 59 participantes (75,6%) responderam não ter procurado e 19 (24%) afirmaram ter estado em tratamento, sendo a depressão o principal motivo (50%) do atendimento e com menor porcentagem outros motivos como morte de um membro da família (filho, marido), deficiência visual, personalidade agressiva, depressão pós-parto, doença e déficit de atenção) tal como é observado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição da Frequência (n) dos motivos da procura por serviços de saúde mental referidos pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

Em relação ao uso e à dependência de substâncias químicas, 62 (79,5%) participantes responderam não ter utilizado substâncias e 16 (20,5%) responderam afirmativamente, sendo o cigarro a principal substância, conforme mostra o Gráfico 5. Em relação ao tempo como fumante, foram consideradas como fumantes as pacientes que consomem um maço ou mais de cigarros por dia, encontrou-se o tempo mínimo de três anos e o máximo de 25 anos. Quanto às outras substâncias tais como maconha, craque e cocaína, seis pacientes (29,3%) referiram ter experimentado e terem sido usuárias, antes de engravidar.

Gráfico 5- Distribuição da Frequência (n) do uso de substâncias químicas referidas pelas mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

5.4. Análise dos resultados referentes às variáveis de histórico obstétrico

Os dados obstétricos coletados foram número de gestações, partos, número de filhos vivos, tipo de parto e número de abortos e o de abortos provocados.

Em relação ao número de gestações (Tabela 4), observou-se que a maior porcentagem das participantes, 28 (35,9%), se encontrava na primeira gestação, e uma participante (1,3%) estava na oitava gestação; considerou-se uma média de 2,73 gestações por paciente, com desvio-padrão de 1,83 e o número máximo e o mínimo de gestações foram, respectivamente de 8 e 1.

Quanto ao número de partos, a Tabela 4 mostra que a maior porcentagem era primípara, com 33,3% dos casos e 11,5% eram nulípara, com uma média de 2,32 partos, desvio-padrão de 1,8 e mediana de 2, o número máximo e mínimo de parto foi de 7 e 0, respectivamente.

Quanto ao número de filhos vivos, observou-se que a maior porcentagem das participantes do estudo (33,3%) já tinha um filho vivo, sendo que nove delas não possuíam nenhum, e uma participante tinha oito filhos vivos. O estudo apresentou uma média de filhos vivos de 2,24, desvio-padrão de 1,77 e mediana de 2,00.

Tabela 4- Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) das variáveis: número de gestações, número de partos e número de filhos vivos das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

GESTAÇÕES			PARTOS			FILHOS VIVOS		
Nº	[n]	(%)	Nº	[n]	(%)	Nº	[n]	(%)
0			0	9	11,5	0	9	11,5
1	28	35,9	1	26	33,3	1	26	33,3
2	16	20,5	2	12	15,4	2	14	17,9
3	8	10,3	3	9	11,5	3	10	12,8
4	12	15,4	4	12	15,4	4	11	14,1
5	8	10,3	5	7	9,0	5	5	6,4
6	2	2,6	6	-	-	6	-	-
7	3	3,8	7	3	3,8	7	2	2,6
8	1	1,3	8	-	-	8	1	1,3
Total	78	100		78	100		78	100

Quanto aos dados do histórico obstétrico, a Tabela 5 mostra o número de cesariana e o de partos normais que foram registrados. Destaca-se que 30 mulheres (38,5%) estavam na sua primeira cesariana, e duas participantes (2,6%) realizaram cesariana pela quinta vez. Houve uma média de cesarianas de 0,94 e desvio-padrão de 1,14, com números máximo e mínimo de 5 e 0 respectivamente.

Quanto ao parto normal, a maioria das participantes (44,9%) não passou pela experiência desse tipo de parto, também foi observado que duas pacientes (2,6%) apresentaram o maior número de partos normais (sete partos). A média de partos normais foi de 1,40, desvio-padrão de 1,78 e mediana de 1, com números máximo e mínimo de 7 e 0 respectivamente.

Tabela 5- Distribuição da Frequência (n) e percentual (%) das variáveis: número de cesáreas e número de partos normais das mulheres com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

CESARIANA			PARTO NORMAL		
Nº	[n]	(%)	Nº	[n]	(%)
0	33	42,3	0	35	44,9
1	30	38,5	1	17	21,8
2	7	9,0	2	7	9,0
3	5	6,4	3	8	10,3
4	1	1,3	4	6	7,7
5	2	2,6	5	2	2,6
6	-	-	6	1	1,3
7	-	-	7	2	2,6
Total	78	100	Total	78	100

Quanto ao número de abortos espontâneos, 64 pacientes (82,1%) referiram não ter tido abortos durante sua vida reprodutiva e 12 (15,4%) participantes admitiram ter abortos espontâneos na sua vida. A média de abortos espontâneos foi de 0,22 aborto, desvio-padrão de 0,54 e mediana 0, com máximo de 3 e mínimo de 0.

5.5. Análise dos resultados referentes às variáveis da internação hospitalar por morbidade materna grave

Este item contemplará o motivo da internação, o número de internações, o diagnóstico de morbidade materna grave, o manejo, as intercorrências e o aleitamento materno.

Dentre as 78 participantes, 27 (34,6%) foram internadas para a resolução da gravidez e 51 (65,4%) foram internadas para receber assistência e controle dos eventos mórbidos.

Em relação ao número de internações hospitalares na gravidez atual, observou-se que a maioria das pacientes, 59 (79,6%), estava na primeira internação, 12 (15,4%) estavam na segunda, 12 (45,1%), na terceira e três pacientes (3,9%), na quarta internação. A média de internações foi de 1,38 com um desvio-padrão de 0,81.

Quanto à morbidade materna grave, 65 participantes (83,3%) tiveram agravos relacionados a síndromes hipertensivas, como pré-eclâmpsia, hipertensão grave, eclâmpsia e síndrome HELLP. Outras morbidades como os distúrbios hemorrágicos, distúrbios sistêmicos e indicadores de gravidade se apresentaram em 13 pacientes (16,7%), tal como mostra a Tabela 6.

Destaca-se que 12 (15,4%) pacientes atendiam a mais de um critério para morbidade materna grave, durante o tempo de internação. A participante com maior quantidade de critérios apresentou nove morbidades na mesma internação.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, 18 (23,0%) tiveram menos de seis consultas e 60 (73,0%) mulheres tiveram mais de seis consultas. Essa variável teve como valor mínimo de zero consultas e valor máximo de 18 consultas, uma média de 8,33, com um desvio-padrão de 4,25.

Tabela 6 - Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) da morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

MORBIDADE MATERNA GRAVE	[n]	(%)
Pré-eclâmpsia	34	43,5
Hipertensão grave	28	35,8
Descolamento de placenta	5	6,4
Eclâmpsia	2	2,6
Sepse	2	2,6
Tempo de internação > 7 dias	2	2,6
Histerectomia	1	1,3
Ruptura uterina	1	1,3
Placenta acreta	1	1,3
Epilepsia	1	1,3
Síndrome HELLP	1	1,3
Total	78	100

Dentre as 78 pacientes que atenderam aos critérios para morbidade materna grave, 96,2% receberam assistência hospitalar no serviço de obstetrícia durante todo o período de internação e três (3,8%) participantes ingressaram no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Entre as pacientes que foram internadas no CTI, duas (2,6%) tiveram sepse, e uma (1,3%) teve três diagnósticos no momento da admissão no CTI - embolia pulmonar, coagulação

intravascular disseminada e insuficiência respiratória aguda. Esta última participante foi a única a precisar de intubação orotraqueal por 24 horas.

Dentre as três (3,8%) participantes que ingressaram no CTI, observou-se um tempo de permanência média de 3,33 com desvio-padrão de 0,58.

Quanto à necessidade de realizar transfusão sanguínea, 72 (92,3%) das pacientes não precisaram realizá-la, e seis (7,7%) precisaram receber sangue. Dentre as que receberam sangue, três (50%) precisaram de duas unidades, uma (16,7%) recebeu três unidades, uma paciente (16,7%) precisou de quatro unidades e uma (16,7%) recebeu 21 unidades, sendo uma média de 5,67 com um desvio-padrão de 7,55 e uma mediana de 2,5.

Quanto às especificidades do sangue, cinco participantes (83,3%) receberam hemácias, e uma (16,7%) recebeu hemácias, plasma e plaquetas.

Dentre as 78 participantes, 19 (24,4%) eram gestantes e 59 (75,6%) eram puérperas. A respeito das puérperas, caracterizaram-se o tipo de parto, as intercorrências durante o parto, complicações no puerpério e o tipo de aleitamento.

Em relação ao tipo de parto, encontrou-se a realização do parto normal em 28 (35,9%) pacientes e cesariana em 29 (37,2%), uma participante (1,3%) teve parto fórceps e uma paciente (1,3%) parto normal e cesariana, conforme mostra o Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição da Frequência (n) da variável: Tipo de parto das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

Dentre as 59 (75,6%) puérperas observou-se quanto às intercorrências, durante o parto, que 52 (88,1%) não tiveram intercorrência no parto, e sete pacientes (11,9%) apresentaram intercorrências, sendo o sangramento o problema mais apresentado (quatro pacientes), uma paciente com rotura uterina, uma com hipertensão e outra paciente com problemas no trabalho de parto.

Quanto às complicações durante o puerpério, 47 (79,7%) pacientes não as apresentaram. A hipertensão arterial foi a complicação mais frequente, manifestada em seis mulheres (7,7%), seguida por sangramento em duas pacientes (2,6%), uma paciente (1,3%) apresentou abscesso na parede vaginal, uma paciente (1,3%), diabetes, uma paciente (1,3%), pressão alta e diabetes e uma paciente (1,3%), hipertensão e hemorragia.

Dentre as 59 (75,6%) puérperas, 42 (70%) delas referiram amamentar e 18 (30%) referiram não estar amamentando. Quanto àquelas que afirmaram estar amamentando seus filhos, observou-se que o aleitamento materno exclusivo (AME) foi o mais realizado pelas pacientes (Gráfico 7).

Gráfico 7- Distribuição da Frequência (n) da variável: tipo de aleitamento materno praticado pelas nutrízes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

5.2. Prevalências de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático

Utilizou-se a escala de autoavaliação de Edimburgo para as 78 participantes. Na presente pesquisa, encontraram-se 12 (15,4%) participantes com diagnóstico positivo para depressão e 66 (84,6%) pacientes com diagnóstico negativo.

Dentre as 12 pacientes diagnosticadas com depressão aplicou-se o Inventário de Beck para quantificar a depressão materna, sendo que sete (58,3%) pacientes tinham depressão leve a moderada e cinco (41,7%) pacientes tinham depressão moderada a grave.

Para avaliar o estado ansioso das pacientes, usou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), sendo que a escala Ansiedade-Estado define o estado atual da paciente e a escala de Ansiedade-Traço define como é a pessoa normalmente.

Quanto à avaliação da Ansiedade-Estado, a Tabela 7 mostra que 82,1% das pacientes estavam com um quadro de ansiedade controlada, com baixa ansiedade sete (9,0%), e pacientes com alta ansiedade sete (9,0%), tal como se observa na Tabela 8.

Quanto à avaliação de Ansiedade-Traço (Tabela 7), encontrou-se que a maior porcentagem das pacientes, 43 pacientes (55,1%), era ansiosa, 25 pacientes (32,1%) tinham pouca ansiedade, e dez pacientes (12,8%) eram muito ansiosas.

Tabela 7 – Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) do diagnóstico de Ansiedade-Estado e de Ansiedade-Traço (IDATE) nas pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

ANSIEDADE (IDATE)	[n]	(%)
ANSIEDADE-ESTADO		
Baixa ansiedade	7	9,0
Ansiedade controlada	64	82,0
Alta ansiedade	7	9,0
Total	78	100
ANSIEDADE-TRAÇO		
Pouca ansiedade	25	32,1
Ansiosa	43	55,1
Muito ansiosa	10	12,8
Total	78	100

Com relação aos transtornos ansiosos: Transtorno de Estresse Agudo- TEA e Transtorno de Estresse Pós-Traumático- TEPT, encontrou-se que 61 (78,2%) pacientes não apresentavam sintomas de estresse, no entanto 17 pacientes (21,8%) apresentaram diagnóstico positivo para transtornos de estresse, sendo que cinco mulheres apresentaram TEA e 12 mulheres apresentaram TEPT (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da Frequência (n) e Percentual (%) dos transtornos ansiosos (Transtorno de Estresse Agudo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático) em pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS ESTRESSANTES					
	TEA		TEPT		TOTAL	
	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)
Sem estresse	11	14,1	50	64,2	61	78,2
Com estresse	5	6,4	12	15,3	17	21,8
TOTAL	16	20,5	62	79,5	78	100

5.3 Associações entre as alterações mentais e a morbidade materna grave

5.3.1 Depressão associada a fatores sociodemográficos, suporte familiar e as variáveis da gestação atual

Tabela 9- Associação da depressão e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	DEPRESSÃO				TOTAL	χ^2	p
	Sem depressão		Com depressão				
IDADE	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Até 19 anos	12	92,3	1	7,7	13	1,57	0,43
20- 35 anos	37	86,0	6	14,0	43		
> 35 anos	17	77,3	5	22,7	22		
**ESCOLARIDADE							
E							
E. Fundamental	26	39,4	6	50,0	32	0,95	0,69
E. Médio	37	56,1	5	41,7	42		
E. Superior	3	4,5	1	8,3	4		
A.REMUNERADA							
Sim	31	79,5	8	20,5	39	1,58	0,35
Não	35	89,7	4	10,3	39		
PROCEDÊNCIA							
Ribeirão Preto	43	91,5	4	8,5	47	4,29	0,05*
Outras cidades	23	74,2	8	25,8	31		
ESTADO CIVIL							
Casada ou mora junto	49	84,5	9	15,5	58	0,01	0,34
Solteira, separada ou divorciada.	17	85,0	3	15,0	20		
TOTAL	66	84,6	12	15,4	78		

A.REMUNERADA= Atividade remunerada.

** ESCOLARIDADE, Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Superior.

*Teste exato do χ^2 , estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Na associação entre a depressão e o lugar de procedência, evidenciou-se que há diferença significativa, sendo que o percentual de pacientes com depressão é significativamente superior nas mulheres que moram em outras cidades do que nas que

moram em Ribeirão Preto; quem mora em outras cidades tem 3,7 vezes mais chance de ter depressão (OR= 3,74), portanto pacientes que ficam internadas longe das suas cidades e suas famílias têm mais chance de desenvolver transtornos depressivos.

Tabela 10 - Associação da depressão e os fatores psicossociais das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	DEPRESSÃO				TOTAL	χ^2	p
	Sem depressão		Com depressão				
	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
G. PLANEJADA							
Sim	16	84,2	3	15,8	19	0,01	1,00
Não	50	84,7	9	15,3	59		
G. DESEJADA							
Sim	55	84,6	10	15,4	65	0,00	1,00
Não	11	84,6	2	15,4	13		
S. FAMILIAR							
Financeiro	-	-	1	100	1	6,56	0,13
Emocional	25	89,3	3	10,7	28		
Ambos [#]	35	85,4	6	14,6	41		
Sem suporte	6	75	2	25	8		
TOTAL	66	84,6	12	15,4	78		

G. PLANEJADA= Gravidez planejada.

G. DESEJADA= Gravidez desejada.

S. FAMILIAR= Suporte familiar.

[#] Ambos= suporte financeiro e emocional.

Nas associações entre a depressão e as variáveis do suporte psicossocial, não se encontrou associação estatisticamente significativa, mas destacam-se algumas associações.

Quanto à associação entre a depressão e a gravidez planejada, das 12 pacientes que tiveram diagnóstico de depressão, nove delas referiram que a gravidez não foi planejada. Em relação à gravidez desejada, 10 das 12 pacientes deprimidas referiram ter desejado a gravidez. Dentre o total de pacientes deprimidas, seis delas recebiam apoio familiar tanto financeiro quanto emocional.

Tabela 11 - Associação da depressão e as variáveis obstétricas das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	DEPRESSÃO				TOTAL	χ^2	p
	Sem depressão		Com depressão				
TIPO DE PARTO	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Natural	25	86,2	3	13,8	28	0,32	1,00
Cesariana	25	86,2	4	13,8	29		
Fórceps	1	100	-	-	1		
Natural e cesariana	1	100	-	-	1		
I. PARTO							
Sim	4	71,4	2	28,6	7	2,20	0,19
Não	47	90,6	5	9,4	52		
C.PUERPÉRIO							
Sim	11	91,7	1	8,3	12	0,16	1,00
Não	41	87,5	6	12,5	47		
TOTAL	52	88,3	7	11,7	59		

I. PARTO= Intercorrências no parto.

C. PUERPÉRIO= Complicações no puerpério.

Nas associações entre a depressão e as variáveis obstétricas, não se encontrou associação estatisticamente significativa, mas destacam-se algumas associações.

Quanto à associação entre as intercorrências no parto e a depressão, observou-se que das sete pacientes que apresentaram depressão, cinco delas não tiveram intercorrências no parto. No caso das complicações durante o puerpério, seis das sete pacientes deprimidas não apresentaram nenhuma intercorrência.

5.3.2 Ansiedade-Estado associada a fatores sociodemográficos, suporte familiar e as variáveis da gestação atual

Tabela 12 - Associação da Ansiedade-Estado e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	ANSIEDADE-ESTADO						TOTAL	χ^2	p
	Baixa		Controlada		Alta				
IDADE	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Até 19 anos	1	7,7	10	76,9	2	15,4	13	2,92	0,58
20- 35 anos	5	11,6	36	83,7	2	4,7	43		
> 35 anos	1	4,5	18	81,8	3	13,6	22		
**ESCOLARIDADE									
E. Fundamental	4	57,1	26	40,6	2	28,6	32	2,15	0,75
E. Médio	3	42,9	34	53,1	5	71,4	42		
E. Superior	-	-	4	6,3	-	-	4		
A.REMUNERADA									
Sim	5	12,8	31	79,5	3	7,7	39	1,49	0,68
Não	2	5,1	33	84,6	4	10,3	39		
PROCEDÊNCIA									
Ribeirão Preto	5	10,6	39	83	3	6,4	47	1,26	0,56
Outras cidades	2	6,5	25	80,6	4	12,9	31		
ESTADO CIVIL									
Casada ou mora junto	5	8,6	46	79,3	7	12,1	58	2,65	0,36
Solteira, separada ou divorciada.	2	10	18	90	-	-	20		
TOTAL	7	9,0	64	82,1	7	9,0	78		

A.REMUNERADA= Atividade remunerada.

** ESCOLARIDADE, Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Superior.

Nas associações entre a Ansiedade-Estado e as variáveis obstétricas, não se encontrou associação estatisticamente significativa. Destaca-se que, na associação entre a Ansiedade-Estado e o estado civil, as sete pacientes que tiveram alta ansiedade eram casadas ou moravam junto com seus parceiros.

Tabela 13 - Associação da Ansiedade-Estado e o suporte psicossocial das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	ANSIEDADE-ESTADO						TOTAL	χ^2	p
	Baixa		Controlada		Alta				
G. PLANEJADA	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Sim	2	10,5	15	78,9	2	10,5	19	0,17	1,00
Não	5	8,5	49	83,1	5	8,5	59		
G. DESEJADA									
Sim	6	9,2	53	81,5	6	9,2	65	0,07	1,00
Não	1	7,7	11	84,6	1	7,7	13		
S. FAMILIAR									
Financeiro	-	-	-	-	1	100	1	16,00	0,04*
Emocional	2	7,1	26	92,9	-	-	28		
# Ambos	4	9,8	33	80,5	4	9,8	41		
Sem suporte	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8		
TOTAL	7	9,0	64	82,1	7	9,0	78		

G. PLANEJADA= Gravidez planejada.

G. DESEJADA= Gravidez desejada.

S. FAMILIAR= Suporte familiar.

Ambos= suporte financeiro e emocional

*Teste exato do χ^2 , estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Na associação entre a Ansiedade-Estado e o suporte familiar, observou-se que, nos dados relacionados ao suporte familiar, há uma diferença significativa, o percentual de pacientes com ansiedade controlada é significativamente superior em pacientes com suporte emocional do que naquelas sem suporte (92,9%>62,5%). O percentual de pacientes com alto nível de ansiedade é significativamente superior em pacientes sem suporte, do que naquelas que têm suporte emocional (25,0%>0,0%).

Portanto as pacientes que conseguem manter um estado de ansiedade controlado são aquelas que têm suporte emocional, no entanto as pacientes sem suporte familiar apresentaram um alto nível de ansiedade.

Tabela 14- Associação da Ansiedade-Estado e os dados obstétricos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	ANSIEDADE-ESTADO						TOTAL	χ^2	p
	Baixa		Controlada		Alta				
TIPO DE PARTO	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Natural	3	10,3	24	86,2	1	3,4	28	11,47	0,22
Cesariana	2	6,9	23	79,3	4	13,8	29		
Fórceps	-	-	1	100	-	-	1		
Natural e cesariana	1	100	-	-	-	-	1		
I. PARTO									
Sim	-	-	6	85,7	1	14,3	7	1,15	0,64
Não	6	11,3	42	81,1	4	7,5	52		
C.PUERPÉRIO									
Sim	-	-	9	83,3	2	16,7	12	2,76	0,26
Não	6	12,5	39	81,3	3	6,3	47		
TOTAL	6	10,0	48	81,7	5	8,3	59		

I. PARTO= Intercorrências no parto.

C. PUERPÉRIO= Complicações no puerpério.

Nas associações entre a Ansiedade-Estado e as variáveis obstétricas, não se encontrou associação estatisticamente significativa.

Destaca-se, quanto ao tipo de parto, que cinco participantes com alto nível de ansiedade precisaram realizar parto cesariana. Nas intercorrências no parto, observa-se que todas as pacientes que tinham baixa ansiedade não tiveram intercorrências no parto, da mesma forma no caso das intercorrências no puerpério.

5.3.3 Ansiedade-Traço associada a fatores socioeconômicos e as variáveis do suporte familiar

Tabela 15 - Associação da Ansiedade-Traço e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	ANSIEDADE-TRAÇO				TOTAL	χ^2	p
	Pouco		Ansiosa ^{##}				
IDADE	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)	
Até 19 anos	1	7,7	12	92,3	13	16,6	0,93
20- 35 anos	5	11,6	38	88,4	43	55,1	
> 35 anos	1	4,5	21	95,5	22	28,2	
**ESCOLARIDADE							
E. Fundamental	4	57,1	28	39,4	32	41,0	1,05
E. Médio	3	42,9	39	54,9	42	53,8	
E. Superior	-	-	4	5,6	4	5,1	
A.REMUNERADA							
Sim	5	12,8	34	87,2	39	50,0	1,41
Não	2	5,1	37	94,9	39	50,0	
PROCEDÊNCIA							
Ribeirão Preto	5	10,6	42	89,4	47	60,2	0,40
Outras cidades	2	6,5	29	93,5	31	39,7	
ESTADO CIVIL							
Casada ou mora junto	5	8,6	53	91,4	58	74,3	0,04
Solteira, separada ou divorciada.	2	10,0	18	90,0	20	25,6	
TOTAL	7	9,0	71	91,0	78	100	

A. REMUNERADA= Atividade remunerada.

** ESCOLARIDADE, Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Superior.

Ansiosa= juntaram-se as categorias, ansiedade e muita ansiedade.

Nas associações entre a Ansiedade-Traço e os fatores socioeconômicos, não se encontrou associação estatisticamente significativa. Destaca-se que na associação entre a Ansiedade-Traço e o estado civil, das 71 pacientes ansiosas, 53 eram casadas ou moravam junto com seus parceiros.

Tabela 16 - Associação da Ansiedade-Traço e o suporte psicossocial das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	ANSIEDADE-TRAÇO				TOTAL		χ^2	p
	Pouco		Ansiosa ^{##}					
G. PLANEJADA	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]	(%)		
Sim	2	10,5	17	89,5	19	24,3	0,07	1,00
Não	5	8,5	54	91,5	59	75,6		
G. DESEJADA								
Sim	6	9,2	59	90,8	65	83,3	0,03	1,00
Não	1	7,7	12	92,3	13	16,6		
S. FAMILIAR								
Financeiro	-	-	1	100	1	1,2	0,37	1,00
Emocional	2	7,1	26	92,9	28	35,9		
Ambos [#]	4	9,8	37	90,2	41	52,6		
Sem suporte	1	12,5	7	87,3	8	10,2		
TOTAL	7	9,0	71	91,0	78	100		

G. PLANEJADA= Gravidez planejada.

G. DESEJADA= Gravidez desejada.

S. FAMILIAR= Suporte familiar.

[#]Ambos= Suporte financeiro e emocional

^{##}Ansiosa= juntaram-se as duas categorias ansiedade e muita ansiedade.

Nas associações entre a Ansiedade-Traço e as variáveis do suporte psicossocial, não se encontrou associação estatisticamente significativa.

Na associação entre a Ansiedade-Traço e a gravidez desejada, observou-se que das 71 pacientes ansiosas, 59 delas eram aquelas que referiram ter desejado a gravidez.

Quanto à associação da Ansiedade-Traço e o suporte psicossocial, destaca-se que as pacientes com suporte financeiro e emocional (37) eram ansiosas.

5.3.4 Transtornos de estresse associados a fatores sociodemográficos, suporte familiar e as variáveis da gestação atual

Tabela 17 - Associação dos transtornos de estresse e os fatores sociodemográficos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	TRANSTORNO DE ESTRESSE				TOTAL	χ^2	p
	Agudo		Pós-traumático				
IDADE	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Até 19 anos	1	33,3	2	66,7	3	1,40	0,79
20- 35 anos	1	14,3	6	85,7	7		
> 35 anos	3	42,9	4	57,1	7		
ESCOLARIDADE							
Fund. incompleto	3	33,3	6	66,7	9	1,58	0,35
Fund. Completo	-	-	1	100	1		
Col. Incompleto	1	50,0	1	50,0	2		
Col. Completo	-	-	4	100	4		
Uni. Incompleto	-	-	-	-	-		
Uni. Completo	1	100	-	-	1		
A.REMUNERADA							
Sim	4	44,4	5	55,6	9	2,08	0,29
Não	1	12,5	7	87,5	8		
PROCEDÊNCIA							
Ribeirão Preto	2	22,2	7	77,8	9	0,48	0,62
Outras cidades	3	37,5	5	62,5	8		
ESTADO CIVIL							
Casada ou mora junto	4	40,0	5	60,0	9	1,31	0,34
Solteira, separada ou divorciada.	1	14,3	7	85,7	8		
TOTAL	5	29,4	12	70,6	17		

A. REMUNERADA= Atividade remunerada.

Nas associações entre os transtornos ansiosos e as variáveis do perfil socioeconômico, não se encontrou associação estatisticamente significativa.

Tabela 18 - Associação dos transtornos de estresse e os dados obstétricos das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

VARIÁVEL	TRANSTORNO DE ESTRESSE				TOTAL	χ^2	p
	Agudo		Pós-traumático				
TIPO DE PARTO	[n]	(%)	[n]	(%)	[n]		
Normal	2	40,0	3	60,0	5	0,33	1,00
Cesariana	2	25,0	6	75,0	8		
I. PARTO							
Sim	2	100	-	-	2	5,32	0,08 ⁺
Não	2	18,2	9	81,8	11		
C.PUERPÉRIO							
Sim	2	50,0	2	50,0	4	0,16	1,00
Não	2	22,2	7	77,8	9		
TOTAL	4	30,8	9	69,2	13		

I. PARTO= Intercorrências no parto.

C. PUERPÉRIO= Complicações no puerpério.

⁺Teste exato do χ^2 , estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Na associação entre o transtorno de estresse e as complicações no puerpério, não se observou diferença significativa, mas uma tendência do percentual do transtorno de estresse agudo ser significativamente superior em pacientes que apresentaram complicações no parto do que aquelas que não apresentaram (100,0% > 18,2).

Realizou-se a associação entre os transtornos ansiosos e a transfusão sanguínea, observou-se que não há diferença significativa ($\chi^2 = 5,44$; $p = 0,07$), mas sim uma tendência do percentual do transtorno de estresse agudo ser significativamente superior quando a paciente é transfundida, do que as pacientes que não precisaram (100% > 20,0%).

Associou-se o número de internações com a ocorrência de depressão e com Ansiedade-Estado; como o número de internações rejeitou a hipótese de normalidade utilizaram-se testes não paramétricos Mann Whitney e Kruskalwallis respectivamente.

No caso do número de internações e depressão, não se encontrou diferença significativa ($Z = 1,17$; $p = 0,24$), quanto ao número de internações e o estado ansioso, também não se apontou diferença significativa ($\chi^2 = 1,55$; $p = 0,30$).

5.3.5 Associações entre os diagnósticos de depressão, transtornos ansiosos e Ansiedade-Traço

Tabela 19 - Associação da depressão e Ansiedade-Traço das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

ANSIEDADE TRAÇO	DEPRESSÃO				TOTAL [n]	χ^2	p
	Sem depressão [n]	(%)	Com depressão [n]	(%)			
Pouco ansiosa	25	100	-	-	25	13,78	0,001*
Ansiosa	36	83,7	7	16,3	43		
Muito ansiosa	5	50,0	5	50,0	10		
TOTAL	66	84,6	12	15,4	78		

*Teste exato do χ^2 , estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Na associação entre a depressão e a Ansiedade-Traço, evidenciou-se que há uma diferença significativa, o percentual de depressão é significativamente superior em pacientes que são naturalmente muito ansiosas do que em pacientes pouco ansiosas e ansiosas ($50,0\% > 16,3\%$ e $0,0\%$), e o percentual de pacientes ansiosas é significativamente superior ao percentual de pacientes com pouca ansiedade ($16,3\% > 0,0\%$). Portanto as mulheres que naturalmente são ansiosas e muito ansiosas têm mais probabilidade de desenvolver transtornos depressivos.

Tabela 20 - Associação do transtorno de estresse das pacientes com morbidade materna grave. HCFMRP. Ribeirão Preto SP, 2011.

ANSIEDADE TRAÇO	TRANSTORNO DE ESTRESSE				TOTAL [n]	χ^2	p
	Sem estresse [n]	(%)	Com estresse [n]	(%)			
Pouco ansiosa	25	41,0	-	-	25	26,86	0,001*
Ansiosa	34	55,7	9	52,9	43		
Muito ansiosa	2	3,3	8	47,1	10		
TOTAL	61	78,2	17	21,8	78		

*Teste exato do χ^2 , estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Na associação entre os transtornos de estresse, a Ansiedade-Traço mostrou ser estatisticamente significativa, sendo que o percentual de mulheres pouco ansiosas é significativamente superior em pacientes sem estresse do que em pacientes com estresse ($41,0\% > 0,0\%$), e o percentual de pacientes muito ansiosas é significativamente superior em pacientes com estresse do que em as pacientes sem estresse ($47,1\% > 3,3\%$).

Portanto pacientes ansiosas e muito ansiosas têm mais probabilidade de desenvolver transtornos de estresse.

Discussão

---

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo analisar a depressão, ansiedade e os transtornos de estresse em mulheres com episódio de morbidade materna grave.

Quanto aos dados descritivos sociodemográficos, de suporte psicossocial e da gravidez atual, encontraram-se trabalhos semelhantes para evidenciar as diferenças. No estudo de caracterização das mulheres com morbidade materna grave, tipo caso-controle realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher na cidade de São Paulo, realizado por Souza; Cecatti; Parpinelli (2005), eles evidenciaram que as mulheres menores de 20 anos foram 14,4% do total; entre 20 e 34 anos, 68,3% e mulheres com mais de 34 anos, 17,3%.

Segundo esses mesmos autores citados anteriormente, quanto à paridade, as primíparas foram 33,8% e as múltiparas, 66,2%; em relação ao tipo de parto, 16,9% foram do tipo normal e 79% foram cesarianos; do total de pacientes, 20,1% tiveram antecedente de aborto e 79,8%, não.

Tratando-se do estudo transversal de Morse et al., (2011), foram caracterizadas as mulheres com morbidade materna grave, sendo que a idade média foi de 26,4 anos; quanto à escolaridade, 31,5% tinha Ensino Fundamental, 42,8%, Ensino Médio e 4,4%, Ensino Superior; quanto à paridade, 33,7% eram primíparas em relação ao pré-natal, 10,1% não realizam nenhuma consulta; 38,2% realizaram até seis consultas, 39,3%, sete ou mais consultas.

No estudo com delineamento transversal realizado por Luz et al., (2008), evidenciou-se o estado marital das participantes, sendo 57,9% casadas ou amasiadas e 42,1% solteiras, viúvas ou divorciadas; em relação à escolaridade, 14,9% tinham até 8 anos de estudos concluídos, 36,8% tinham mais de 8 anos, e em 48,2% dos casos estudados, o dado não foi encontrado. Quanto à paridade, 47,4% eram primíparas e 52,6% eram múltiparas; em relação ao tipo de parto, 31,5% realizaram parto normal e 57,9%, parto cesariana.

O presente estudo concorda com as pesquisas citadas acima quanto à faixa etária, sendo a maior porcentagem de casos entre os 20 e 35 anos; quanto à escolaridade, não se encontrou analfabetismo, embora o maior grau de escolaridade entre as participantes era de Ensino Médio; no caso do tipo de parto, o presente estudo teve maior porcentagem de partos normais quando comparados com os outros estudos.

Em relação à morbidade materna grave, a presente pesquisa teve a maior porcentagem (83,3%) de diagnósticos associados a síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia grave,

hipertensão grave, eclâmpsia e síndrome Hellp), 9,0% de transtornos hemorrágicos e 7,8% de indicadores de gravidade.

Segundo o estudo de Souza; Cecatti; Parpinelli, (2005), as síndromes hipertensivas corresponderam a 62,5% dos casos estudados, 10,6% apresentaram quadros hemorrágicos, 5,8%, sepse e 21,1% apresentaram complicações clínicas. A presente pesquisa apresentou maior prevalência de síndromes hipertensivas, quando comparada com o estudo citado acima.

As síndromes hipertensivas são as causas mais comumente associadas à morbidade materna grave e *near miss*, durante o período gravídico-puerperal, já a hipertensão, como entidade associada ou como causa direta de mortalidade materna, tem sido motivo de preocupação nos diferentes setores da comunidade médica durante a gravidez. As formas mais comuns de hipertensão são a pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial crônica e a hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta; sendo que esta última é associada a piores resultados maternos e perinatais (BEZERRA et al., 2005; PERAÇOLLI; PARPINELLI, 2005).

Considera-se que, no Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de morte materna, representando em torno de 25% dos óbitos maternos (SOARES et al., 2009). A hipertensão é causa de 47,5% das morbidades graves e de 18,2% de morbidades extremamente graves, assim as síndromes hipertensivas são a demanda primordial para capacitação das equipes obstétricas (LUZ et al., 2008).

O diagnóstico rápido e o correto atendimento contribuem para fazer a diferença nas taxas de morbimortalidade materna, acredita-se que o monitoramento contínuo desses eventos e a utilização sistemática das informações no âmbito de um sistema integrado, assim como a vigilância epidemiológica, sistemas de informação e assistência obstétrica, são ferramentas úteis para enfrentar a morbimortalidade (MORSE et al., 2011).

O presente estudo analisou a depressão, ansiedade e o transtorno de estresse pós-traumático em mulheres internadas com episódio de morbidade materna grave. Considera-se que os transtornos mentais estão seriamente subestimados pelas abordagens tradicionais epidemiológicas, por serem focados na mortalidade, embora as condições psiquiátricas sejam responsáveis por mais de 1% de mortes em todo o mundo e de quase 11% de todas as doenças. Estima-se que, para o ano 2020, as doenças psiquiátricas serão responsáveis por 15% das doenças diagnosticadas, em todo o mundo (STEWART; ASHRAF; MUNCE, 2006).

Uma pesquisa relatou que de 10 a 15% das mulheres grávidas experimentaram depressão durante a gestação e/ou no período pós-parto, tendo ainda apresentado desajustes em suas dietas, no sono, no consumo de álcool e drogas, assim como na manifestação de

desmotivação frente ao controle pré-natal. Esse mesmo estudo ainda relatou que a ansiedade é um transtorno comum nas mulheres e pode se expressar como ansiedade generalizada, fobia ou pânico. Considera-se que as mulheres são mais susceptíveis a desenvolver transtornos de estresse pós-traumático após um trauma físico e/ou psicológico (STEWART; ASHRAF; MUNCE, 2006).

Os resultados obtidos através da escala de depressão de Edimburgo apontaram que das 78 pacientes, 12 (15,4%) tinham diagnóstico positivo de depressão e 66 (84,6%) apresentaram diagnóstico negativo para essa moléstia.

Os achados no presente estudo coincidem com as prevalências de depressão gestacional em países desenvolvidos que oscilam entre 5% e 30%, sendo as taxas mais frequentes em torno de 10% a 15% de modo geral; a média de prevalência de depressão gestacional encontrada na população de baixa renda, inclusive no Brasil, foi de aproximadamente 20%, entre os fatores de risco levantados para depressão gestacional estão os precedentes psiquiátricos, atitude negativa frente à gravidez, falta de suporte social, uso de determinadas substâncias e eventos estressantes (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Evans (2001) realizou um estudo longitudinal na cidade de Avon-Estados Unidos para determinar a presença de depressão, durante a gravidez e no período pós-parto, utilizando a escala de depressão de Edimburgo. Dentre as 13.799 participantes, a proporção de mulheres deprimidas com 18 semanas de gravidez foi de 11,8%, com 32 semanas de gravidez, 13,5%, com oito semanas após o parto, 9,1% e oito meses depois do parto, 8,1%. Esse trabalho concluiu que a depressão durante a gravidez é mais comum do que no período puerperal, portanto oferecer tratamento na gestação pode ser de grande valia, tanto para a mãe quanto para a criança e a família.

Estima-se que a prevalência de depressão na gravidez no primeiro trimestre é de 7,4%, no segundo, 12,8% e no terceiro, 13%; em se tratando das adolescentes, essa proporção é quase duas vezes mais elevada do que nas gestantes adultas (CAMACHO, et al., 2006). No presente estudo, a depressão em adolescentes foi de 7,7%, possivelmente este valor acontece em função do pequeno número (13 participantes) de adolescentes no estudo.

Em uma pesquisa realizada no sul da Austrália por Yelland; Sutherland; Brown (2010), verificaram-se a presença de depressão e a ansiedade em 4.366 mulheres, seis meses após o parto, 12,7% tinham ansiedade, 17,4% estavam deprimidas e 8,1% tinham ansiedade e depressão, os autores concluíram que é alta a prevalência de morbidade psicológica nos meses seguintes ao nascimento, portanto é fundamental que os profissionais de saúde prestem

assistência à mulher no período perinatal para promover o bem-estar emocional, após o nascimento.

No presente estudo, quanto às associações da depressão, aos fatores sociodemográficos e aos fatores psicossociais e dados obstétricos, não foram observadas associações estatisticamente significativas.

Dentre os fatores mais comumente associados à depressão, aparecem o baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, falta de suporte social, baixa autoestima, estresse na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez e sentimentos negativos em relação à criança (MORAES, et al. 2006).

Resultados similares foram encontrados por Cruz; Simões; Faisal-Curi (2005), esses autores estudaram 70 puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família, na cidade de São Paulo, assim como no presente estudo, não se observou associação significativa entre a depressão e idade, escolaridade e renda, mas o suporte por parte do companheiro apresentou ter um efeito protetor sobre o desenvolvimento de transtornos depressivos, e outras formas de suporte não apresentaram efeito protetor.

No estudo de prevalência da depressão pós-parto no município de Pelotas realizado por Moraes et al., (2006), não foi evidenciada associação significativa entre o quadro depressivo e as variáveis sociodemográficas, obstétricas; entre os fatores psicossociais, a preferência por sexo da criança, apoio de companheiro e pensar em interromper a gravidez foram variáveis associadas significativamente à depressão pós-parto.

Outro estudo associou a gravidez indesejada com o risco de depressão, mas não se obtiveram resultados conclusivos; também, nesse mesmo estudo evidenciou-se que as mulheres com melhor rendimento financeiro e maior escolaridade apresentaram menor risco de apresentar depressão, quando comparadas com mulheres provenientes de famílias populosas (SCHIMIEGE; RUSSO, 2005); no presente estudo não houve associação entre a depressão e a gravidez indesejada, escolaridade e atividade remunerada, pode-se justificar tal diferença, porque no presente estudo não se avaliou a renda mensal; a média de pessoas por família foi de 3,7. Portanto existe a necessidade de novos estudos que avaliem as condições socioeconômicas com dados mais específicos.

O suporte social, nas diversas fases da vida, é fundamental para diminuir a intensidade de fatores estressantes, principalmente em momentos em que se observam modificações psicossociais e fisiológicas, condição essa da gravidez e do puerpério, sendo que o suporte social está associado com a saúde mental, especialmente com sintomatologia depressiva e ansiosa nos estados gravídicos e puerperais (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

A rede de apoio psicossocial é um sistema composto por vários objetos (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferecem o apoio financeiro e emocional à pessoa, nas suas diferentes necessidades, sendo que o apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, simpatia, aprovação e preocupação com o outro, sendo que essas ações levam a um sentimento de pertencer ao grupo (DESSEN; BRAS, 2000).

Quanto à avaliação da ansiedade na Ansiedade-Estado na presente pesquisa, encontraram-se entre as participantes baixa ansiedade (9,0%), ansiedade controlada (82,1%), alta ansiedade (9,0%). A respeito da Ansiedade-Traço, 55,1% eram ansiosas, 32,1%, pouco ansiosas e 12,8%, muito ansiosas.

No estudo de associação entre o suporte social e a ansiedade em gestantes, realizado por Baptista; Baptista; Torres (2006), os sintomas de ansiedade obtidos por meio da escala IDATE foram os seguintes: em 44 gestantes de baixo risco no interior de São Paulo, quanto à Ansiedade-Estado, a baixa ansiedade foi de 22,7%, a ansiedade controlada, com 77,3%, e a alta ansiedade, com 6,8%. A respeito da Ansiedade-Traço, 65,9% apresentaram-se ansiosas; 27,3%, pouco ansiosas e 6,8%, muito ansiosas.

Os quadros de ansiedade são eventos frequentes na vida reprodutiva, estima-se que 20% de mulheres apresentavam sintomas ansiosos durante a gravidez, sendo que a ansiedade na gravidez é subdiagnosticada por vergonha das pacientes em apresentar suas queixas e por tais sintomas serem confundidos com problemas orgânicos (ARAUJO, et al. 2008).

Segundo Aktan (2011), a falta de apoio social e a presença de ansiedade, durante a gravidez, podem afetar a mulher e seu feto, no período pós-parto, a ansiedade materna pode influenciar significativamente a sua capacidade de recuperação, assim como impedir ao recém-nascido, cuidados e carinho, já que ansiedade é caracterizada por sentimentos de medo, apreensão e tensão.

No presente estudo, com relação aos transtornos de estresse, encontraram-se 15,4% de transtorno de estresse pós-traumático e 6,4% de transtorno de estresse agudo.

A prevalência de transtorno de estresse agudo vai depender da gravidade, persistência e grau de exposição ao trauma; quanto à prevalência de transtorno de estresse pós-traumático na população em geral, consideram-se taxas entre 14% e 33% (HOLLANDER; SIMEON, 2003).

Fatores relacionados ao estresse estão associados a diversos prejuízos à saúde da mãe, durante a gravidez, parto e puerpério. Considera-se que altos níveis de estresse e ansiedade, durante a gestação, podem aumentar os riscos de aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e complicações obstétricas (ESPER; FURTADO, 2010).

Segundo Fottrel et al., (2010), no estudo sobre sofrimento psíquico após complicações graves durante a gravidez, evidenciou-se que a saúde da mulher é afetada pelos efeitos cumulativos adversos da vida, sendo as dificuldades econômicas, problemas conjugais, vulnerabilidade financeira e social, os determinantes para desenvolver sofrimento psicológico após um evento de morbidade materna grave.

De acordo com DSM- IV (2003), o evento traumático é a principal causa de sintomas de estresse e pelo desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático.

Segundo Soderquist; Wijma; Wijma (2004), considera-se que as características anteriores ao trauma tais como a depressão, ansiedade, traumas anteriores e problemas psicológicos e/ou psiquiátricos podem explicar as diferenças individuais mais do que as características do evento (gravidade ou natureza do evento), portanto a ocorrência de sintomas de estresse está intimamente relacionada com a avaliação individual do evento, assim os sintomas de estresse podem ser esperados, quando se conhece o histórico de saúde mental da paciente.

A rede de apoio psicossocial é um sistema composto por vários objetos (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferecem o apoio financeiro e emocional às pessoas, nas suas diferentes necessidades, sendo que o apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, simpatia, aprovação, e preocupação com o outro, sendo que essas ações levam a um sentimento de pertencer ao grupo (DESSEN; BRAS, 2000).

Na análise qualitativa realizada por Godoy et al., (2008), foram analisadas as narrativas das mulheres que vivenciaram um evento adverso, nas suas vidas reprodutivas, que poderia ter consequências fatais, sendo que a morbidade materna foi identificada como um processo complexo de interpretação, e as mulheres nas suas contingências biográficas e históricas atribuem significados próprios às complicações decorrentes de tal processo.

Conclusões

---

7. CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação permitem concluir que:

- i. As síndromes hipertensivas foram as primeiras causas de morbidade materna grave. Com base nos resultados apresentados, é importante focar as ações educativas proporcionadas aos profissionais da saúde que puderam colaborar para o tratamento de quadros hipertensivos durante a gravidez.
- ii. A incidência da depressão encontrada é concordante com os resultados obtidos em estudos nos países desenvolvidos, embora outros estudos nacionais puderam identificar índices mais elevados.
- iii. O desconhecimento da magnitude da doença e a realização dos controles pré-natais no hospital de referência, dentre outros cuidados dos quais as pacientes puderam beneficiar-se, podem minimizar a ocorrência de depressão.
- iv. A Ansiedade-Traço mostrou ser um determinante para o desenvolvimento de quadros de depressão e transtorno de estresse pós-traumático.
- v. A ocorrência de depressão, ansiedade e/ou transtorno de estresse pós-traumático não está associada à vivência de um episódio de morbidade materna grave.

Referências

---

8. REFERÊNCIAS

ABOUZAHAR, C., New estimates of maternal mortality and how to interpret them. **Reproductive Health Matters**. London, v.19, n.37, p.117-128. 2011.

AKTAN, N.M. Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: a secondary analysis. **Clinical Nursing Research**. Pennsylvania, v.20, n.4. 2011.

AMARAL, E.; LUZ, A.G.; SOUZA, J.P.D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campinas, v.29, n.9, p 484-489, 2007.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.33, n.2, p. 43-54, 2006.

ARAUJO, D.M.R.; PACHECO, A.H.R.N.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município de Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v.8, n.3, p.333-340, 2008.

BAPTISTA, M.N; BAPTISTA, A.S.D; TORRES, E.C.R. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v.7, n.1, p 39-48, 2006.

BERGER, W.; MENDLOWICZ, M.V.; SOUZA, W.F.; FIGUEIRA, I., Equivalência semântica da versão em português da *post-traumatic stress disorder checklist – civilian version* (PCL-C) rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n.2, p167-175, 2004.

BEZERRA, E.H.M.; ALENCAR JÚNIOR, C.; FEITOSA, R.F.G.; CARVALHO, A.A.A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.27, n.9, p.548-553, 2005.

BORN, L.; PHILLIPS, S.D.; STEINER, M.; SOARES, C. Trauma e o ciclo reprodutivo feminino. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, supl. 2, p. 65-72, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**, Brasília, 2007a, 86p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna.pdf.

BRASIL. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos**. Manual de Elaboração: plano plurianual 2008-2011/ Secretaria Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília, 2007b. 126 p.

BRASIL 2010, Ministério da Saúde. **Objetivos de desenvolvimento do Milênio**. Relatório de Nacional de acompanhamento de objetivos de desenvolvimento do Milênio: Melhorar a saúde materna 2010: Reduzir a mortalidade materna, Brasília, 2010, 182p. Disponível em: http://www.portalodm.com.br/biblioteca_multimedia_publicacoes.php?id_publicacao=279.doc

BURT, V.K.; HENDRICK, V., Saúde mental da mulher. In: HALES, R.E., YODOFSKY, S.C.; **Tratado de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 1408-1429.

CALIL, H.M.; PIRES, M.N.L. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.5, n.5, 1998.

CAMACHO, R.S; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.2, p.92-102, 2006.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOURGEY, E.B; RENNO JR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, n.6, p.278-284, 2010.

CARVALHEIRA, A.P.P; TONETE, V.L.P.; PARADA, C.M.G.L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo vital puerperal que sobrevivem à morbidade materna grave. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.6, p.1187 -1194, 2010.

CECATTI, J.G.; et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. **Reproductive health**, New York, v.6, n.15 p. 2009.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA (CID) – 10. **Classificação de transtornos mentais e do comportamento**. Porto Alegre: ARTMED, p317.

CORDAS, T.A; SALZANO, F.T, et al. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo, Editorial Atheneu, 2006.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.15, n.4, p.677-618, 2007.

CRUZ, E.B.S.; SIMOES, G.L.; FAISAL-CURI, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.27, n.4, p.181-188,2005.

CURY, A.B.; MENEZES, P.R. Ansiedade e puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.28, n.3, p.171-178, 2006.

DESSEN, M.A.; BRAS, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 16, n.3, p.221-231, 2000.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL DISORDERS- **DSM IV**. 4. Ed. Washington, DC: Americam Psiquiatric association, 2003.

ESPER, L.H., FURTADO, E.F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **SMAD. Revista electronica saúde mental alcool e drogas**. Ribeirão Preto, v.6, n, spe, p.368-386, 2010.

EVANS, J.; HERON, J. FRANCOMB, H.; OKE, S.; GOLDING, J. Cohort study of depressed mood during and after childbirth. **BMJ**, London, v. 323, n.7307, p.275-260, 2001.

FERRI, C.P.; MITSUHIRO, S.S.; BARROS, M.C.M.; CHALEM, E.; GUINSBURG, R.; PATEL, V., et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo. **BMC Public Health**, UK, n.7.p.209.2007.

FIGUEIRA, I.; MENDOLOWICZ, M. Diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25, suppl 1, p.12-16, 2003.

FIOVARANTI, A.C.M.; SANTOS, L.F.; MAISSONETTE, S.; CRUZ, A.P.M.; FERNANDEZ, J.L. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço IDATE. **Avaliação Psicologia**, Porto Alegre, v.5, n.2,p.217-224,2006.

FLECK, M.P.; BERLIM, M.T.; LAFER, B.; SOUGEY, E.V. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento de depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, n.31, p.7-17.suple 1, 2009.

FOTTRELL, E.; KANHONOU, L.; GOUFODJI, S.; BEHAGUE, D.; MARSHALL, T.; PATEL, V., et al. Risk of psychological distress following severe obstetrics complication in Benin: The role of economics, physical health and spousal abuse. **The British Journal of Psychiatry**. UK, v. 196, n. 1, p. 18-25, 2010.

FRAGUAS, R. Depressão e condições médicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, supl (3), p. 77-78, 2009.

GELLER, S. E.; COX, S. M.; KILPATRICK, S. J. A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality. **Journal of Perinatology**, v. 26, n. 2, p. 79-84, 2006.

GIFFIN, K. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 Suppl, p. 103-12, 2002.

GODOY, S.R; GUALDA, D.M.R; BERGAMASCO, R.B, TSUNECHIRO, M.A. Percepção da casualidade e dos sinais near miss atribuídos por mulheres sobreviventes. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, p.536-543, 2008.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Parte I, Conceitos e depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p.89-95,1998.

HOLLANDER, E; SIMEON D. **Transtornos de ansiedade**. New York: Artmed, 2003.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo. Citado 2010 março 15, disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001?1,16,47,O,P,0,MNU;E;23;13;MNU>
IANNIRUBERTO, A.; TAJANI, E. Ultrasonografic study of fetal movents. **Seminars in Perinatology**. Philadelphia, v.5, n.2, p. 175-181, 1981.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, G. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25, suppl.1, p.3-7, 2003.

LASIUK, G.C.; HEGADOREN, K.M. Posttraumatic stress disorder part I, historical development of the concept. **Perspect Psychiatric Care**, v.42, n.1, p.13-20, 2006.

LEPINE, J.P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. **Journal Clinic of Psychiatry**, v.63, suppl. 14, p. 4-8, 2002.

LUZ, A.G.; TIAGO, D.B; SILVA, J.C.G; AMARAL E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal, Campinas, Estado São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campinas,v.30, n.9, p. 281-286, 2008.

MELLO, A.F.; JURUENA, M.F.; PARIANTE, C.M.; TYRKA, A.R.; PRICE, L.H.; CARPENTER, L.L.; et al. Depressão o estresse: existe um endofenótipo?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.29, s.1, p.13-18,2007.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUZA, R.L.R; IARA, A.D. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p. 65-70, 2006.

MORENO, R.C.; MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.25, n.5, p.262-272, 1998.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; GOTTGROUY, C,S,W; GUELLER, E. Morbidade maternal grave e *Near Misses* em hospital de referência regional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, n.2, p.310-322, 2011.

MUNARETTI, C.L.; TERRA, M.B. Transtorno de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.108-115, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).PATTINSON R, SAY L, SOUZA JP, BROEK NY, ROONEY C, on behalf on the WHO working group on maternal mortality and morbidity classifications. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 87, n.10, 2009.

PACAGNELLA, R. C. et al. Rationale for a long-term evaluation of the consequences of potentially life-threatening maternal conditions and maternal "near-miss" incidents using a multidimensional approach. **Journal Obstetric Gynaecology Canada**, v. 32, n. 8, p. 730-738, 2010.

PERAÇOLI, J.E; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas na gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.627-634, 2005.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M.; Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.35, n.4, p.144-153, 2008.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, GM; LIMA, L.A.; LEGAY,L.F. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez na adolescência atendidas na unidade básica de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo v.37, n.5, p. 216-222, 2010.

PEREIRA, P.K.; et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending public health in Rio de Janeiro. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2725-2736, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD. **Saúde**: Coleção de estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento, Brasil 2011. 122p.

PRUAL, A. et al. The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger. **Health Policy and Planning**, v. 15, n. 1, p. 11-16, 2000.

RATTRAY, J.E; HULL, A.M. Emocional outcome after intensive care: literature review. **Journal Advance Nursing**. UK, v.64, n.1, p. 2-13, 2008.

RONSMANS, C., et al. Maternal mortality and Access to obstetric services in West África. **Hospital Medicine & International health**,v.8, n.10, p.940-948. 2003.

ROUQUAYROL, M.Z.; BARRETO, M.. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara/koogam, 2003, p.83-121.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTER, R.; CAMBÔ FILHO, A.; ZANDOMADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.29, n.3. p.274-280, 2007.

SANTOS, M.F.; MARTINS, F.C.; PASQUALI, L. Escala de auto-avaliação de pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, n.2, p.90-95, 1999.

SAY, L.; PATTINSON, R.C.; GULMEZOGLU, A.M. Who systematic review of maternal morbidity of mortality the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). **Reproductive Health**. New York, v.1, n.2. 2004.

SAY, L.; SOUZA, J.P. PATTINSON, R.C. Maternal near miss- towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.23, n.3, p.287-296, 2009.

SCHESTATSKY, S.; SHANSIS, F.; CEITLIN, L.H.; ABREU, P.B.S.; HAWCKS, S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.25, suppl.1, p.8-11, 2003.

SCHEMIEGE, S.; RUSSO, N.F. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. **BMJ**. London, v. 331, n. 7528, p. 1303-1308, 2005.

SENG, J.C.; OAKLEY, D.L.; SAMPSELLE, C.M; KILLION,C.; GRAHAM-BERMANNNS, S.; LIBERZON, I. Posttraumatic stress disorders and pregnancy complications. **Obstetric Gynecology**, v. 97, n. 1, p.17-22, 2011.

SIMÕES, P.P.; ALMEIDA, R.M.V.R. Geographic accessibility to o bstetric care and maternal mortality in a large metropolitanarea of Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.112, n.1, p.24-29, 2011.

SOARES, Y.M.N.; SOUZA, K.V.; FREYGANG, C.T.; CORREA, V.; SAITO, M.R.; Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.566-573, 2009.

SÖDERQUIST, J.; WIJMA, K.; WILMA, B.; Traumatic stress in late pregnancy. **Journal anxiety disorders**. Netherlands, v.18, n.2, p.127-142,2004.

SOUZA, J.P.D.; CECATTI, J.G.; PARPINELLI, M.A.; Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do near miss. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.197-203, 2005.

SOUZA, J.P.D; CECATTI, J.G; PARPINELLI, M,A.; SOUSA, M.H.; SERUYA,S.J. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.255-264. 2006.

SOUZA, J. P; CECATTI, J.G; PARPINELLI, M,A.; SOUSA, M.H.; LAGO, T.G.; et al. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. **BJOG**, v. 117, n. 13, p. 1586-1592, 2010.

STEWART, D.E.; ASHRAF, I.J.; MUNCE, S.E. Women's mental health: A silent cause of mortality and morbidity. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. London, v. 94, p.343-349,2006.

STORENG, K.T.; MURRAY, S.F.; AKOUM, M.S.; QUATTARA, F.; FILIPI, V. Beyond body counts: a qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after “near miss”obstetric complications. **Social Science and Medicine**, London, v.71, n.10, p.1749-1756, 2010.

TEDESCO, J.J.A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo, Editorial: theneu, 2002.

TEIXEIRA, J.M.A.; FISK, N.M.; GLOVER, V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery, resistance index: cohort based study. **BMJ, Helping doctors make better decisions**. UK, v.318, n.16, p.153-157, 1999.

VIEIRA, J.L.L.; PORCU, M.; BUZZO, V.A.S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.58, n.1, p.8-16, 2009.

WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução? In: Uso racional de medicamentos: Temas selecionados. **Boletim da Organização Pan-americana da Saúde**. Brasília, 2004.

YELLAND, J.; SUTHERLAND,G.; BROWN, S. Postpartum anxiety depression and social health finding from a population-based survey of Australian women. **BMC Public Health**. London, v.20, n.10, p. 771- 782, 2010.

ZAMBALDI, C.F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.252-257, 2009.

Apêndice e Anexo

APÊNDICE A

Questionário sociodemográfico

IDENTIFICAÇÃO	
Nº de prontuário:	
Nome: _____	
Idade: _____	Data de nascimento / /
Escolaridade: _____	
Atividade Remunerada:	Sim ( ) Não ( )
Procedência: _____	
Enderenço: _____	
Religião: Sim ( ) qual _____	Não ( )
Estado civil: _____	
Nº de pessoas com quem mora: _____	

Questionário Psicossocial

Gravidez planejada: (   ) Sim (   ) Não
Gravidez desejada: (   ) Sim (   ) Não
Teve tentativa de aborto nesta gravidez? Sim (   ) Não (   )
Aceitação da gravidez: (   ) Ótima (   ) Boa (   ) Ruim (   ) Muito ruim
Aceitação da família frente à gravidez: (   ) Ótima (   ) Boa (   ) Ruim (   ) Muito ruim
Aceitação do companheiro frente à gravidez: (   ) Ótima (   ) Boa (   ) Ruim (   ) Muito ruim
Teve algum tipo de suporte da família? (   ) Financeiro (   ) Emocional (   ) Outro (   ) Não
Teve algum tipo de suporte do companheiro? (   ) Financeiro (   ) Emocional (   ) Outro (   ) Não
Teve algum tipo de suporte de amigos? (   ) Financeiro (   ) Emocional (   ) Outro (   ) Não
Teve algum tipo de suporte de vizinhos? (   ) Financeiro (   ) Emocional (   ) Outro (   ) Não
Tem algum tipo de suporte de instituições governamentais? (   ) Sim (   ) Não E privadas? (   ) Sim (   ) Não De que tipo? _____
Quem foi a primeira pessoa para quem contou sobre a gravidez? _____

Histórico de saúde

Fez alguma consulta médica no último ano?	( ) Sim ( ) Não
Especialidade _____	
Motivo (s): _____	
Toma ou tomou algum medicamento no último ano?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual (is)? _____	
Já buscou algum serviço de saúde mental?	( ) Sim ( ) Não
Motivo: _____	
É ou já fez uso de alguma substância química?	( ) Sim ( ) Não
Qual substância? _____	
Por quanto tempo: _____	

Dados obstétricos

IDENTIFICAÇÃO:	
HISTÓRICO	
Número de gestações: ( )	N. de partos: ( ) N. de filhos vivos: ( )
Tipos de parto: cesárea ( ) natural ( )	
Número de abortos: ( )	N. de abortos provocados: ( )
GESTAÇÃO ATUAL	
Motivo da internação: Resolução da gravidez ( ) Internação clínica ( ) Internação cirúrgica ( ) N. de internações: ( )	
Admissão no CTI: ( ) Sim ( ) Não N° de dias ( ) Motivos: _____ _____	
Transusão: ( ) Sim ( ) Não N. unidades: ( ) Especificidades:	
Intubação: ( ) Sim ( ) Não N. de horas: ( )	
Intervenção cirúrgica: ( ) Sim ( ) Não Tipo: _____ Motivo: _____	
Pré-natal: ( ) Sim ( ) Não N° de consultas:	
Tipo de parto: _____ Intercorrências no parto: Sim ( ) Não ( ) Qual intercorrência: _____	
Complicações no puerpério: Sim ( ) Não ( ) Qual complicação: _____	
Aleitamento materno: Sim ( ) Não ( ) AME ( ) AMP ( ) AM ( )	
Data da entrevista: ____/____/____ Data de Internação: ____/____/____ Motivo de internação: Critérios de Morbidade Materna: 1. 2. 3.	

ANEXO A**CRITÉRIOS DE MORBIDADE MATERNA GRAVE**
(Condições de vida potencialmente ameaçadoras)

	CID-10
Distúrbios Hemorrágicos	
Descolamento prematuro de placenta	O45
Placenta acreta/increta/percreta	O43
Gravidez ectópica	O00
Hemorragia anteparto	O20
Hemorragia pós-parto	O72
Ruptura uterina	O71
Aborto com hemorragia grave	O07
 As síndromes Hipertensivas	
Pré-eclâmpsia grave	O14.1
Eclâmpsia	O15.0
Hipertensão grave	O16
A encefalopatia hipertensiva	I67
Síndrome Hellp	O16
 Outros distúrbios sistêmicos	
Endometrite	N80
Edema pulmonar	J61
Insuficiência respiratória	J96
Epilepsia	R54
Sepsis	A40
Trombocitopenia < 100.000	D69
Crise tireoide	E06
 Indicadores de gestão de gravidade	
Transfusão de sangue	Z51
Acesso venoso central	
Histerectomia	O82
Admissão na UTI	
Internação prolongada (>7 dias após o parto)	
Intubação não relacionadas ao procedimento anestésico	
Retorno à sala de cirurgia	

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO

Eu tenho sido capaz de rir e achar graça em outras coisas:

- ☐ Como eu sempre fiz.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Sem dúvida, menos que antes.
- ☐ De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia:

- ☐ Como sempre senti
- ☐ Talvez, menos que antes.
- ☐ Com certeza menos.
- ☐ De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- ☐ Sim, a maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- ☐ Não, de maneira alguma.
- ☐ Pouquíssimas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, por vezes.
- ☐ Não, raramente.
- ☐ Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia:

- ☐ Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ☐ Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ☐ Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ☐ Não, Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldades para dormir:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Não muitas vezes
- ☐ Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:

- ☐ Sim, quase o tempo todo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- ☐ Nenhuma vez.

ANEXO C

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK

1.   0 Não me sinto triste.
      1 Eu me sinto triste.
      2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
      3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.   0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
      1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
      2 Acho que nada tenho a esperar.
      3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.   0 Não me sinto um fracasso.
      1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
      2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo que o posso ver é um monte de fracassos.
      3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.   0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
      1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
      2 Não encontro um prazer real em mais nada.
      3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.   0 Não me sinto especialmente culpado.
      1 Eu me sinto culpado em grande parte do tempo.
      2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
      3 Eu me sinto sempre culpado.

6.   0 Não acho que esteja sendo punido.
      1 Acho que posso ser punido.
      2 Creio que serei punido.
      3 Acho que estou sendo punido.

7.   0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
      1 Estou decepcionado comigo mesmo.
      2 Estou enjoado de mim.
      3 Eu me odeio.

8.   0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
      1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
      2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
      3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

-
- 9.**   0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
          1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
          2 Gostaria de me matar.
          3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.**   0 Não choro mais do que o habitual.
          1 Choro mais agora do que costumava.
          2 Agora, choro o tempo todo.
          3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11.**   0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
          1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
          2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
          3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.
- 12.**   0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
          1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que acostumava estar.
          2 Perdi a maior parte de meu interesse pelas outras pessoas.
          3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
- 13.**   0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
          1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
          2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões de que antes.
          3 Não consigo tomar decisões.
- 14.**   0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
          1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
          2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
          3 Acredito que pareço feio.
- 15.**   0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
          1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
          2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
          3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16.**   0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
          1 Não durmo tão bem quanto costumava.
          2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
          3 Acordo várias horas mais cedo do que acostumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.**   0 Não fico mais cansado do que o habitual.
          1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
          2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
          3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Pedi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:
Sim (   )   Não (   )
- 20.** 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil de pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pelo sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que acostumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse pelo sexo.

ANEXO D**INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)****ANSIEDADE- ESTADO**

	Não	Pouco	Bastante	Muito
01. Sinto-me calmo	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro	1	2	3	4
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	1	2	3	4
09. 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. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me supracitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANSIEDADE-TRAÇO

	Quase nunca	Às vezes	Frequen- temente	Quase sempre
01. Sinto-me bem	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me cansado	1	2	3	4
07. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09. 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 crise ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Às vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	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 meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO E

CHECKLIST PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você <i>não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar " <i>superalerta</i> ", <i>vigilante</i> ou " <i>em guarda</i> "?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5